

EXPERIENCIAS

Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas psiquiátricos crónicos.

*Leisure and rehabilitation. A study of use of leisure time in people with chronic psychiatric problems*

Juan GONZÁLEZ CASES\*  
Araceli GRANDE DE LUCAS\*\*  
Juan Ignacio FERNÁNDEZ BLANCO\*  
Sira ORVIZ GARCÍA\*

Fecha de recepción: 5-11-2001

Fecha de Aceptación: 24-6-2002

**RESUMEN**

*En este trabajo se describe el uso del tiempo de ocio en personas con trastornos mentales graves y crónicos que están siendo atendidas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares. Para ello se complementa un registro de uso del tiempo libre en todos los usuarios atendidos en el Centro durante un año. Se describen los resultados obtenidos y se concluye con la pertinencia de enmarcar las intervenciones en ocio en los principios de la rehabilitación y del enfoque comunitario.*

**PALABRAS CLAVE**

*Ocio, enfermedad mental crónica, rehabilitación psicosocial, intervención psicosocial.*

**ABSTRACT**

*This work describes the use of leisure time in people with chronic and severe mental disorders attending the Psychosocial Rehabilitation Centre of Alcalá de Henares. For this purpose a register of leisure time is completed by the users of the Centre. The results are*

\* Psicólogo. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.

\*\* Educadora. Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares.

*described and the conclusions show the relevance of framing the leisure time interventions within the rehabilitation principles and the community approach.*

### KEY WORDS

*Leisure, chronic mental illness, psychosocial rehabilitation, psychosocial intervention.*

## INTRODUCCION

La rehabilitación psicosocial según una definición ya clásica de Anthony (Anthony, 1977), es un proceso que pretende dotar a las personas que tienen trastornos mentales crónicos, de aquellas habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad, con los menores apoyos posibles, tanto de servicios especializados como de profesionales.

Este proceso exige un conjunto coordinado e integrado de estrategias rehabilitadoras distintas y complementarias. En la Comunidad de Madrid son los Centros de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) los servicios encargados de diseñar, estructurar y aplicar individual o grupalmente estas estrategias.

Alguna de ellas se refiere al área del ocio, ámbito impreterible cuando se pretende, como lo pretende la rehabilitación psicosocial, promover la integración sociocomunitaria (Rodríguez, 1997).

Conscientes de ello, en el CRPS de Alcalá de Henares, llevamos ya 11 años trabajando para favorecer y facilitar a las personas que atendemos, el disfrute de un ocio normalizado, normalizador y de calidad. A lo largo de este tiempo, hemos perseguido este objetivo desde el conti-

nuo ajuste de nuestra labor a las necesidades individuales de los usuarios de nuestro centro.

Aunque en muchas ocasiones en el ámbito del ocio la urgencia de la práctica, relega y ha relegado a un segundo plano los aspectos teóricos (Monteagudo, 1996), no queremos desperdiciar esta oportunidad para señalar el desarrollo teórico y la elaboración de modelos que se han ido sucediendo y reformulando desde que en 1984 Peterson y Gunn (Peterson y Gunn, 1984) formularon el primer modelo de intervención en ocio. A partir de esta publicación, salta a la vista el desacuerdo sobre el fin último del ocio: si el ocio es un fin en sí mismo, o si es un medio para la consecución de otros fines como la salud, el bienestar y la calidad de vida.

En este contexto (ocio como medio), cobra gran importancia el "ocio terapéutico", entendido como un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellos individuos con problemas o necesidades especiales (Monteagudo, 1996).

El foco del proceso reside en utilizar las experiencias de ocio para aumentar el crecimiento y desarrollo del individuo y capacitar a la persona para asumir la propia responsabilidad de ocio (O'Morrow, 1991).

Una de las posibles diferencias entre ocio en sentido general y ocio terapéutico, es que el segundo va dirigido a poblaciones con necesidades especiales. Uno de los riesgos de este ocio terapéutico es plantearse que dichas necesidades no pueden ser cubiertas por la comunidad, por lo que se crean recursos de ocio específico para dicha población, favoreciendo involuntariamente la consolidación de estereotipos que etiquetan a estas personas como sujetos diferentes, alentando así de igual forma, la aplicación de políticas y programas de ocio segregados que tienden a aislar a estas personas del resto de la sociedad, en vez de favorecer su integración (O'Morrow, 1991).

