



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

OCIO Y TIEMPO LIBRE EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Alumno/a: Estefanía Cruz Fuentes

Tutor/a: Yolanda M. de la Fuente Robles
Dpto: Psicología

Junio 2014

ÍNDICE

1. Resumen o Abstract	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos.....	5
4. Metodología.....	5
5. Fundamentación teórica y marco conceptual	8
5.1. Normativa.....	8
5.2- Enfermedad mental: Problemática y necesidades	11
5.2.1 Evolución de la atención al enfermo mental	15
6. La Rehabilitación Psicosocial	18
6.1- Definición de rehabilitación Psicosocial	18
6.1.1-. Importancia de la Rehabilitación Psicosocial y el apoyo comunitario	20
6.2-. Empoderamiento (empowerment) y Salud Mental.....	21
6.3 Ocio y tiempo libre en personas con enfermedad mental	22
6.3.1 Clasificación formas de Ocio y su metodología	25
6.3.2- Ejemplos de centros de Ocio y Tiempo Libre.....	28
6.4- Factores que obstaculizan el acceso de las personas con enfermedad mental a las actividades de Ocio y Tiempo libre	30
7. Conclusiones.....	32
8. Referencias Bibliográficas	34

1. RESUMEN

El trabajo se centra en el estudio acerca de las personas con enfermedad mental, el ocio y tiempo libre.

La atención a la población con enfermedades mentales graves y crónicas constituye uno de los principales problemas sociales y sanitarios de nuestras sociedades. Las problemáticas de esta población son múltiples y complejas, por eso es muy importante atender no solo su problemática clínica y psiquiátrica, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, con el fin de evitar el deterioro y marginación, y de ofrecerle las oportunidades necesarias para que sea efectiva la rehabilitación e integración social normalizada de este sector de la población en la comunidad.

Palabras clave: Rehabilitación Psicosocial, Enfermedad mental, Empoderamiento, Ocio e integración comunitaria.

Abstract:

The work focuses on the study of people with mental illness, leisure and free time. Care for people with severe and chronic mental illness is a major health and social problems of our societies. The problems of this population are multiple and complex, so it is very important to address not only your medical and psychiatric problems, but also their various psychosocial difficulties and social needs in order to prevent deterioration and marginalization, and to provide the necessary opportunities for be effective rehabilitation and social integration of the standard segment of the population in the community.

Key words: Psychosocial Rehabilitation, Mental Health, Empowerment, leisure and Community integration

2. Introducción.

*"El primer paso para el cambio es concientización, el segundo es aceptación".
Nathaniel Branden*

Las personas con enfermedad mental padecen un deterioro mental debido al cuadro sintomatológico de la enfermedad en sí, además conllevan también unas limitaciones en el funcionamiento psicosocial normal de la persona, con graves incapacidades y desventajas para el desarrollo de una actividad que permita la integración normalizada de la persona enferma. A esto hay que añadirle las consecuencias que conlleva el desconocimiento social existente hoy en día hacia las enfermedades mentales, creando un estigma social hacia estas.

Actualmente, la enfermedad mental, no es una cuestión que tan solo afecte a la salud, sino que, esencialmente, compete a los servicios sociales, dentro de los ámbitos de una sociedad que ha superado la antigua mentalidad de los hospitales psiquiátricos. Con este trabajo, lo que se pretende es sensibilizar acerca de la integración social de las personas discapacitadas con algún tipo de enfermedad mental, en todos los ámbitos de su vida y, especialmente, en el ocio y el tiempo libre.

El ocio ofrece alternativas para la integración a casi la totalidad de las personas con una enfermedad mental. Lo que sí está demostrado acerca del ocio es que mejora la calidad de vida de los usuarios a través de la instauración de lazos amistosos, favoreciendo su desarrollo personal y su integración social a través de actividades lúdicas, culturales y deportivas. Se debe dar relevancia al tiempo de ocio en las personas con esta patología, situándolo en un plano rehabilitador y, por tanto, comunitario e integrador.

Por ello me centraré en el ocio de las personas con una enfermedad mental, ya que lo que se pretende a través del ocio es que se consiga que la persona supere su aislamiento para, posteriormente, integrarse en su ámbito comunitario y así, ocupe su tiempo libre del modo más normalizado y autónomo posible. Además, el ocio fomenta la autonomía personal de las personas con enfermedad mental de manera que puedan valerse por sí mismos/as en las actividades de la vida diaria (AVD) para así poder retrasar la evolución de la dependencia

3. Objetivos

En cuanto a los objetivos que enmarcan el tema que se ha expuesto anteriormente, hay que remarcar que el objetivo principal de esta revisión bibliográfica ha sido conocer la importancia de la utilización del ocio como proceso rehabilitador y los beneficios que produce en el campo de la salud mental, además de, sensibilizar en conductas y valores al resto de población, eliminando ese estigma social que a día de hoy la sociedad en general tiene hacia las personas que padecen una enfermedad mental.

Dicho objetivo general vendrá compuesto por cuatro objetivos específicos, como son

1. Conocer la realidad de este colectivo, sus problemas y necesidades concretas
2. Fundamentar de manera teórica la importancia de la Rehabilitación Psicosocial como método de intervención con enfermos/as mentales.
3. Investigar teóricamente las barreras existentes del acceso al ocio en personas que tienen diagnosticadas una enfermedad mental

4. Ocio y tiempo libre en personas con Enfermedad mental: Metodología

Para obtener información sobre el tema se ha realizado una revisión de la bibliografía existente en diferentes bases de datos electrónicas nacionales e internacionales del entorno de las Ciencias Sociales mediante el uso de descriptores y consultando revistas en su formato digital. La búsqueda y exposición desarrollada de la información encontrada, ha sido realizada durante el periodo académico que abarca desde Enero 2014 hasta Junio de ese mismo año. Los artículos encontrados en su amplia mayoría pertenecen a revistas relativas a la profesión de Trabajo Social o al campo de la Psiquiatría. Al mismo tiempo se han ido consultando informes de organismos oficiales para la obtención de datos más concretos y con una mayor significación y fiabilidad.

La revisión bibliográfica ha sido elaborada tras la lectura de documentación en formato papel, como a través de internet, en la base de datos PsycINFO, como en Google

Académico, el portal bibliográfico libre Dialnet y las páginas web como por ejemplo la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, las diferentes páginas de asociaciones vinculadas a FEAFES, FAISEM e informes emitidos por el Instituto de Mayores y servicios sociales.

En un primer análisis se realizó la lectura comprensiva de un total de 26 documentos para identificar aquellos que podrían ser útiles y relevantes. En una segunda etapa fueron seleccionados aquellos de mayor interés, en el que podemos destacar el libro de Abelardo Rodríguez (1997), un libro que nos ha servido para determinar la base del presente trabajo.

Como documentos que hayamos analizado en profundidad podemos señalar que son los siguientes:

- Rodríguez González, A, (Coord.), 2011. “Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos”. Madrid: Pirámide, D.L
- Gisbert. C, (Coord.), 2002. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, *Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*. Cuaderno técnico nº6.
- Gómez Pérez, O; Sánchez Vicente, M; Sanz Caja, M & Rullas Trincado, M; Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. *45 Intervención Psicosocial, 2003, Vol. 12 N.º 1- Págs. 35.*
- IMSERSO, 2007. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid, *Colección de documentos, nº21005*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En primer lugar se comienza la búsqueda en la base de datos PsycINFO, en la cual se encuentran artículos en castellano. Se accede a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Jaén y en dicha base de datos son utilizados los descriptores:

- “Rehabilitación Psicosocial AND salud mental”, se identifican 27 registros, de los cuales tan solo ha sido seleccionado 1, ya que el resto no hacía referencia al objetivo específico de este trabajo, ni en el título ni en el resumen.

