

margen N° 69 – julio 2013

Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental

Por Mariana Tundidor

Mariana Tundidor. Licenciada en Terapia ocupacional.

Trabajo realizado para la carrera de especialización en Terapia Ocupacional Comunitaria. Universidad Nacional de Quilmes. 2013.

*“Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico,
hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social.
De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental.”*
Alfredo Carballeda

La nueva utopía: un mundo justo ocupacionalmente

En los últimos años, la Terapia Ocupacional en un intento de replantear sus valores profesionales, ha desarrollado un enfoque que considera a la disciplina como promotora de una sociedad ocupacionalmente justa.

En el año 2003 Elizabeth Townsend y Ann Wilcock introdujeron el concepto de justicia ocupacional, abogando que sea promovido como el objetivo fundamental de la terapia ocupacional. Ellas entienden la justicia ocupacional como “la promoción de un cambio social y económico para incrementar la conciencia individual, comunitaria y política, los recursos y la igualdad de oportunidades para el desarrollo de ocupaciones que permitan a las personas alcanzar su potencial y experimentar bienestar” (Kronenberg, Simó, 2007).

El término justicia ocupacional describe el compromiso de la profesión con la ética, la moral y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con ocupaciones y la participación. La justicia ocupacional asegura que a las personas se les brinde la oportunidad para una total participación en las ocupaciones en las cuales ellos optan por comprometerse.

El foco de la terapia ocupacional con el compromiso con las ocupaciones y la justicia ocupacional, complementa la perspectiva de salud de la O.M.S.. Por un lado, en el Marco de para la práctica de Terapia Ocupacional se expone que “la salud es alcanzada y mantenida cuando las personas son capaces de comprometerse en ocupaciones y en actividades que permiten la participación deseada o necesaria y que aportan propósito y significado en sus vidas”. Por el otro, la O.M.S. ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida. (Christiansen, Townsend, 2004)

El concepto de justicia ocupacional implica la promoción de un cambio social y político para que toda persona pueda acceder a ocupaciones significativas (Simó, Burgman, 2006), creando comunidades inclusivas. Una comunidad inclusiva es una comunidad donde toda persona puede

participar en ella como ciudadano de pleno derecho, a pesar de cualquier disfunción ocupacional de índole físico, psíquico o social. (Simó, Restrepo, Leonardo, 2007) Una comunidad global en la que todas las personas puedan realizar su potencial. (Kronenberg, 2005) Y es la ocupación humana el medio de crecimiento personal, la forma de expandir la potencialidad del ser humano... es quien aporta la experiencia de respeto a uno mismo y a los demás... es un medio de supervivencia. (Simó, Restrepo, Leonardo, 2007)

Correlación entre justicia social y justicia ocupacional

El concepto de justicia suele relacionarse con la utopía de una sociedad en donde la consideración mutua y las relaciones equitativas entre los ciudadanos sea la base de la convivencia diaria. Así como “la imparcialidad, la igualdad de oportunidades y compartir las responsabilidades en sus relaciones sociales” (Townsend, Wilcock, 2010)

La justicia social tiene como ideas pilares la igualdad de oportunidades y de derechos humanos. Se cimienta en la equidad y es fundamental para el desarrollo del potencial de los sujetos de una sociedad que intente vivir pacíficamente.

Townsend y Wilcock plantean a la justicia ocupacional como complementaria y a la vez diferente a la justicia social. Ellas desarrollan sobre cómo el concepto de justicia *social* “reconoce a los humanos como seres sociales los cuales se engranan en relaciones sociales. La defensa de este concepto está a favor de la equidad en el acceso a las oportunidades y recursos con el objeto de reducir las diferencias grupales relativas a características tales como edad, habilidad, cultura, género, clase social, y orientación sexual. Justicia *ocupacional*, en cambio, es un concepto para guiar a los humanos como seres ocupacionales los cuales necesitan y quieren participar en ocupaciones con el objetivo de desarrollarse y prosperar. La defensa en este concepto está a favor de la facilitación de diferentes accesos a oportunidades y recursos con el objeto de hacer mención de las diferencias individuales resultantes de la interacción biológica y humana con su medioambiente natural y humano”. (Idem, 2010)