Si bien los diferentes modelos de ocio terapéutico pueden diferenciarse en el peso que otorgan al fin último del ocio y a su potencialidad para ayudar a superar un problema, también comparten principios comunes que se podrían resumir de la siguiente forma:

- Tratamiento e intervención individual de cada caso, respetando la capacidad de elegir y utilizar recursos según las necesidades personales.
- Fomentar la independencia y autonomía, así como la capacidad de decisión en cada caso (reducir limitaciones personales y aumentar destrezas sociales).
- Implicación de los agentes o profesionales del ocio en reducir las barreras que dificultan la participación de las poblaciones con necesidades especiales, como ciudadanos de pleno derecho, en actividades de ocio comunitarias y normalizadas.

El ocio, como medio para conseguir un fin, no consiste únicamente en propiciar que las personas hagan actividades, sino que exige evaluación, intervención en

problemas específicos (ej. : entrenamiento en comunicación u otros) y elegir, a posteriori, actividades que estén relacionadas con la superación del problema concreto.

Para profundizar más en los modelos de ocio véase en la recopilación de Gorbeña (Gorbeña 2000) el modelo de habilidad de ocio (Stumbo y Peterson, 2000), el de protección/promoción de la salud (Austin, 2000), el modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico (Van Andel, 2000) y el de autodeterminación y aumento del disfrute (Dattilo, Kleiber y Williams, 2000).

El presente trabajo tiene dos pretensiones:

- a) describir cómo y en qué emplean su tiempo libre las personas con problemas psiquiátricos crónicos que asisten al CRPS de Alcalá de Henares.
- b) Valorar las repercusiones que las intervenciones llevadas a cabo desde el Centro de Rehabilitación, han podido tener en la utilización que de su tiempo libre hacen las personas con trastornos mentales crónicos atendidas en el CRPS de Alcalá de Henares.

## 2. Material y Método

### MUESTRA

La muestra está compuesta por 116 personas que han sido atendidas en el CRPS durante un año. Respecto al perfil sociodemográfico el grupo tiene una media de edad de 29,6 años, siendo el 72% varones y el 83% de ellos solteros. El 81% convive con la familia de origen y el 14% con familia propia, el 57% tiene ingresos económicos propios ( 61.379 pts) y el 41% tiene estudios primarios.

Respecto al perfil clínico el 57% de la muestra tiene diagnóstico principal de esquizofrenia y el 72 % tienen hospitalizaciones previas. Todas estas personas han sido derivadas al C.R.P.S. desde los Servicios de Salud Mental de los distritos correspondientes y complementan la atención recibida en estos servicios con programas de rehabilitación en el C.R.P.S.

## **INSTRUMENTOS**

Se ha realizado un registro de las diferentes categorías de actividades de ocio, así como de la participación de los sujetos de la muestra en diferentes recursos (ver tabla 1).

Para poder realizar el registro y la valoración de los datos obtenidos se acometen los siguientes pasos:

### **1º. Establecer diferentes categorías que engloben las distintas posibilidades de disfrutar del ocio.**

La diferenciación de categorías, que expondremos a continuación tiene una finalidad práctica tanto en lo que se refiere a la labor cotidiana como en la elaboración de este trabajo. Por eso no deben entenderse tales categorías como excluyentes sino dentro de un continuo en el que se cruzan dos variables, el apoyo prestado por parte de los profesionales y el tipo de ocio (entendiendo por tipo de ocio cada una de las categorías que se definen a continuación en esta página). El apoyo puede estar presente en todas las categorías de ocio que se detallan y puede variar a lo largo del proceso de rehabilitación, de alto apoyo a nulo o mínimo. Tendríamos así actividades diferentes que se entienden en un continuo, que va desde lo normalizado a lo protegido o apoyado. A saber:

- Ocio estructurado
- Ocio no estructurado.

—Ocio supervisado.