A continuación, la búsqueda es seguida en la base de datos de contenido electrónico Dialnet, cuyos documentos se hallan en castellano en su mayoría y alguno en inglés. A esta base de datos se accede de igual forma a través de la biblioteca virtual de la Universidad de Jaén. En esta búsqueda son utilizados los descriptores:

- Con “Salud mental AND Ocio” como descriptores, se obtiene un registro de 22 artículos, de los cuales, solo se incorporan temas sobre el ocio como área de rehabilitación psicosocial en el título o el contenido del resumen 4.
- “Salud Mental AND empoderamiento” son descriptores con los que se encuentran 5 artículos, en los que solo se incorpora el tema de empoderamiento relacionado con la salud mental en el título y posteriormente en el resumen, en 1 de ellos.
- “Rehabilitación Psicosocial AND Ocio”, aparecen 5 resultados totales, de los cuales solo se seleccionan 2, al ser los únicos que se refieren a la ocupación del tiempo libre en personas con enfermedad mental.

Revistas electrónicas utilizadas:

- www.SaludMental.info especialmente ha sido útil la sección de Rehabilitación psicosocial.

Algunos artículos de revistas de gran relevancia para este trabajo fueron los siguientes:

- Garcés Trullenque, E. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos De Trabajo Social*, 23, 333 – 352
- Amico del Carme, Lucía (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. *Margen* 35,

Queda expuesto así el proceso de búsqueda, incluyendo las bases de datos y revistas electrónicas en las que han sido encontradas fuentes para la elaboración de este trabajo, no quedando reflejadas búsquedas inefectivas ni el uso de descriptores inadecuados para la búsqueda. Como criterio de inclusión se establece como queda determinado en cada uno de los casos descritos, que los artículos hagan referencia al uso del ocio y tiempo libre de las personas de enfermedad mental, los beneficios de su realización así como la

importancia de esta área de actuación en la Rehabilitación Psicosocial.No siendo restringidos en ningún momento según las fechas de su publicación.

Por el contrario, los criterios de exclusión en esta revisión bibliográfica ha sido el acceso no gratuito a determinadas revistas y artículos en otro idioma diferente al español e inglés.

5. Fundamentación teórica y marco conceptual.

5.1 Normativa

Tras el análisis bibliográfico realizado, hemos examinado que existen una serie de normas jurídicas a nivel internacional, estatal y autonómico, que están vinculadas en la atención sanitaria concerniente al área de Salud mental y en concreto a esas personas que a día de hoy manifiestan una patología psiquiátrica.(Junta de Andalucía Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2007)

- ***Declaración de Luxor de 1989*** en ella se plasma los derechos humanos para las personas que padecen una enfermedad mental de la Federación Mundial de la Salud Mental, manifestando así la competencia gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y al desarrollo de la igualdad de derechos del enfermo.
- ***La Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991***, donde se defiende los derechos de las personas con enfermedad mental y además establece el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de este colectivo.
- ***El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos y Dignidad del Ser Humano de 1997*** plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes, acentuando el derecho a la intimidad, la confidencialidad en la información y el consentimiento informado.

En el marco normativo español a través de la Constitución Española, en su Capítulo III del Título I, dedicado a los principios rectores de la política social y económica, se enmarca algunos preceptos constitucionales que identifican derechos fundamentales que hay que tener en cuenta en el ámbito de la salud mental. (BOE núm. 311, 1978)Éstos son:

- “Art. 43. Se reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.”
- “Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales a los que se prestarán la atención sanitaria que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que el Título I otorga a todos los ciudadanos.”

En el **Título VIII**, de la organización territorial del Estado, Capítulo Tercero, se explicita las competencias fundamentales de Comunidades Autónomas y del Estado. Destacan así:

- “Art. 148. Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en asistencia social (nº 20) y en sanidad e higiene (nº 21)”

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos. Para el ámbito del Trabajo Social, esta ley ha sido muy relevante porque se considera al enfermo mental como un ciudadano con derechos y deberes, pasando a ser atendido en la comunidad, en su entorno y en la familia.

La presente ley explicita en su artículo 20 que se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental. Esta misma ley en su artículo 6.5 reafirma lo expuesto en el artículo 49 de la Constitución. (BOE núm. 102, 1986)

“Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental (...), que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.”

- “La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.”
- “La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. En él se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. ”
- “Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.(BOE núm. 102, 1986)

En el **decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de salud mental en el ámbito del servicio andaluz de salud**, el objetivo del presente Decreto es la disposición de la atención a la salud mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud en Andalucía, que se organiza funcionalmente en los niveles de atención primaria y atención especializada.(RDL 77/2008, de 4 de Marzo)(Junta de Andalucía Servicio Andaluz de Salud Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2008)

Ley 2 /1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, donde expone que el objetivo principal de la presente ley es la regulación de actuaciones para hacer efectivo el derecho a sanidad de toda la comunidad andaluza.(BOJA Núm 74, 1998)¹

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Esta ley pone de manifiesto las medidas existentes para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad (BOE Núm 289, 2003)²

5.2- Enfermedad mental: Problemática y necesidades

Mediante una búsqueda sistemática de bibliografía, se ha obtenido una información que sugiere que es un tema escasamente investigado, y que por ello a través de este trabajo queremos exponer la importancia que tiene el ocio cuando hablamos de Rehabilitación Psicosocial con personas que padecen una enfermedad mental. Para ello comenzaremos a definir Enfermedad mental.

El desarrollo del concepto de Enfermedad mental ha estado ligado a cada uno de los modelos asistenciales en vigor en cada época histórica.(Paolini, 1991). Con la incorporación de la psiquiatría en el ámbito de la medicina comenzó a ser considerada la enfermedad mental como tal. Hasta entonces, del estudio de la enfermedad mental se ocupaban los campos de la religión, la historia, la filosofía o la medicina.(Markez, Póo, Ariño, Córdoba, Merino & Romera, 2000)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La **salud** es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”. En este caso, nos centraremos en la salud mental. Para poder decir que disponemos de una buena salud mental la OMS la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad?”.(Organización Mundial de Salud , 2013)

¹http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentos.asp?pagina=pr_normativas2_3

² <http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/03/pdfs/A43187-43195.pdf>

Siguiendo con esta serie de conceptos, intentar hacer una definición concreta de lo que es enfermedad mental se vuelve complicado, sin embargo podemos definir de manera general enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, los cuales afectan a procesos psicológicos básicos como son las emociones, la motivación, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive creando un malestar al individuo.

Hoy en día, se utiliza el concepto de **Trastorno mental** para referirse al concepto de enfermedad mental. El término 'trastorno mental' es más amplio, además de que se aplica a cualquier alteración genérica de salud mental sea o no dichas consecuencias de una alteración somática.

Las personas que padecen una enfermedad mental experimentan una serie de dificultades, las cuales tienen un carácter especialmente psicosocial. De este tipo de problemáticas se derivan los déficits de estas personas y dificultades de funcionamiento psicosocial que provocan este tipo de enfermedad y que interfieren en su nivel de autonomía e integración social.(Rodríguez, 2011). Los principales problemas que tiene que afrontar este colectivo junto a sus familias, hacen referencia a la insuficiencia de recursos socio sanitarios y a las desigualdades territoriales, que tienen que ver con el modelo de atención de salud mental

Por todo esto, las personas con enfermedad mental requieren de un tratamiento integral que atienda a sus necesidades sanitarias, familiares, culturales, de manera que les presten apoyo social y así les permitan su posterior integración socio laboral. Para ello, se debe desterrar la concepción que se tiene a día de hoy de la enfermedad mental y aprovechar los recursos de la comunidad; de acuerdo con el modelo de Psiquiatría Comunitaria, promulgado en La Ley General de Sanidad de 1986.