Se entiende entonces que, cuando se habla de justicia ocupacional, se rescata la idea de la singularidad de los sujetos y de las diferencias en las necesidades de estos. Diferencias manifestadas a través de las actividades de la vida diaria. A modo de ampliar el proceso de análisis del concepto, las autoras introducen la noción de facilitación, la cual intenta marcar la necesidad de lo diferente y diverso. Facilitación implica necesidades ocupacionales individuales, fortaleza y potencial: “para conciliar las ideas de que los humanos son simultáneamente seres sociales y ocupacionales y que las diferencias individuales requieren una justicia basada en la facilitación, nosotros proponemos la yuxtaposición de ocupación y justicia para formar el concepto de justicia ocupacional”. (Idem, 2010)

Si bien la justicia social avala el igual acceso a los servicios, pareciera dejar por fuera la necesidad de recursos especializados para aquellas personas que presentan limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Si las comunidades naturalizan la privación de algunos y las múltiples oportunidades de otros, es claro que se está en presencia de una franca injusticia.

Exclusión de oportunidades y salud mental

Quitar a alguien del lugar que ocupaba. Descartar, rechazar o negar la posibilidad de algo. Así define la Real Academia Española el término “excluír”, forma por demás interesante por hacer referencia a que “el excluído” alguna vez no lo fue, y por relacionar el término con la noción de “oportunidades” (negadas, por cierto).

Robert Castel (1997) critica el concepto de exclusión “porque homogeneiza situaciones que ameritan la divergencia, porque naturaliza la precariedad, porque si bien reconoce que efectivamente en la actualidad hay sujetos “in” y sujetos “out”, ni habitan diferentes mundos, ni nacieron en dicha condición”. Critica la postura que define al “excluido” portador de una incapacidad personal previa que lo instala por fuera de un circuito formal. Se opone a esto, ya que para él la invalidación nace y es promovida por el orden político. Por ello lo llama *trampa*, por ocultar situaciones y condiciones que dan cuenta del resquebrajamiento de la sociedad actual y por que promueve la falsa idea del excluido como un sujeto marginado desde siempre, cuya situación se reproducirá, irremediable y naturalmente, de generación en generación.

Castel piensa la exclusión como “discriminación positiva que se expresa a través de políticas públicas, que si bien apuntan a salvar la emergencia de aquellos más desprotegidos, (...) los efectos que comúnmente provocan es que hacen devenir culpable a la víctima, y por lo tanto, todo lo que se vincula con políticas de inserción terminan reducidos a programas que se vuelven funcionales para mantener en *status quo* a los sectores de población que se encuentran en un alto grado de dificultad”, así se los estigmatiza e imposibilita la reintegración laboral real. (Buccafusca, 2006)

Dicho autor francés distingue tres zonas de organización o de cohesión social: una zona de integración, una zona de vulnerabilidad y una zona de exclusión (marginalidad, desafiliación). Plantea lo que denomina *ascensión de la vulnerabilidad*, como una característica de la coyuntura actual, esta se refiere a la precarización del empleo y a la fragilidad en los soportes relacionales.

Frente a situaciones de vulnerabilidad y exclusión, distingue dos tipos de intervenciones sociales: intervenciones en la zona de la exclusión y otras en la de la vulnerabilidad.”El reto de las primeras es la recuperación del vínculo social, ya que afectan esencialmente a las personas que ya han pasado del otro lado y habitan en la zona de marginalidad o desafiliación. Su objetivo general es la reinserción. Insertar es intentar repescar a quien ha sufrido los embates cuando el mal ya está hecho. Existe otra categoría de intervención que, por eso, remonta la corriente hacia la zona de vulnerabilidad, en la zona de precarización del trabajo y fragilización de los pilares de la sociabilidad. Su estrategia general es la formación”. (Castel, 1995)

“La cuestión de la exclusión deviene entonces en la *cuestión social* por excelencia”. (Idem) :