—Nada (sin ocio)

A continuación se definen operativamente las categorías citadas:

**Ocio estructurado.** Sería un tipo de ocio más exigente en cuanto que demanda mayor compromiso y desarrollo personal, que conlleva cumplimiento de horarios, realización de una determinada actividad con un ritmo predeterminado. Demanda o exige además un compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a la red básica de apoyo. Consiste en la utilización de recursos comunitarios, por ejemplo: cursos de pintura, gimnasio, curso de fotografía etc.

El apoyo o la ayuda que se aporta por parte de los profesionales tiene que ver con la localización de recursos, elección y seguimiento en los mismos.

**Ocio no estructurado.** Sería aquel que se realiza sin la intervención directa de profesionales en el desarrollo de la actividad, aunque sí en su organización. Se trataría de un ocio informal, o poco exigente que no requiere un alto nivel de compromiso o planificación. Tiene que ver sobre todo con el descanso y entretenimiento. Ejemplos de este ocio serían: dar un paseo, tomar algo, ir al cine, etc...

**Ocio supervisado.** Sería aquél que engloba una serie de actividades que exigen supervisión por parte de los profesionales, voluntarios u objetores tanto en la organización como en la realización de las mismas. Es conveniente precisar que aunque en el ocio estructurado y en el no estructurado también hay intervención de profesionales. La supervisión en esta última categoría se da en todas las fases tanto en la decisión de la actividad, en la organización como durante la realización de la misma. Esta supervisión alude a la necesidad de poner al alcance de los usuarios las actividades de ocio existentes en la comunidad. Para lo cual se faci-

Tabla 1  
Hoja registro uso del ocio

NOMBRE:

OCIO ESTRUCTURADO USO DE RECURSOS COMUNITARIOS NORMALIZADOS		
<b>TIPO DE RECURSO UTILIZADO:</b>		
• Educativo..... <input type="checkbox"/>		
- _____	- _____	
- _____	- _____	
• Recreativos..... <input type="checkbox"/>		
- _____	- _____	
- _____	- _____	
• Formativos..... <input type="checkbox"/>		
- _____	- _____	
- _____	- _____	
NO UTILIZA RECURSOS..... <input type="checkbox"/>		
<b>INICIATIVA:</b>		
Propia..... <input type="checkbox"/>	Del C.R.P.S..... <input type="checkbox"/>	De ambos..... <input type="checkbox"/>

OCIO NO ESTRUCTURADO	
<b>TIPO DE ACTIVIDAD:</b>	
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
NO TIENE OCIO NO ESTRUCTURADO..... <input type="checkbox"/>	
<b>RED SOCIAL:</b>	
Solos..... <input type="checkbox"/>	
Familia..... <input type="checkbox"/>	
Amigos..... <input type="checkbox"/>	
Otros..... <input type="checkbox"/> : _____	
_____	
_____	

OCIO ESPECÍFICO	
<b>TIPO DE ACTIVIDAD:</b>	
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____
NO TIENE OCIO ESPECÍFICO..... <input type="checkbox"/>	

lita información y medios necesarios, se acompaña durante la actividad y se supervisa durante todo el proceso; si no existen estos apoyos específicos las personas no realizarían actividades de ocio. El tipo de actividades que se realiza puede ser muy variado, y si, bien va dirigido a aquellas personas más incapacitadas, es importante puntualizar que no debería concebirse en ningún momento como un ocio segregado (con espacios especiales, horarios especiales, actividades especiales) en cuanto que se utilizan espacios comunitarios y el objetivo es aprender a manejarse en ellos. ( Por ejemplo, grupo de usuarios que acuden acompañados por un educador a la piscina municipal, o a visitar un museo, utilizando el transporte público.)

En este escrito consideramos siempre actividades que se realizan en el entorno comunitario, buscando la integración de los usuarios en la comunidad. Todos los recursos a los que nos referimos son recursos normalizados, y todas las actividades que se realizan se llevan a cabo en el entorno comunitario en grupos reducidos. Esto no quiere decir que se valoren negativamente actividades específicas en dispositivos específicos ( jugar a cartas en un dispositivo de rehabilitación cuando las personas que lo hacen no están capacitadas para hacerlo en otro sitio), sino que éstas no han sido consideradas en este trabajo.