Las personas con enfermedad mental comparten las mismas necesidades del resto de los ciudadanos pero de manera más concreta, sus necesidades como colectivo podríamos constreñirlas de la siguiente forma.(IMSERSO, 2001)

- **Diagnóstico precoz y certero:**

El diagnóstico es de vital importancia para poder así planificar el tratamiento más apropiado a las peculiaridades de cada enfermedad mental, consiguiendo así evitar un deterioro del individuo por la demora de la intervención.

- **Información/Formación de la enfermedad mental a las personas afectadas y sus familias:**

El desconocimiento de los recursos socio-sanitarios existentes hoy en día obstaculiza el acceso a programas de intervención. Por ello, es conveniente informar y a su vez formar tanto a las personas afectadas como a sus familiares, sobre la enfermedad, las consecuencias y efectos, recursos socio-sanitarios y comunitarios existentes, derechos obligaciones, pautas de comportamiento, etc. El objetivo es que la familia comprenda que el padecimiento de esta enfermedad no transcurre de manera lineal, sino que en algunos momentos se pueden producir crisis agudas a las que haya que frenar con una hospitalización del paciente en contra de su voluntad.

- **Tratamiento integral eficaz:**

Existen numerosos factores que impiden el acceso a un tratamiento efectivo como puede ser la escasez de protocolos, la carencia de recursos existentes, falta de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, además del pensamiento de una intervención basada en la medicalización del individuo que a día de hoy sigue presente en este campo de actuación.

- **Desarrollo y extensión de los recursos intermedios:**

La transición del hospital al hogar supone importantes dificultades a la familia y a la persona con enfermedad mental. Por eso, este es el punto donde los recursos intermediarios son tan importantes por no decir indispensables. En estos recursos es necesario tener presente el proceso de rehabilitación e integración de la persona como objetivo principal.

- **Apoyo a la familia:**

Tras conocerse el padecimiento de una enfermedad mental de algún familiar, aparecen una serie de problemas que son difíciles de afrontar por el impacto emocional que sufre la familia que se ve agudizado por la escasez de información clara que le ayude a aceptar las nuevas situaciones. Es importante destacar el papel que desempeña la familia, casi siempre una mujer, ante el cuidado de un enfermo mental. El miedo a las recaídas, la sobrecarga de trabajo hacen que se abandonen otros aspectos de su vida.

(Márquez,Iñaki et als, 2000)

- **Integración sociolaboral:**

La integración de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental especialmente aquellas que son crónicas en el ámbito laboral, se encuentra entorpecida por el estigma y estereotipos sociales que recaen sobre ellos. A esto hay que añadirle la falta de cualificación profesional y la errónea concepción que tienen los Centros de Rehabilitación Laboral que están orientados al entrenamiento de la persona en búsqueda de empleo más que a la consecución de un empleo en sí.

- **Apoyo al asociacionismo:**

En este momento las asociaciones escasean de medios materiales y humanos suficientes para llevar a cabo su labor, estas ofrecen programas de sensibilización, reivindicación, formación e información, asesoramiento jurídico, ocio y tiempo libre y escuelas de familia y autoayuda y lucha contra el estigma y la discriminación de estas personas.

- **Mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental:**

La administración debe desarrollar nuevas estrategias de transmisión de la información con los ciudadanos sobre salud mental, donde se fomenten acciones de promoción de la salud mental y de sensibilización social, con la cooperación de los movimientos asociativos de familiares, los propios enfermos y medios de comunicación.(Defensor del Pueblo Andaluz, 2013)

5.2.1 Evolución de la atención al enfermo mental

Las personas con enfermedad mental han padecido una larga historia de segregación y marginación con respecto al resto de la sociedad. En aquella época (desde el siglo XV a mediados del XIX) el modelo básico de atención a las necesidades y problemas psiquiátricos y psicosociales de esta población se establecía en relación al internamiento durante largas temporadas incluido el internamiento perpetuo. Estas instituciones u hospitales psiquiátricos eran los denominados ‘manicomios’ que se caracterizaban por situarse lejos de los núcleos urbanos ofreciendo una atención de tipo asilar y custodial. La atención psiquiátrica que ofrecían en esa época era irrisoria y deficitaria, debido a que las condiciones de vida en la que se encontraban los internados eran claramente contraproducentes. La masificación, despersonalización y la falta de intimidad eran uno de los factores que incrementaban la cronificación de la enfermedad además de un mayor deterioro personal tras la marginación y aislamiento en el que se encontraba este colectivo.(Gisbert, 2002)

En España, la reforma psiquiátrica comenzó con retraso respecto al resto de países. El estado Español emprende en la década de los 80 una reforma psiquiátrica que da lugar a la desinstitucionalización de este colectivo. Esta reforma se consolidó en 1985 con el *Informe de la comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* donde se determinó los principios básicos e inspiradores a cumplir para el procedimiento de transformación de la atención psiquiátrica, proponiendo un nuevo modelo de atención a la Salud Mental fundado en la comunidad. Se consiguió cambiar el sistema basado en la internalización en hospitales psiquiátricos y/o manicomios a un sistema donde se ofrecían alternativas a las instituciones cerradas, teniendo aquí una gran importancia el papel de los servicios de atención primaria. Con este nuevo modelo de atención al enfermo mental se buscaba una mayor participación social y tolerancia con respecto al enfermo, y una mejora en la conexión entre los diferentes servicios ofertados, para así poder asegurar la calidad de atención de estas personas.(Markez, Póo, Ariño, Córdoba, Merino & Romera, 2000)

A pesar de que la Reforma Psiquiátrica no comenzó en el mismo tiempo en todos los países desarrollados, analizando las diferencias y similitudes de este acontecimiento con respecto a los demás países podemos extraer las siguientes características básicas para poder así definir el concepto de “Reforma Psiquiátrica”(Rodríguez &Sobrino, 2011)

- Se realiza un análisis crítico para transformar el hospital psiquiátrico restableciendo su carácter terapéutico o incluso por suprimirlo sustituyéndolo por servicios alternativos. Tras este proceso de desinstitucionalización se comenzó a trabajar por la reinserción social de las personas que padecen una enfermedad mental.
- Esta reforma tiene como objetivo crear un nuevo modelo de atención que enfoca su interés en el contexto comunitario, a través de poner a disposición de los y las ciudadanas, servicios que atiendan los problemas de salud mental en el propio contexto social donde reside la persona con esta patología, reconociendo los factores psicosociales y ambientales que inciden en el proceso de enfermar y en la evolución del trastorno.
- Se caracteriza por el propósito de articular una gama de servicios y unidades alternativas en la comunidad que cubran las diferentes necesidades del enfermo mental para facilitar tanto la desinstitucionalización como su mantenimiento en la sociedad.
- Ante la cronicidad de la persona que padece una enfermedad mental cambia la respuesta de intervención que hasta entonces era la hospitalización. Esta debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés como ha ocurrido hasta ese momento.
- Una perspectiva integradora de la atención en salud mental donde se contemple los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación, desde un modelo de atención multidimensional (bio-psico-social).
- Existe una amplia relación con los modelos de atención sanitaria basados en la salud pública y de la comunidad. Además se crea un marco organizativo de carácter territorial para ofrecer los servicios comunitarios de salud mental y así mantener una atención continuada e integral hacia este colectivo.

La reforma psiquiátrica se basó en la Ley General de Sanidad de 1986, especialmente en su artículo 20, que como hemos dicho anteriormente, en ese artículo quedaba reflejado el carácter comunitario de los servicios de Salud Mental, y hacía hincapié en el desarrollo de servicios para la rehabilitación y reinserción social de estos enfermos.