Y qué es la “cuestión social”? : “una aporía fundamental” (Castel, 1997); “*expresiones de problemas que son congénitos a la sociedad burguesa moderna*” (Carballeda, 2012); “*problemas políticos, sociales, económicos ... que ... se manifiestan en la cotidianidad de la vida social*” (Idem, 2012); “expresiones de la formación y desarrollo de la clase obrera y de su ingreso al escenario político de la sociedad” (Idem, 2012); “producto de la organización y funcionamiento de la sociedad capitalista y la implicancia directa en la vida de los sujetos”(Idem, 2012); la expresión de la crisis de la “cohesión de la sociedad” (Idem, 2012); “una forma de resolver la distancia entre la promesa de las igualdades cívicas y políticas, los efectos de la desigualdad y la emergencia de nuevos acontecimientos sociales que son problematizados como tales, por ejemplo, la locura, la salud o la enfermedad”. (Idem, 2012)

Alfredo Carballeda enlazando la cuestión social con la salud mental, plantea q “la cuestión social actual, muestra la importancia de formular nuevos interrogantes con respecto a los dispositivos clásicos de la intervención en Salud Mental. En todos estos años, nuevas formas del padecimiento, relacionadas con las expresiones de la injusticia, fueron presentándose desde otros actores que

ahora comenzaban a recorrer las salas de los servicios estatales de salud mental”. Lo que no es novedoso es “*el recorte de la ciudadanía*”, la pérdida de derechos sociales y la exclusión de oportunidades para el desarrollo humano pleno (con la obligada consecuencia de “ser pobre” (Carballeda, Julio 2012) en las personas con padecimiento mental. Privadas de su libertad, de la participación en una vida diaria elegida por sí mismas, encontramos múltiples “historias de padecimientos que se entrecruzan en los pasillos de los hospitales y en las salas de espera de los centros de salud, con la consiguiente superposición de lógicas, formas de comprender y explicar la realidad, a veces con una marcada tendencia a naturalizar el sufrimiento (...) En este contexto la noción de “cuestión social” se expresa en tanto la sociedad enfrente el problema de su propia integración. Aquí es donde se pone en juego en forma permanente la puja entre la dinámica de la sociedad y la lógica del mercado, influyendo en la pertenencia a las redes de sociabilidad y en las diferentes construcciones de la identidad”. (Carballeda, 2013)

Hoy se escuchan discursos promotores de una salud mental comunitaria, donde el paciente es usuario, donde se le promulgan todos los derechos humanos, donde se promete una integración plena a la sociedad. Rápidamente se utopiza en dejar en el pasado la exclusión social y cultural, sin embargo lejos se está de vivir en una sociedad que fomente en sus actos diarios, civiles y políticos, la facilitación a los más desfavorecidos de las oportunidades para construir por sí mismos su trayectoria hacia la liberación del estigma del loco excluido.

Aquellas personas que han vivido o aún viven en una institución manicomial no tienen la oportunidad de elegir las actividades para su vida diaria. Por el contrario, “permanecen a un costado de la sociedad... compartiendo una rutina diaria administrada formalmente” (Faraone, 2013), liberando al resto de la sociedad del disgusto de tener que convivir con ellos. La histórica idea pacificadora de conciencia social es la justificación de la rehabilitación de las personas con padecimiento mental. Con un simple y superficial análisis de las prácticas institucionales pasadas y presentes, queda en evidencia manifiesta que las razones del confinamiento perpetuo de estas personas (y su consecuente limitación de oportunidades de una vida con plena participación comunitaria), se relacionan con ocultar las gravísimas problemáticas de una sociedad que veda y/o naturaliza el sufrimiento de otros. “La reclusión en una institución asilar psiquiátrica constituye una forma de exclusión la cual lleva implícita una marginación social, por lo tanto, independientemente de los supuestos fines proteccionales, la institucionalización también detiene, obstaculiza y distorsiona los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilidad de la persona”. (Idem)

Tan injusto como real es el hecho de que algunas personas sean privilegiadas sobre otras que son maltratadas, regimentadas, limitadas y explotadas en actividades diarias, viviendo situaciones de exclusión de oportunidades ocupacionales obteniendo como resultado vidas sin sentido y ni propósito. Aquellas personas que por tener un padecimiento mental son institucionalizadas de por vida, son un claro y lamentable ejemplo de esto.