**2º. Elaborar hojas de registro (ver tabla 1) que contengan las categorías anteriormente citadas.**

- Para ocio estructurado, se llevan a cabo registros mensuales en los que se detallan los usuarios que participan en diferentes recursos normalizados, el tipo de recurso que es, y el tiempo que permanecen en el mismo; así como si la iniciativa de participación parte del usuario o de los profesionales del centro.

- Para ocio no estructurado se registran los usuarios que tienen este tipo de ocio y su red social.
- Para ocio supervisado se registra el número de usuarios y el tipo de actividades que realizan. También se registra quién apoya la realización de esas actividades (profesionales del centro, voluntarios, etc.).

Finalmente se hará un análisis de los resultados obtenidos.

### 3. Resultados

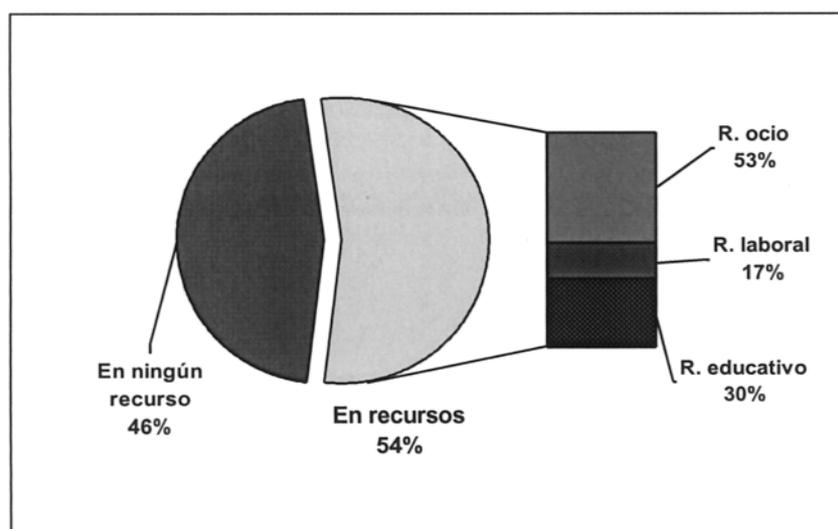
De las 116 personas que componen la muestra analizada, participan en recursos de la comunidad o en recursos normalizados el 54%, quedando un 46% sin realizar ningún tipo de actividad basada en recursos. (Ver gráfico 1)

De entre los distintos tipos de recursos que se estudian, existe menor participación en recursos formativo laborales (17%), seguido de recursos educativos (30%) y finalmente en el tipo de recursos en el que más participa esta población es en los de ocio (53%). En la categoría de recurso educativo se incluye la participación en los circuitos formativos reglados (E.S.O., F.P., Educación de Adultos, etc.) y la asistencia a academias privadas (inglés, informática, etc.). La categoría de recurso formativo-laboral está compuesta por cursos de capacitación profesional (INEM, IMAF, etc.). Por último, el recurso de ocio se explica en el siguiente apartado.

#### *Ocio estructurado*

Respecto a los recursos en los que se realiza ocio de forma estructurada 43 personas de la muestra estudiada participan en recursos de ocio estructurados. A lo largo del año, un 89% de estas per-

Gráfico 1.  
Porcentaje de usuarios que tienen ocio estructurado



sonas se mantienen realizando la actividad hasta completar el período preestablecido frente al 11% que abandona por unas u otras razones.

El recurso con la frecuencia más alta de utilización es el gimnasio, el siguiente es el Club de Jubilados y luego estarían los Clubes deportivos (fútbol y otros) y centros juveniles (tabla 2).

Señalar que la decisión para acudir a estos recursos (piscina, actividades artísticas -dibujo, plástica, encuadernación-, bibliotecas, hemerotecas, asociaciones religiosas, etc.) la toman los usuarios por propia iniciativa en un 58% de los casos, el 37% los hacen animados por el CRPS y un 5% de los casos es una iniciativa compartida entre el usuario y el CRPS (gráfico 2)

#### Ocio no estructurado

Las actividades de ocio no estructurado son aquellas que se realizan en la

comunidad de forma esporádica y espontánea, sin la organización y exigencias que requieren la participación en un recurso estructurado.