La reforma Psiquiátrica en España obtuvo una serie de logros, como fue la integración en el sistema sanitario y la plena equiparación del enfermo al resto de usuarios de servicios sanitarios y sociales. A pesar de estos, existieron múltiples deficiencias en la alternativa a la desinstitucionalización ya que los planes de ese nuevo modelo de atención en salud mental no se llegaron a desarrollar por completo, además de no poder hacer frente al problema de cronicidad por falta de dotación y coordinación con servicios sociales.

Espino (1995) en sus diferentes artículos afirma que la Reforma Psiquiátrica supuso una serie de avances como los anteriormente citados, pero también manifiesta la serie de obstáculos que se pusieron en el camino de esta reforma, que perjudicaron la consecución íntegra de los principios inspiradores de la misma. Podríamos resumirlos en una mayor medicalización y predisposiciones a la homogeneidad en las prácticas propias de la especialidad, crecimiento de la demanda con nuevos problemas y patologías desconocidas. Además surgen una serie de problemas relacionados con la organización de los cuidados sociosanitarios y a la inconsistencia que quedaba manifiesta en los programas cuyo objetivo principal era la rehabilitación, resocialización y una posterior integración de la persona con enfermedad mental en su comunidad.

Esta nueva concepción de salud mental comunitaria tiene como principio inspirador la rehabilitación psicosocial e integración laboral de las personas con enfermedad mental. Por ello, esta rehabilitación psicosocial solo se podría llevar a cabo en un contexto de desinstitucionalización además de una concepción de salud mental comunitaria. (Rodríguez & Sobrino, 2011)

En un informe especial al Parlamento, emitido en Abril de 2013, por el Defensor del Pueblo Andaluz (2013) se hace referencia a la transformación del modelo asistencial de personas con Enfermedad Mental y del contenido del mismo, tanto desde la perspectiva de la atención a la salud como del apoyo social, a través de la articulación de sendos Sistemas de Salud Mental y de Protección Social. No obstante en ese mismo informe se reconoce, que los citados sistemas públicos andaluces, aún en el año 2013 adolecen de insuficiencias y disfunciones en cuanto a la dotación y recursos de dichos servicios.

Además, el Defensor del Pueblo Andaluz, manifiesta las continuas vulneraciones de derechos fundamentales en relación a este colectivo que quedan reflejadas en las numerosas quejas planteadas por los ciudadanos andaluces.

6.- La rehabilitación psicosocial

A lo largo de las últimas décadas, la rehabilitación psicosocial ha pasado a formar parte de una técnica de intervención psicosocial, ganando una mayor importancia en la atención comunitaria a las personas con enfermedades mentales graves y duraderas. Este ámbito de intervención psicosocial y apoyo comunitario ha resultado ser un elemento esencial en la organización de una atención sociosanitaria, comunitaria e integral de este colectivo. (Arribas, González & Salazar, 2011)

Autores como Vázquez (2010) contemplan la Rehabilitación Psicosocial como una gran oportunidad que surgió tras una serie de circunstancias complejas. Ejemplo de ello fue el periodo que contempló la desinstitucionalización psiquiátrica determinada por un proceso de atención e inserción comunitaria de las personas con enfermedad mental, la concepción de una salud mental desde el ámbito comunitario, la necesidad de intervenir más allá de los síntomas clínicos del paciente para conseguir una completa recuperación y entre otras la utilización de nuevas metodologías derivadas de la psicología del aprendizaje social, modificación de conducta o la psicología social y comunitaria.

6.1.- Definición de rehabilitación psicosocial

La rehabilitación psicosocial parte de unos principios inspiradores de gran importancia donde se considera que este tipo de rehabilitación debe apoyarse en el reconocimiento de los derechos humanos. Asimismo se busca promover la integración de estas personas en su comunidad natural, familias, amigos, ámbito laboral, en el barrio además de basarse en un principio de autonomía e independencia, siendo su objetivo principal la recuperación de esas capacidades perdidas que le permitirán poder desenvolverse con mayor independencia en la vida diaria.

Rehabilitar es, según la Real Academia Española “*restituir a una persona o cosa a su estado anterior*”, o bien define la rehabilitación como “*el conjunto de métodos destinados a recuperar una actividad o función perdida como consecuencia de un traumatismo o enfermedad*”. En definitiva, la rehabilitación abarca tanto la mejora como el mantenimiento o prevención de una situación peor durante el mayor tiempo posible.(IMSERSO, 2007)

El concepto de rehabilitación psicosocial es más difícil de definir. Según Rodríguez (2011),expone la rehabilitación psicosocial como un procedimiento cuyo fin es proporcionar ayuda a las personas que padecen algún tipo de discapacidad psiquiátrica, a reincorporarse en la sociedad y a optimizar su actividad psicosocial de forma que sean capaces de permanecer en su contexto social de la manera más autónoma posible.

Este tipo de rehabilitación está clasificado como prevención terciaria, ya que su fin es disminuir las consecuencias de la enfermedad, fomentando la regeneración del mayor número de facultades posibles del individuo concreto.(Sánchez, 2011)

Tras un análisis exhaustivo hemos podido comprobar las numerosas definiciones acerca de la rehabilitación psicosocial, cada una de ellas desde una perspectiva ideológica diferente. A pesar de que cada definición posee un enfoque diferente, todas ellas poseen unas características comunes:(IMSERSO, 2007)

1. Rehabilitación se hace “*con las personas*”, no “*sobre las personas*”. El enfermo es el creador de su propio proceso rehabilitador, actuando el profesional como guía o apoyo del usuario.
2. Se realizan actividades en función de unos objetivos comúnmente establecidos, y que se pretenden alcanzar. Por ello, la rehabilitación no consiste metodológicamente en la aplicación de un tratamiento, sino que debe ajustarse a cada individuo, entorno familiar etc. Para ello es muy importante que los familiares y la propia persona sean conscientes de la enfermedad y las limitaciones que esta conlleva, sin olvidar las potencialidades que cada uno tiene. Este reconocimiento harán más viable el proceso de rehabilitación.

6.1.1.- Importancia de la Rehabilitación psicosocial y el apoyo comunitario.

La rehabilitación psicosocial además de ser un conjunto de estrategias cuyo objetivo es que, las personas con algún tipo de enfermedad mental, recuperen las habilidades físicas intelectuales y emocionales necesarias para que puedan integrarse en la comunidad mejorando su calidad de vida, se debe tener en cuenta que la rehabilitación psicosocial, considera los problemas psicosociales. En ella el ámbito socio-ambiental adquiere la misma importancia que la sanitaria. (Sánchez, 2011)

Como hemos plasmado anteriormente, la rehabilitación psicosocial fundamenta su importancia en el objetivo que persigue. Este fin no es la curación ni cubrir necesidades sanitarias básicas sino también evitar el deterioro provocado por el padecimiento de la enfermedad mental, promoviendo la autonomía y una mayor independencia. El déficit de funcionamiento psicosocial que presentan las personas con enfermedad mental (especialmente las crónicas) provoca una dificultad añadida en muchas situaciones de la vida personal, social y laboral. Así, si le sumamos las barreras sociales existentes hoy en día como son el rechazo social, estigma, etc dan lugar a que muchos de estos individuos se encuentren en una posición de desventaja social con respecto al resto de personas.

Por consiguiente este tipo de rehabilitación basado en el ámbito socio-ambiental, permite comprender el papel que desempeña la atención psicosocial y comunitaria para poder conseguir una rehabilitación e integración de este colectivo.

Para poder alcanzar el objetivo anteriormente citado, es necesario llevar a cabo un conjunto coordinado de estrategias rehabilitadoras distintas y complementarias. Los encargados de llevar a cabo estas estrategias son los centros de Rehabilitación psicosocial. Por consiguiente, las estrategias están enfocadas a diferentes áreas, siendo una de ellas el ocio y tiempo libre, el objetivo de estudio de este trabajo, un campo donde se pretende promover la integración sociocomunitaria del enfermo mental.