Las personas internadas en los hospitales neuropsiquiátricos padecen múltiples situaciones de injusticia ocupacional en relación a la exclusión social que sufren, con la consecuente negación de oportunidades de seleccionar y organizar las actividades diarias que les son significativas y en las que optarían por comprometerse (si se les diera la posibilidad y los recursos para ello). En tanto y en cuanto las sociedades toleran la permanencia y sostienen instituciones como los manicomios, evidencian el privilegio ocupacional, en donde priman las necesidades de aquellos que están por fuera de dichos nosocomios por sobre las necesidades significativas de aquellos que se encuentran internados. La seguridad y el desarrollo humano de aquellos que están “fuera” es considerada primordial a tal grado que la comunidad niega a quienes tienen un padecimiento mental posibilidades de experimentar ocupaciones en la comunidad.

Pobreza y salud mental

Cuando la salud mental de una persona es afectada en edades tempranas puede dificultar el aprendizaje de actividades a lo largo de la vida. “La irrupción de lo cotidiano, del ciclo vital, dificulta la transición entre las distintas etapas de la vida dificultando el acceso a los roles que podemos considerar de adultos, se produce una ruptura en la adquisición de habilidades”. (Cantero, Moruno, 2006) En muchos de los casos no acceden al rol de trabajador formal, y consecuentemente la relación entre padecimiento mental y pobreza es muy alta. La mayoría de las personas que ingresan a los hospitales públicos monovalentes provienen de sectores de población de bajos recursos, en su gran mayoría por debajo de la línea de la pobreza. A su vez, dichas personas presentan limitaciones en lo que respecta a las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria (aquellas de apoyo a la vida cotidiana en la casa o en la comunidad que requieren interacciones más complejas que las utilizadas en las actividades de autocuidado), las principales limitaciones se presentan en el cuidado del lugar donde viven, en el manejo del dinero, suele haber alteraciones en las habilidades de comunicación, en la participación social y comunitaria. (Harvey, Green, Keefe, Velligan, 2004) Esto lleva a un detrimento en las relaciones familiares y relacionales en general, llevando a la persona a un estado de desafiliación.

Este concepto de “desafiliación”, entendido como “el proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida” (Castel, 1995), es fundamental para introducir el último fragmento de este trabajo final: una breve descripción de intervenciones realizadas en un dispositivo de externación de salud mental, dependiente de un hospital monovalente de la Pcia de Bs. As., en relación a la “zona de exclusión y de vulnerabilidad” en personas con padecimiento mental procurando acompañar en la recuperación del vínculo social.

Cuando habla de desafiliación, Castel tiene como objetivo visualizar el recorrido hacia una zona de vulnerabilidad, una zona inestable que mezcla la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad. A su vez este autor no sólo apunta a dar cuenta de las metamorfosis de la vulnerabilidad y de la desafiliación social, sino que también formula el interrogante de la sociedad sobre su propia capacidad para responder a estos problemas (la metamorfosis de la cuestión social), sobre las causas de dichos procesos y las soluciones que se consideran más acertadas para enfrentarlas. De esta manera, Castel considera que para el individuo “[...] es necesario [contar con] una instancia, una matriz o un zócalo sobre los cuales [...] pueda apoyarse, y que le otorgue dicha consistencia. Para decirlo de otra manera le es necesario disponer de una cierta superficie, ocupar un cierto espacio en la sociedad, para desarrollar la capacidad de ser un individuo”. (Castel R, Haroche, 2003)

Un recorte: desde un dispositivo de externación de la Pcia de Bs As.

“La población que está internada en el Hospital, en general, proviene de los segmentos más pobres de la población, presionados por la crisis, el trabajo mal pago o su carencia, condiciones de vida precarias, etc... La internación manicomial potencia y duplica estas situaciones precarias previas que tenía el sujeto, lo cual hace muy difícil pensar en una externación en las mismas condiciones (...) Las políticas sociales en términos materiales, más usuales, al alcance de los pacientes para favorecer el proceso de externación, consisten en pensiones asistenciales por discapacidad, subsidios por externación, pases libres de transporte provinciales y nacionales, planes sociales, tramitación para entrega de alimentos en los municipios de donde proviene el paciente, subsidio por externación, programa “vuelta a casa” etc. Si bien es fundamental que los

profesionales conozcan y gestionen tales “beneficios”, generalmente éstos no resuelven la situación de la persona que debe enfrentarse con la manutención de sus condiciones de vida fuera del Hospital.”(Weber Suardiaz, Justo, 2005)

Se plantea un centro especializado en salud mental para la atención de personas con padecimiento mental en proceso de externación de internaciones manicomiales, como una alternativa de transición entre el hospital y la comunidad. Este centro es un dispositivo orientado al tratamiento ambulatorio y al sostenimiento del proceso de externación, a través de apoyo residencial y comunitario a largo plazo. Allí el abordaje es interdisciplinario e individualizado. Cuenta con las disciplinas de Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional, Artísticas y comunicacionales.