Según se puede apreciar en el gráfico 3, el 78% de la muestra realiza actividades de este tipo, frente a un 22% que no participa de esta modalidad de ocio. Del 78% de los usuarios que realizan estas actividades se pueden desglosar dos grupos. Uno de ellos donde las actividades que se realizan mayoritariamente serían: tomarse algo en un bar, salir a pasear por la ciudad, etc. El otro estaría constituido por el 61% del total de usuarios que realizan otras actividades que consisten en visitas culturales, excursiones, ir al cine o al teatro, etc.

Es interesante destacar los datos relacionados con la red social. De los 116 casos estudiados el 21% realiza las actividades con la familia; un 22% no tiene ocio no estructurado; y un 5% realizan actividades de ocio solos.

Tabla 2  
Tipos de recursos comunitarios de ocio utilizados

ORDEN DE FRECUENCIA DE USO	Nº DE USUARIOS
Gimnasio	23
Club de jubilados	8
Clubes (fútbol, fans)	6
Club juvenil	5
Piscina	5
Dibujo/plástica/encuadernación	5
Biblioteca/hemeroteca	5
Casa de la Juventud	3
Agrupaciones Religiosas	2
N= 43 (36,2%)	Intentos 62

Gráfica 2  
Iniciativa en el uso de recursos comunitarios de ocio

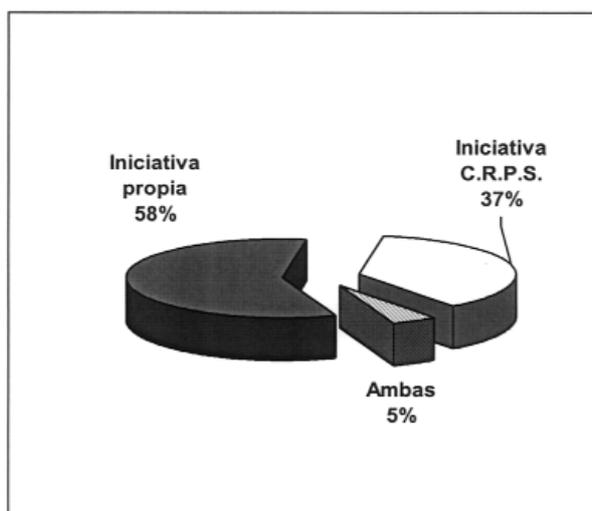
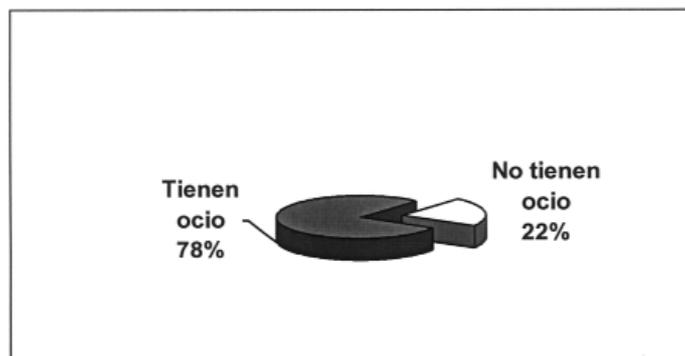
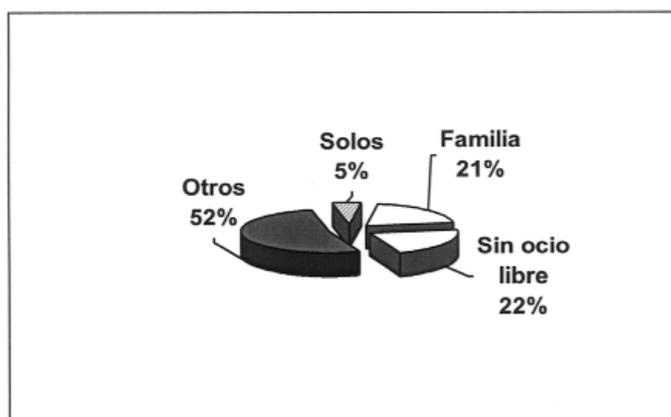


Gráfico 3  
*Usuarios con ocio no estructurado*



Gráfica 4  
*Red social en el ocio no estructurado*



No obstante el 52% tiene red social fuera del ámbito familiar y pasa el tiempo libre con amigos y/o compañeros (gráfico 4).