6.2 Empoderamiento (empowerment) y Salud Mental.

Tras realizar esta revisión bibliográfica, hemos considerado necesario incluir el concepto de empoderamiento, ya que han sido numerosos autores que hacían referencia a este como un elemento importante que benefician tanto a enfermos/as mentales como a los profesionales de la salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el **empoderamiento** (empowerment) es un concepto elemental para la promoción de la salud en el colectivo de enfermos/as mentales. Según Segado (2011) empoderamiento es aquella capacidad de cada individuo para poder conseguir sus propios objetivos.

El primer investigador que definió empoderamiento en relación a la salud mental fue Julian Rappaport (1988)³ que definió el empoderamiento como nexo de unión entre la competencia personal, y la ambición de tomar medidas en la esfera del sector público. En teoría se refiere al proceso de interacción de la persona con su entorno, por medio del cual las personas o comunidades adquieren el control del eje central de su vida. (Vidal, 2002) En definitiva, se basa en fomentar las habilidades que poseen los individuos, grupos y comunidades a través del conocimiento de sus propias potencialidades. Según (Weick, 1992) fundamenta su teoría en la concepción de que los individuos tienen mayor éxito en su vida cuando identifican y usan sus fortalezas, destrezas asumiendo así que los seres humanos tienen capacidad de mejorar y, en consecuencia, evolucionar. (Segado, 2011:73)

La OMS considera que en el proceso de empoderamiento es necesario actuar en varios niveles: social/ estructural, provisión de servicios y desarrollo profesional, comunitario e individual.

Para llevar a cabo un correcto desarrollo del proceso de empoderamiento es necesario que se lleve a cabo los siguientes aspectos en los niveles anteriormente citados: (Organization, 2010)

1. Defensa de los derechos humanos de los beneficiarios de servicios y lucha contra el estigma y la exclusión
2. Certificar unos cuidados de alta calidad y la responsabilidad de los servicios

³ Destacado teórico comunitario que propone la idea de Empowerment como fenómeno de interés de la acción psicológica y social.

3. Acceso a la información y a los recursos
4. Inclusión en la toma de decisiones
5. Disponer de capacidad de organización en el ámbito local para reclamar ante las instituciones y las estructuras gubernamentales.

6.3 Ocio y tiempo libre en personas con enfermedad mental

El ocio se ha considerado desde hace tiempo atrás como un factor muy importante en la vida del ser humano ya que se encarga de promover la salud y bienestar del individuo además de actuar como agente socializador. Haciendo referencia al título de nuestro trabajo, Ocio y tiempo libre en personas con enfermedad mental, consideramos importante matizar la diferencia entre ambos conceptos.

Son diversos autores como Ander – Egg; Quintana, 1994; Cembranos, Montesinos, y Bustelo, 1988; Puig y Trilla, 2000) los que han distinguido la utilización de estos conceptos.(Martín, 2011). El tiempo libre es un requisito básico, para llevar a cabo algún tipo de actividad de ocio. A pesar de ser una cualidad necesaria del ocio, esta es insuficiente. Para poder realizar actividades de ocio es necesario disponer de un tiempo libre de obligaciones, el cual la persona elige y administra según sus necesidades personales y la complacencia que esta le produzca. Estos autores coinciden en destacar los beneficios que conlleva el ocio, siempre y cuando sea una elección libre y deseada las actividades a realizar. La práctica de ocio permite el desarrollo de las habilidades sociales, creando lazos amistosos y, en definitiva, el bienestar y la calidad de vida de estas personas.

Sin embargo, muchas personas tienen un ocio insatisfactorio y de baja calidad. Entre estas personas podemos decir que se encuentra los individuos/as que padecen enfermedad mental (en especial los crónicos), de los cuales se puede decir que tienen un ocio forzado, pues lo que tienen es un exceso de tiempo libre, periodo que no es ocupado de manera que produzca satisfacción. (Cendoya, Del Campo & Ruiz-Ortega, 2007)

Diversos estudios como el de (Gorbeña, 2000) y (Wilcock, 1998), señalan las carencias existentes en la utilización del ocio entre las personas con enfermedad mental. Estos autores acentúan el valor que conlleva el ejercicio de programas, recursos y servicios dedicados a fomentar las actividades de ocio como elemento clave del uso terapéutico del ocio, mejorando la calidad de vida de estas personas.(Martín, 2011)

Por ello, es de vital importancia una actuación de manera adecuada en este campo de intervención con las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, especialmente en los casos crónicos y severos.

Como se ha dicho anteriormente, el ocio es un área de actuación de los centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) pues haciendo un uso terapéutico de éste, se consigue que estas personas minimicen los síntomas propios de la enfermedad (menos rasgos psicóticos, aumenta su autoestima, menor irritabilidad mayor competencia e interés social, mejora la habilidades sociales, etc.)

Existe una relación intensa entre el ocio y la salud mental, ya que con el uso adecuado del ocio podemos conseguir un adecuado manejo del estrés, el cual es un factor imprescindible en la rehabilitación e integración de las personas que padecen alguna enfermedad mental. Asimismo, a través del ocio, se consigue que la persona se integre en su entorno comunitario con total normalidad además de ocupar su tiempo libre de la manera más autónoma e independiente posible. (Gómez, Sánchez ,Sanz & Rullas, 2003)

Gorbeña (2000), define el **ocio terapéutico** como el uso de tareas recreativas para originar un resultado terapéutico en los ámbitos sociales, físicos, emocionales y cognitivos, de estas personas que por padecer una enfermedad mental en sí requieren necesidades especiales. El ocio terapéutico tiene dos grandes objetivos, el primero de ellos ayudar al individuo a estabilizar su situación, evitando así un mayor deterioro. El segundo gran objetivo es garantizar que las personas con enfermedad mental, tengan la posibilidad para que su ocio este enfocado a superar sus retos, sentir placer y disfrute, con el fin de ayudar a la persona a integrarse en la comunidad.

Así mismo la educación a través del ocio, tiene como fin formar a la propia persona además de propiciar una integración social a través de un proceso dinámico y participativo donde se llevará a cabo mediante actividades físicas e intelectuales.

Para que el Ocio cumpla su objetivo terapéutico es necesario que el individuo lo realice de manera *voluntaria*, de manera que se fomente la autonomía de la persona y la capacidad para producir un pensamiento positivo hacia la vida tras realizar actividades creativas, constructivas y lo más importante rehabilitadoras. (Salud, Instituto de Adicciones de Madrid, 2007)

Existen numerosos autores que postulan los beneficios del ocio y tiempo libre relacionados con su libre elección y toma de decisiones autónoma. Según Russel (1996) “La esencia de lo que constituye el ocio es lo que la persona siente respecto a la actividad y no la actividad misma”. (Mannell y Kleiber, 1997) “El ocio es la calidad relativa a la experiencia, caracterizada por la libertad percibida y la motivación intrínseca”. Además los autores (Coleman e Iso-Ahola, 1993) demuestran que “las características claves del ocio – libertad percibida y control – ayudan a confortar un sentido estable de autodeterminación, causando mayores sentimientos de control de la propia vida” (Martín, 2011) (Gorbeña, 2000:15-17).