Su principal objetivo es brindar atención personalizada de acuerdo al requerimiento de cada uno de los pacientes, procurando la defensa de sus derechos y necesidades. Para lo cual se establece un tratamiento contemplando, entre otras cosas, los efectos nocivos que la institución asilar complementó durante la internación, y que tienen como consecuencia el aplastamiento subjetivo, la privación del efectivo acceso a los derechos y oportunidades, la exclusión de larga duración y la vulnerabilidad.

La orientación del tratamiento apunta fundamentalmente a que la persona pueda hacer un uso particular del dispositivo. Se procura construir con el paciente un espacio de referencia, un lugar de donde sea agente, actor. Se brinda un espacio de escucha y de acción, interviniendo para la construcción de los vínculos de este con los otros, respetando y sosteniendo sus arreglos particulares. Construyendo un espacio que le ayude a ordenarse en su vida diaria, posibilitando el restablecimiento del lazo social.

Es importante mencionar que algunas de las dificultades que se presentan en el proceso de externación de personas con padecimiento mental, no siempre están vinculadas con las patologías de base, sino a las trayectorias de vida en el acceso desigual al capital social producido socialmente.

Consideraciones finales

Las ideas de reforma fomentando la desinstitucionalización, la desmanicomialización, el cierre definitivo de los monovalentes o la transformación hospitalaria, plantean un debate ineludible.

Argentina está procurando implementar políticas sociales en salud, con una perspectiva de Derechos Humanos y cobertura de tipo *universal* favoreciendo así la inclusión social de los sectores de población más clásicamente relegados. Una muestra de ello es la ley Nacional de salud mental N° 26.657, promulgada en noviembre del 2010 y reglamentada en el 2013, cuyo objetivo es el de “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”.

Esta ley reconoce la inminente necesidad de que el Estado desarrolle políticas que posibiliten a las personas en situación de discapacidad el acceso a los recursos y las oportunidades para desarrollar ocupaciones, a fin de que puedan gozar plenamente de sus derechos.

Promueve la implementación, de parte del Estado Nacional, de acciones de inclusión social y de atención en salud mental comunitaria, entre otras, así como el desarrollo de dispositivos de atención domiciliaria supervisada, casas de convivencia y apoyo a las personas atendidas (Ley Nac. N° 26.657, art. 11 y 15).

Esta ley, si bien tiene plena vigencia, presenta algunas dificultades para su aplicación ya que en

la actualidad las problemáticas se trasladan a la comunidad en general. Es decir, muchas personas con padecimiento mental ya no están encerrados en un manicomio pero ahora conforman un grupo más de aquellas personas en alto riesgo de vulnerabilidad, de sufrir injusticias sociales y ocupacionales. El primer proceso de desintitucionalización que dio lugar a las primeras políticas sociales de la rehabilitación en la comunidad en Europa facilitó un aumento de la población sin hogar con problemas de salud mental, debido a la escasez y falta de recursos de atención necesarios. (Marquez, 2012)

Argentina deberá ajustar sus políticas sociales en salud mental si pretende no repetir la historia que supieron escribir los “padres” de la salud mental comunitaria en el mundo. Un dato (entre otros tantos) que da cuenta de que se corre el riesgo de seguir por un camino desafortunado similar, es el graficado por el siguiente ejemplo estadístico. Del total de personas asistidas en el dispositivo de externación antes citado, el 53% alquila el lugar donde vive desde hace más de cinco años (casa, departamento o pensión en su gran mayoría), el 19% vive en casa de convivencia alquiladas por el hospital, el 9% está aún internado, y sólo el 19% tiene su propia casa (heredada o cedida). En su mayoría, las unidades habitacionales alquiladas son construcciones precarias, con poco mantenimiento edilicio, con conexiones ilícitas de los servicios básicos, donde las personas viven en situación de hacinamiento, falta de intimidad y se ven obligados a pagar altos costos económicos (muchas veces casi el total de sus ingresos mensuales). Todo lo cual va en detrimento del nivel de calidad de vida diaria, inserción social y comunitaria.