#### *Ocio específico*

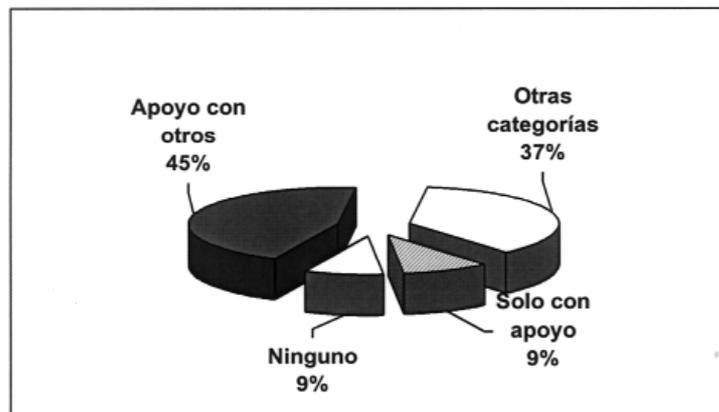
Como manifiestan los resultados del gráfico 5, solo el 9% de la población atendida no realiza ninguna actividad de ocio. Pero además contamos con otro subgrupo que constituye otro 9% que realizan actividades de ocio con apoyo, es decir, necesitan supervisión o acompañamien-

tos de educadores, voluntarios, etc. Si sumamos las dos categorías, obtenemos un 18% que no realizan actividades de ocio normalizadas y autónomas, frente al 82 % que sí lo hacen.

#### *Recursos utilizados antes y durante el proceso*

Se toman como referencia solamente a un grupo formado por 25 personas que son las que comienzan el proceso de rehabilitación en el año 98, lo cual hace

Gráfico 5  
Uso del ocio con apoyo



que los resultados den un uso de los recursos normalizados más bajo que el análisis de la muestra total, ya que algunas personas inician el proceso de rehabilitación a finales del 98 y también se cuenta en los resultados. No obstante, antes de iniciar el proceso de rehabilitación, sólo hay un 12 % que participan en recursos normalizados, durante el proceso el porcentaje sube al 32%.

#### 4. Conclusiones:

1º. Las personas con problemas psiquiátricos crónicos pueden participar en recursos normalizados de ocio que faciliten su integración en la comunidad, como demuestra la gráfica 1, manteniendo una asistencia continuada y un funcionamiento normalizado.

2º. Los datos de la gráfica 1, ponen de manifiesto que la participación en recursos normalizados de ocio es una vía de integración comunitaria más accesible para esta población que la vía laboral o formativa ya que el acceso a recursos de ocio es más frecuente que a otro tipo de recursos.

3º. El ocio ofrece alternativas para la integración a la casi totalidad de las personas con una enfermedad mental grave y persistente. Más de la mitad de la muestra está capacitada para tomar iniciativas respecto a la utilización del tiempo libre en recursos de ocio.

4º. En contraposición al perfil típico de las personas con trastornos mentales crónicos caracterizado por ausencia de red social fuera del entorno familiar y por ausencia de actividades de ocio normalizadas (Lemos y Fernández, 1990), las personas con problemas psiquiátricos crónicos que participan en un proceso de rehabilitación psicosocial, tienen una red social además de los lazos familiares y un tipo de ocio que va más allá del típico paseo. De hecho la red social de algo más de la mitad de las personas está fuera de la familia (gráfica 4).

#### Reflexión final:

Considerando que uno de los objetivos esenciales de la rehabilitación psicosocial es la integración social y el funcionamiento lo más normalizado posible den-

tro del entorno comunitario de la persona afectada, las alternativas de ocio desligadas de lo “comunitario” no parecen respuestas ajustadas a estas premisas de la rehabilitación.