Melo y Drummond (2003) en sus teorías plantean el ocio como sistema liberador. Donde diferencian este tipo de ocio como un elemento de transformación social o como factor de reproducción de las condiciones de existencia. Estos autores identifican tres paradigmas de intervención. (Molina, Tabares, Franco & Jaramillo, 2006)

El primero de ellos denominado paradigma tecnológico, donde el ocio interviene en las situaciones más críticas, con la finalidad de disminuir dicha problemática sin atender las causas de la misma. El segundo paradigma es el llamado interpretativo, este analiza las motivaciones y preferencias del usuario, para así garantizar el acceso a las prácticas de ocio. Y para finalizar un tercer paradigma, denominado dialéctico, donde el ocio se orienta en un plano de empoderamiento personal, social y político, buscando el máximo nivel de autonomía personal de estas personas. Este último paradigma es el más adecuado para intervenir en procesos de transformación social.

Como hemos podido observar tras este análisis bibliográfico exhaustivo, son numerosos los autores que abogan los beneficios que aporta el ocio en las personas con enfermedad mental y las posibilidades que ofrecen para su empoderamiento.

En cuanto a la profundización en el estudio de ocio como mecanismo rehabilitador en personas con enfermedad mental, cabe destacar el estudio que ha sido realizado por Susana Gorbeña Etxebarria (2000) en el Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto, publicado en su libro denominado Ocio y salud mental. Esta investigación la podemos encontrar en su Capítulo III llamado “*Prácticas de ocio en las personas con trastornos mentales crónicos*”. Este estudio se basó en una muestra de 157 sujetos adultos entre los 20 y 45 años y de ambos sexos, que tenían diagnosticado un trastorno mental.

A modo de conclusión de esta investigación (Gorbeña, 2000) expone que los intereses y demandas del ocio en personas con enfermedad mental son similares a la de la población en general, exceptuando la escasa práctica deportiva y las actividades sociales de tipo comunitario. A esto hay que añadir que existe un alto porcentaje de personas que se aburren o no están satisfechas con el desarrollo de su tiempo libre. En segundo lugar, a día de hoy entre los profesionales que se relacionan con este colectivo no tienen conciencia de la importancia que tiene el ocio como técnica rehabilitadora.

Y para finalizar las conclusiones de esta investigación esta autora destaca la falta de estudio e investigaciones acerca del ocio de este colectivo, y sobre el efecto que produce los programas y servicios de ocio en la persona con enfermedad mental.

6.3.1- Clasificación formas de ocio y su metodología

La realización de actividades de ocio debe estar respaldada por una programación teórica que evite actuaciones precipitadas, desprovistas de planificación y carentes de unos objetivos claros que faciliten un correcto desarrollo de este proceso rehabilitador. Por ello la metodología utilizada en cada intervención está basada en las capacidades individuales que poseen los y las usuarias, de los objetivos de rehabilitación propuestos y lo más importante en las necesidades e intereses personales de los y las enfermas mentales. El grado de apoyo proporcionado ejerce un papel importante desde el punto de vista de la organización, supervisión y orientación por parte de los y las profesionales en relación a las actividades propuestas para su desarrollo, así como de los recursos rehabilitadores existentes ofrecidos en el ámbito comunitario. (Cutanda, Gómez & Sanz, 2002)

En todo el proceso rehabilitador, las personas que padecen una enfermedad mental disponen de un apoyo normalizado, comunitario e integrador independientemente del grado de competencia o habilidades que el usuario posea.

Las actividades a realizar por estas personas deben de cumplir los objetivos planteados en su Plan individualizado de Rehabilitación donde se planifican en concordancia a sus características personales, sociales y económicas.

Existe una distinción en la clasificación de los tipos de ocio. Esta categorización no debe entenderse de manera excluyente sino de dos constantes, dependientes una de la otra, como es el **tipo de ocio** a desarrollar y la **base de apoyo** que ofrecen a diario los profesionales que trabajan con este conjunto.

En las diferentes categorías de ocio que a continuación vamos a desarrollar, el apoyo puede estar presente a lo largo del proceso rehabilitador, bien se con un alto apoyo, mínimo e incluso nulo. Por lo tanto podemos definir este tipo de ocio como protegido, apoyado y normalizado o libre.

Diferentes categorías de ocio: (González, Grande, Fernández & Orviz, 2003)

- Ocio supervisado:

En esta sección se destaca la necesidad de este colectivo de tener al alcance tareas de ocio ofertadas por la comunidad. Para llevar a cabo estas actividades de ocio, el papel que ejercen los profesionales es significativo, ya que facilitan, conducen y revisan la actividad durante todo el proceso.

En esta categoría se realizan diversas actividades, la mayoría de ellas dirigidas a aquellas personas con mayores dificultades. Además, es elemental puntualizar que no debe comprenderse como un ocio segregado (con lugares, horarios y actividades especiales), en cuanto se utilizan espacios comunitarios con el propósito de aprender a manejarse en todo tipo de contextos.

Para cumplir los objetivos diseñados se entrenan de manera paralela otros aspectos importantes en el proceso de rehabilitación de las personas: habilidades de comunicación e instrumentales (saludos, información telefónica), cuidado del aspecto personal, manejo y administración del dinero, utilización del transporte público y/u orientación espacial, ayudándole así a ubicarse en situaciones cotidianas como es tener una cita, o quedar con algún amigo/a.

- Ocio no estructurado:

Es un tipo de ocio a lo que se denomina normalizado o libre. Su característica principal es que es un tipo de ocio poco exigente, que demanda un bajo nivel de compromiso, se realiza sin apoyos profesionales y en compañía de otras personas. Nos estamos refiriendo a un ocio no estructurado, como es ir a ver una película al cine, a un bar, al teatro, dar un paseo, etc. Cuando una persona comienza un proceso rehabilitador, este tipo de ocio no estructurado, en la mayoría de las ocasiones no existe, o en el caso de que si se realizase, es en solitario o reducido al ámbito familiar.

- Ocio estructurado:

Es un tipo de ocio normalizado basado en recursos. Este se caracteriza por ser más exigente, ya que es condición necesaria tener un contrato donde se plasme unas condiciones de colaboración e interacción con personas ajenas a la red social básica, realizándose sin apoyo de profesionales. En esta ocasión el profesional orienta y notifica a los usuarios sobre los recursos existentes y sus condiciones o requisitos a llevar a cabo en su realización.

Algunos ejemplos de esta categoría serían: realizar un curso de fotografía, ir a un gimnasio, a clases de pintura, etc.

6.3.2- Ejemplo de centros de Ocio y Tiempo Libre

Club Social:

Nos encontramos en pleno Siglo XXI pero a pesar de esto, aún sigue permaneciendo el estigma social hacia los y las enfermas mentales ocasionando en estos a su vez una autoestigma.

El autoestigma es una de las consecuencias más graves de la discriminación hacia este conjunto de personas. Los prejuicios en muchos casos afectan al enfermo o la enferma hasta el punto de considerarlos como verdaderos, provocando una pérdida de confianza en su recuperación y en el desarrollo de esas capacidades deterioradas para llevar una vida normalizada.

Debido a esto, este colectivo se encuentra aislado de la comunidad, haciendo un uso 'obligado' de los recursos comunitarios normalmente cuando las actividades son llevadas a cabo por profesionales y en ámbitos protegidos. Por ello, se considera importante la instauración de zonas de relación, participación e inclusión, fuera de los típicos recursos específicos existentes para este colectivo, donde puedan crear lazos afectivos y llevar a cabo actividades de ocio en su tiempo libre que le ayuden a mejorar su calidad de vida y por lo tanto su grado de empoderamiento. Un ejemplo de estas zonas de participación y relación son los denominados **Clubes Sociales**.(Martín, 2011)

Los clubes sociales son recursos de apoyo social cuyo fin es ofrecer un soporte a la población con trastornos mentales que presentan dificultades para un funcionamiento psicosocial adecuado en ambientes totalmente normalizados.