Serán necesarias acciones colectivas planificadas, altamente críticas y comprometidas de parte de los profesionales de salud en general, y de los terapeutas ocupacionales en particular aplicando los principios de la justicia ocupacional, para conseguir un marcado cambio social y político a fin de que toda persona pueda acceder a ocupaciones significativas que le permita llegar a ser ciudadano de pleno derecho.

Bibliografía

Antunes R. Las trampas de la exclusión. Consultado el 1 de mar del 2013. Disponible en <http://www.topia.com.ar/editorial/libros/las-trampas-de-la-exclusi%C3%B3n>

Buccafusca M : Las trampas de la exclusión. Trabajo y utilidad social. Universidad de Buenos Aires. Consultado el día 10 de feb. 2013. Disponible en http://perio.unlp.edu.ar/question/numeros_anteriores/numero_anterior10/nivel2/articulos/resenas_criticas/buccafusca_1_rese%F1as_10otono06.htm

Cantero P, Moruno P, Actividades de la vida diaria en salud mental. Edit. Panamericana. 2006.

Carballeda A. La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. “La pobreza se transformó así en una forma de estigmatización, una especie de justificación a veces aceptada por el propio sujeto sufriente como una forma “natural” de no caber, de no ser aceptado dentro de grupos sociales que se construyen a través de ideales de éxito ligados a las reglas del mercado. Esa estigmatización se transformó en captura o exilio desde las lógicas institucionales”. Revista Margen N° 65. Julio 2012. Consultado el 4 de mar 2013. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

Carballeda A. La Cuestión Social como cuestión nacional una mirada genealógica. Material de cátedra. U.N.Q. 2012.

Carballeda A. Salud mental y cuestión social. Una mirada desde la intervención. Consultado el 4 de mar de 2013.

Disponible en <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/estadosociedadpdf/carballeda.pdf>

Castel, R. De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso —resumen— Justice sociale et inegalités, Esprit, París, 1992; trad.: «Archipiélago» nº 21, Barcelona, 1995.

Castel R, Haroche, 2003. De “Vulnerabilidad y desafiliación social en Robert Castel” Nelson Arteaga Botello en <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/6806.pdf>

Christiansen y Townsend, 2004. Citado en Ávila A, Martínez R, Matilla R, Máximo M, Méndez B, Talavera MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2da edición (pág. 8, 3).

Faraone S. Desmanicomialización, notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones psiquiátricas asilares. Revista Margen N°3, ago 93. Consultado el 6 de mar de 2013. Disponible en <http://www.margen.org/suscri/margen3/faraone.pdf>

Harvey PD, Green MF, Keefe RS, Velligan DI. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness. J Clin Psychiatry. 2004. <http://www.margen.org/suscri/margen3/faraone.pdf>

Ley Nal N° 26.657 . Artículo nº1 Disponible en http://salud.santacruz.gov.ar/descargas/salud_mental/Ley_Nacional_N_26657.pdf

Marquez Calvo. 2012 Salud mental, personas sin hogar y necesidades en las ocupaciones diarias, en TOG A Coruña.

Simó S, Burgman. 2006 (pág. 252). La ocupación significativa es “el cruce de caminos entre las necesidades, el potencial y el espíritu de la persona”

Simó S.; Restrepo A.; Leonardo J.: El colegio del cuerpo: la danza como lenguaje de justicia ocupacional. TOG(A Coruña) revista internet 2007. [consultado el 15 de feb. 2013] Disponible en <http://www.revistatog.com/num6/maestros1.pdf>

Smith T , citado en Justicia Ocupacional , Townsend E; Wilcock A. 2010.

Kronenberg F, Simó S. Terapia Ocupacional sin fronteras. Capítulo 1 Un comienzo... Barcelona: Médica panamericana; 2007.

Kronenberg, F. Borrador. Documento de la WFOT acerca de la RBC. Definición de Justicia Ocupacional en: (Pág8)

Weber Suardiaz C, Justo A. Recursos institucionales y recursos subjetivos en la externación de pacientes con padecimiento mental severo. 2005.