Sin embargo, unas prácticas rehabilitadoras sustentadas en una metodología de trabajo que tenga presente las diferencias individuales, contribuyen a la consecución de los objetivos de rehabilitación y a la ocupación del tiempo libre de una forma constructiva, mejorando la socialización y normalización de la vida de las personas con problemas psiquiátricos. Así, el tiempo de ocio se sitúa en un plano rehabilitador y por tanto comunitario e integrador, trascendiendo viejas concepciones del ocio ocupacional, marginador o en el peor de los casos alienador.

Bajo el rótulo de ocio (léase fiestas, excursiones, vacaciones, campeonatos, etc.) se han ido infiltrando algunas prácticas profesionales, sin duda bien intencionadas, que los movimientos de reforma psiquiátrica y su concreción en una atención comunitaria a la salud mental deberían de haber superado. Un ocio donde el usuario apenas decide nada, donde la presencia de un profesional o para-profesional es permanente, en grupos numerosos que “identifican” a las personas como especiales, donde se reproducen actividades para el colectivo que ya existen en la oferta comunitaria, donde el “café para todos” es el método de selección de candidatos, etc. constituían algunas de las características de las actividades de ocio que las instituciones manicomiales ofrecían a sus residen-

tes. Son estos aspectos los que sutilmente han ido reapareciendo en los últimos tiempos y están corrompiendo conceptos centrales de la rehabilitación como la normalización, lo comunitario, la integración, la independencia y la autonomía.

En resumidas cuentas, la función central del profesional de la rehabilitación, *enseñar*, está escorando veladamente hacia la de *entretener*.

La exposición de estas reflexiones se introducen aquí con la pretensión de tener una guía que aparte nuestro trabajo en ocio del mero practicismo ateorico y lo enmarque dentro de los postulados que definen la rehabilitación en general. Por tanto, un propósito central de las intervenciones y estudios sobre ocio en personas con trastornos psiquiátricos debería hacer referencia a valorar en que medida estas intervenciones en ocio persiguen y consiguen objetivos rehabilitadores, a saber: si se evalúan las intervenciones en el sentido de capacitar a los usuarios para que puedan disfrutar de un ocio normalizado (es decir, si se orienta a los usuarios hacia la comunidad), si se intenta reducir las barreras comunitarias para que se dé un ocio integrador, y si se fomenta su independencia y su autonomía en la realización de actividades de ocio.

Recuperar los principios “ideológicos” de la rehabilitación psicosocial, y sobre ellos sustentar las prácticas diarias, no solo es posible sino que incluso es mejor para las personas con trastornos psiquiátricos crónicos. Este era el propósito del artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anthony, W.A. (1977). Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*, 32(8), 658-662.
- Austin, D.R. (2000). El modelo de protección/promoción de la salud. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.). *Modelos de intervención en ocio terapéutico* (35-48). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Dattilo, J., Kleiber, D. y Williams, R. (2000). Auto-determinación y aumento del disfrute: un modelo psicológico de prestación de servicios de ocio terapéutico. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.). *Modelos de intervención en ocio terapéutico* (69-88). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gorbeña Etxebarria, S. (ed.) (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Monteagudo Sánchez, M.J. (1996). Cuestiones de Actualidad. Ocio terapéutico. Concepto y aplicaciones. *Boletín ADOZ Centro de Documentación en Ocio Universidad de Deusto*, 9, 14-18.
- O'Morrow, G. (1976). *Therapeutic recreation. A helping profession*. New Jersey: Prentice-Hall.
- O'Morrow, G (1991). *Therapeutic recreation practitioner analysis*. Virginia: National Recreation and Park Association.
- Peterson, C.A. y Gunn, S.L. (1984). *Therapeutic recreation program design: principles and procedures*. New York : Prentice Hall.
- Rodríguez González, A. (coord.) (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide S.A.
- Stumbo, N.J. y Peterson, C.A.(2000). El modelo de habilidad en ocio. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.) *Modelos de intervención en ocio terapéutico* (13-34). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Van Andel, G.E. (2000). Modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico y modelo de resultados de ocio terapéutico. En: Gorbeña Etxebarria, S. (ed.). *Modelos de intervención en ocio terapéutico* (49-68). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Lemos Giráldez, S. y Fernández Hermida, J.R. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113-135.