Este medio está destinado a personas mayores de 18 años y con dificultades en su integración comunitaria. El criterio a seguir para poder incorporarse a un club social debe ser lo más amplio posible. De este punto de encuentro, lugar dónde se llevan a cabo actividades de ocio en el tiempo libre, son excluidas a las personas que muestran excesivamente conductas disruptivas o agresivas que impidan o dificulten la convivencia entre los usuarios del club. Estos clubes sociales se centran en la motivación y actividades de ocio y recreativas en su tiempo libre. Dada la heterogeneidad de las necesidades de la población objeto de intervención, son diversas las actividades llevada a cabo por este recurso. (Gisbert, 2002)

Ejemplo de ello son:(Solsona, 2001)

- Las *actividades formativas* como son los cursos de formación en colaboración con los servicios públicos o privados.
- *Actividades ocupacionales*: Talleres ocupacionales para volver a adquirir el hábito del trabajo y ocupar las horas vacías en actividades productivas.
- *Reinserción laboral*: asesoramiento y soporte para que el enfermo que lo solicite se marque un plan individual de inserción laboral, para conseguir una integración laboral efectiva.
- Y para finalizar se ofrece una *atención psicosocial* centrada en facilitar los recursos necesarios para proporcionar la máxima recuperación del individuo afectado por enfermedad mental y poner a su disposición las atenciones necesarias para poder llevar a cabo una integración comunitaria.

Centros de día:

Los centros de día son servicios terapéuticos, equilibrados y enriquecedores en los que no solo se trabajan las discapacidades patentes sino también elementos que les puedan ser de utilidad en diversos contextos.

Las actividades básicas que en ellos se realizan son: (Giribet, 2001)

- Terapia ocupacional.
- Actividades cuya finalidad es el entrenamiento de las facultades esenciales de los individuos tanto físicas como psicológicas, evitando el desgaste que su larga enfermedad les produce.
- Actividades relacionadas con la interacción de las familias y su entorno.
- Actividades de ocio y tiempo libre.

6.4 Factores que obstaculizan el acceso de las personas con enfermedad mental a las actividades de ocio y tiempo libre

El ocio es necesario para cualquier persona, para su integración y participación en un contexto comunitario. Para ello es necesario que la persona tenga un fácil acceso a las actividades que desee realizar sin ser discriminado por ninguna razón y aún menos por padecer una enfermedad mental.

La inclusión y la labor colectiva a favor de la creación de las condiciones necesarias para todos, legitima el posicionamiento y empoderamiento de las personas en su derecho al ocio. Por tanto las formas de intervención hacia este colectivo dejan de estar ubicadas en el ofrecimiento de tareas de ocio y manifiesta su interés por la creación de procedimientos donde las personas con enfermedad mental y su comunidad originen mecanismos de empoderamiento. (Molina et als, 2006)

Sánchez (2013) afirma en su estudio que “los entornos más accesibles, no son exclusivamente los que han eliminado las barreras arquitectónicas, sino aquellos donde se han realizado cambios relacionados con las actitudes hacia la persona con discapacidad.”

Existen unos determinados factores que obstaculizan el acceso de las personas con enfermedad mental a las actividades de ocio y tiempo libre. Podemos categorizar estos impedimentos en Estructurales, interpersonales e intrapersonales. (Gorbeña, 2000)

Por un lado, en la categoría de **Estructural**, factores ajenos al individuo, se encontraría la escasez de servicios de ocio ofertados para este colectivo.

La segunda categoría es la **Intrapersonal**, aquella que está relacionada con el individuo en sí, en ella podemos encontrar la ausencia de práctica para una correcta adquisición del conocimiento de las ofertas sociales y culturales de las que pueda hacer uso el individuo, para así hacer un mejor uso de los centros de ocio, beneficio de aquellas ofertas de ocio impulsadas por su medio más cercano, etc.

La falta de oportunidades para el disfrute del ocio, es un factor presente aún en el siglo que vivimos, este obstáculo es el que percibe este colectivo estigmatizado por la enfermedad mental, al que muchas personas, hoy en día, les siguen dando la espalda e incluso desde su comunidad, no le ofrecen los apoyos que necesitan. Además, no nos podemos olvidar de las características propias de la enfermedad (estrés, baja motivación, ansiedad, falta de confianza en sí mismo, depresión...) las cuales dificultan el acceso a recursos de ocio que podrían ayudarle a mejorar su calidad de vida.

La última categoría, y no por eso la menos importante, es la denominada **Interpersonal**. En esta se hace referencia a las interacciones con los demás. En este contexto las dificultades son causadas por la ausencia o escasez de grupos sociales de referencia (amigos, compañeros de clase, etc.), falta de habilidades sociales que dan lugar a un repertorio de actitudes y comportamientos para desenvolverse en actividades y en determinados contextos de la vida cotidiana.

Para concluir, es de importancia señalar que, como hemos dicho a lo largo de este trabajo, las personas que padecen una enfermedad mental poseen mucho tiempo libre que podrían explotarlo en la ejecución de actividades de ocio. La realización de dichas actividades mejoraría su calidad de vida, fomentando su independencia y autonomía. Sin embargo, las particularidades específicas de la enfermedad mental, obstruyen el acceso al ocio de este colectivo, dificultando un aprovechamiento favorable del tiempo libre.

Por todo esto, es muy importante la labor que realizan los profesionales de los centros de Rehabilitación Psicosocial, dónde se trabaja para que los usuarios derroten estos impedimentos u obstáculos para que puedan gozar de su tiempo libre de obligaciones de una manera diferente de la hasta ahora llevaban realizando. Estos centros tienen como objetivo principal la satisfacción personal, estructuración adecuada de este tiempo y en definitiva mejorar la calidad de vida de estas personas.

7. Conclusiones

A través de la búsqueda bibliográfica realizada hemos podido observar la relevancia que tiene el ocio en el plano rehabilitador de este colectivo. A pesar de que la consideración del ocio, como mecanismo que promueve la salud y bienestar social, es muy antigua han sido en los últimos tiempos cuando las actuaciones dirigidas a lograr el estado de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas, han hecho que el ocio cobre aún mayor importancia y se le otorgue el valor que realmente tiene.

En cuanto a los beneficios que aporta el ocio de las personas que padecen una enfermedad mental, en general las autorías revisadas afirman que aumenta su autoestima, grado de independencia y autonomía además de elevar su nivel de autosatisfacción. Además apuntan, la necesidad de dar un paso más, ya que, hoy en día siguen trascendiendo viejas concepciones de una utilización del ocio como ocupacional y marginador.

Tras la reforma psiquiátrica se apostó por un nuevo modelo basado en la integración de los y las enfermas mentales en la comunidad, y que a día de hoy siguen infiltrándose prácticas profesionales de aquel tiempo, algo que se consideraba superado. Estas prácticas profesionales referentes al ocio se basan en el uso del ocio en el tiempo libre del colectivo, donde estas prácticas apenas deciden nada, donde es necesaria la presencia de un profesional constantemente, donde se realizan actividades para este colectivo que ya existen en la comunidad, etc. Estos son aspectos ligados al ocio por los que se caracterizaban las instituciones manicomiales y que hoy están reapareciendo en los últimos años, algo que está obstruyendo el crecimiento de la rehabilitación psicosocial que trabaja para conseguir la normalización, integración de estas personas y mejorar su autonomía e independencia.

El profesional que se encarga de la rehabilitación en este caso a través del ocio, se tienen que encargar de enseñar y no confundirse con el término de ‘entretener’. Por ello, para poder alcanzar el fin del llamado ocio terapéutico es necesario evaluar las intervenciones en ocio planteadas para conocer si cumplen sus objetivos rehabilitadores.

Estos objetivos plantean capacitar a los usuarios para que puedan hacer uso de un ocio normalizado y así poder integrarse en la comunidad, reducir las barreras comunitarias para que exista la posibilidad de llevar a cabo un ocio integrador. En definitiva, se trata de rescatar aquellos principios ideológicos en los que se basa la rehabilitación psicosocial y a través de estos plantear la práctica.

La información revisada hace mención a lo importante que es el estudio del ocio como método de rehabilitación. A través de las actividades de ocio no solo conseguimos que se integren en su contexto comunitario habitual, lo cual contribuye al refuerzo de su personalidad, sino que también se sitúa al enfermo/a mental en confrontación con ambientes de convivencia social lo que genera dos claros beneficios. El primero, notoriamente terapéutico; el segundo, de concienciación, ya que a través de las actividades de ocio en el tiempo libre, permite sensibilizar al resto de la sociedad de las dificultades que enfrentan a la hora de disfrutar de un ocio normalizado. Es importante señalar que además del trabajo rehabilitador ofrecido a este colectivo para su posterior reinserción, es aún más importante el concienciar a la sociedad, porque como hemos planteado tras la revisión de diversos estudios, una de las barreras existentes que impiden el acceso al ocio es la denominada Interpersonal que pone de manifiesto la relación enfermo/a con el entorno.

Por lo tanto si nuestro objetivo es conseguir un ocio normalizado, es necesario trabajar en eliminar el concepto social erróneo que hoy en día recae sobre las personas que padecen una enfermedad mental, sus familiares o amigos.

Para finalizar, no se debe olvidar que una correcta salud mental es necesaria para que una persona pueda definirse como poseedora de una buena salud, en su definición global. Por lo que se debe trabajar en su mantenimiento e identificación de agentes que perjudiquen o beneficien su buen estado, para de este modo poder ser eliminados o fomentados, respectivamente.

Para finalizar me gustaría concluir con una frase de Johnny Deep la cual transmite el problema existente en nuestra sociedad a día de hoy:

“Siempre he pensado que ser diferente no tenía nada de malo. Todos somos diferentes, pero hay una especie de temor en la sociedad a serlo.”

8. Referencias Bibliográficas.

- BOE núm. 102. (29 de Abril de 1986). *Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado*. Recuperado el 20 de febrero de 2014, de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- BOE Núm 289. (2003). *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*.
- BOE núm. 311. (29 de Diciembre de 1978). *Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado*. Recuperado el 18 de Febrero de 2014, de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- BOJA Núm 74. (4 de Julio de 1998). *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía - Histórico del BOJA*. Recuperado el 18 de Mayo de 2014, de <http://www.juntadeandalucia.es/boja/1998/74/1>
- Cutanda,A ,Gómez,O & Sanz,M. (2002). Ocio y tiempo libre. En J. González Cases, & A. Rodríguez González, *Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención* (págs. 176-178). Madrid: Consejería de Servicios Sociales Madrid.
- Defensor del pueblo Andaluz. (2013). *La situación de los enfermos mentales en Andalucía*. Sevilla: Defensor del pueblo Andaluz.
- Espino,A. (1995). La salud mental en los noventa: guía para la discusión. *Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq*, Vol. XV, Nº55: 735-745
- Etxebarria, S. G. (2000). *Ocio y salud mental*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Etxebarria, S. G. (2000). Prácticas de ocio en las personas con trastornos mentales. En S. G. Etxebarria, *Ocio y Salud mental* (págs. 110-113). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Giribet Muñoz, C. (. (2001). *Organización, funcionamiento y evaluación de programas de rehabilitación y reinserción social*. Murcia: Plan de Salud Mental de la Región de Murcia.
- Gisbert, C. (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).Cuaderno técnico Nº6
- Gómez Pérez,O; Sánchez Vicente,M; Sanz Caja,M & Rullas Trincado,M. (2003). *Tiempo de ocio en personas con problemas mentales*.Intervención Psicosocial, 35-45.

- IMSERSO. (2001). *Situación, necesidades y demandas de las personas con Enfermedad Mental*. Recuperado el 18 de abril de 2014, de http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_008943.pdf
- IMSERSO. (2007). *Modelo de Centro de Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: Colección de documentos, serie de documentos técnicos, nº21016, Ministerio de Interior, Política Social y Deporte.
- González,J ; Grande,A; Fernández,J.I & Orviz,S. (2003). Tiempo de ocio en personas con problemas mentales. *Intervencion Psicosocial.*, 39-43.
- Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (Septiembre de 2007). *Ética y derechos humanos para las personas con enfermedad mental*. Recuperado el 27 de Abril de 2014, de http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigma/avancesinst/internacional/Etica_derechos.pdf
- Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (17 de Marzo de 2008). *Servicio Andaluz de Salud*. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/profesionales/normativas/D77_2008/D77_2008.pdf
- Cendoya,M; Soledad Del Campo,M & Ruiz-Ortega,M (2007). Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En A. R. Gonzalez, *Rehabilitacion Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (págs. 248-249). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Markez,I ; Póo,M; Ariño,J; Córdoba,S ; Merino,C & Romera,C. (2000). *Atención comunitaria en la salud mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención en la CAPV*. Bilbao: ARARTEKO.
- Molina, Tabares, Franco & Jaramillo. (2006). *El ocio como acción transformadora de las prácticas sociales y culturales en una sociedad en conflicto*. Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana, 4-5.
- Organización Mundial de Salud . (Diciembre de 2013). *Organización Mundial de Salud (OMS)*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organization, W. H. (2010). *Declaración sobre el significado de Empoderamiento de Usuarios/as y Cuidadores/as* . Recuperado el 27 de Mayo de 2014, de <http://www.feafes.org/publicaciones/Empoderamientosaludmental.pdf>

- Paolini, E. (1991). *Sobre el concepto Salud mental Comunitaria y sus antecedentes. N°1*. Madrid: Documentos de Psiquiatría Comunitaria.
- Rodriguez, A. (2011). El campo de la Rehabilitación Psicosocial. En A. Rodriguez, *Rehabilitacion Psicosocial de personas con trastornos mentales cronicos* (pág. 92). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rodríguez, A. (2011). *Rehabilitacion psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Salud, Instituto de Adicciones de Madrid. (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Sánchez, A. A. (2011). *La Revista de la Salud Mental: Conoce todos los caminos que conducen al bienestar*. Recuperado el 27 de mayo de 2014, de http://www.saludmental.info/Secciones/rehabilitacion/2007/la_filosofia_de_la_rehabilitacion_feb07.htm
- Sánchez Carnero, M. (2013). *Percepción del deporte y las personas con discapacidad intelectual*.
- Segado Sánchez-Cabezudo, S. (2011). Del asistencialismo al empowerment :familia y Trabajo Social en el siglo XXII. En S. Segado Sánchez-Cabezudo, *Nuevas tendencias en trabajo social con familias : una propuesta para la práctica desde el empowerment* (págs. 20-22). Madrid: Trotta.
- Segado Sánchez-Cabezudo, S. (2011). Fundamentos del empowerment: modelos teóricos y aproximaciones prácticas para la intervención con familias. En S. S.-C. Sarrario, *Nuevas tendencias en trabajo social con familias : una propuesta para la práctica desde el empowerment* (págs. 73-75). Madrid: Trotta.
- Sobrino, A. R. (2011). La evolución de la atención al enfermo mental crónico:La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. R. González, *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. (pág. 59). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Solsona, Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de. (2001). *Sol de Solsones*. Recuperado el 18 de Mayo de 2014, de http://www.soldelsolsones.org/queeselsol_esp.htm
- Vázquez, C. & Nieto, M (2010).Rehabilitación en Salud Mental: viejos problemas y nuevas soluciones.*Manual de rehabilitacion del trastorno mental grave*.Madrid. Síntesis.

Vidal, A. S. (2002). *Psicología social aplicada: teoría, método y práctica*. Madrid: Pearson Educación.