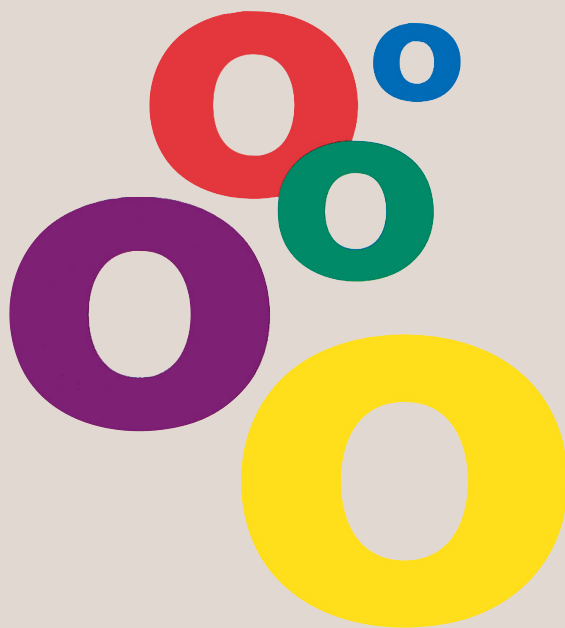


Susana Gorbeña Etxebarria (editora)

Ocio y salud mental

Documentos de Estudios de Ocio, núm. 14



Universidad de
Deusto



**Instituto de
Estudios de Ocio**



Ocio y salud mental

Publicación de la Cátedra de Ocio y Minusvalías
con motivo del 6.º Congreso Mundial de Ocio

Susana Gorbeña Etxebarria (editora)

Ocio y salud mental

2000
Universidad de Deusto
Bilbao

Documentos de Estudios de Ocio, núm. 14

El Instituto de Estudios de Ocio pretende que la aparición de sus *Documentos* ayude a paliar la escasez de publicaciones sobre temas de ocio en lengua castellana. Cada Documento tratará de responder a alguna cuestión relacionada con la práctica del ocio, entendido como cultura, deporte, educación, turismo, recreación y desarrollo personal y comunitario. Los especialistas y técnicos en las áreas señaladas podrán disponer así de investigaciones, instrumentos de trabajo y puntos de vista de personas que colaboran con este Instituto universitario. El contenido de cada uno de los documentos es obra y responsabilidad de su/s autor/es.

Consejo de Dirección

Manuel Cuenca
M.^a Luisa Amigo
Susana Gorbeña
Eduardo Martín
Felipe Ponce
Roberto San Salvador
M.^a Luisa Setién

Documento subvencionado por la ONCE

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

Publicación impresa en papel ecológico

© Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao

ISBN: 978-84-9830-441-1

Índice

Prólogo	9
Capítulo 1. Ocio y salud mental: el papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica <i>John W. Shank</i>	13
Capítulo 2. El ocio en los hospitales psiquiátricos <i>Víctor M. Larrínaga y Susana Gorbeña</i>	37
Capítulo 3. Prácticas de ocio de las personas con trastornos mentales crónicos <i>Susana Gorbeña</i>	77

Prólogo

El libro que el lector tiene en sus manos es el resultado de la confluencia de los intereses de diversos profesionales por los temas relativos al ocio y la salud mental: profesionales extranjeros con experiencia clínica, docente e investigadora; profesionales de centros hospitalarios y centros comunitarios, y profesores e investigadores del Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto, que desde sus inicios al final de la década de los ochenta establecieron como prioridad el estudio de la relación entre el ocio y la salud y la atención preferente al ocio de los colectivos socialmente desfavorecidos.

La relación entre el ocio y la salud, y más concretamente la salud mental, ha sido debatida en la literatura (Compton e Iso-Ahola, 1994; Driver, Brown y Peterson, 1991; Ouellet, 1995). Además, los estudios de ocio en los países anglosajones tienen una tradición investigadora en la materia que ha cristalizado en el denominado ocio terapéutico, entendido como un ámbito de intervención profesional especialmente sensible al vínculo entre el ocio y la salud, el bienestar y la calidad de vida (Gorbeña, 2000).

Nadie duda de las bondades de un ocio personalmente enriquecedor y de su papel central en la calidad de vida y el crecimiento psicológico (Compton, 1994; Csikszentmihalyi, 1994). Sin embargo, cuando la salud física o mental sufre importantes cambios y aparece la enfermedad, el ocio de la persona acusa el nuevo estado, habitualmente en sentido negativo. Cuando el problema es grave, como en el

caso de los trastornos mentales severos y crónicos, el ocio, al igual que el resto de la vida de la persona, queda seriamente afectado.

El libro, que aborda cuestiones relativas al ocio de las personas que sufren trastornos o enfermedades mentales, lleva en su título, de manera intencionada, la palabra *salud*. Lo hace desde el paradigma de la prevención y promoción de la salud entendiendo que el ocio es un elemento clave para la salud, y esperando que el desarrollo de futuras investigaciones y los nuevos conocimientos sobre esta materia ayuden a recobrar y/o mejorar la salud de las personas afectadas por trastornos mentales. En este sentido, una de las grandes autoridades en estudios de ocio afirmaba, en un artículo sobre las consecuencias del ocio para la salud mental, que «potencialmente, la contribución de los profesionales del ocio al futuro de la humanidad es al menos tan importante como la de los científicos nucleares, los ingenieros genéticos, los economistas y los políticos» (Csikszentmihalyi, 1994, p. 38).

El primer capítulo, del Dr. John Shank, profesor de la Universidad de Temple y uno de los principales investigadores en el campo del ocio terapéutico con personas con trastornos mentales, presenta un marco teórico desde el que conceptualizar la intervención. Su modelo sitúa la intervención en ocio en la esfera de la rehabilitación, relacionando el ocio y la recreación con la calidad de vida. La propuesta de Shank puede servirnos, en nuestro contexto, para comenzar a plantearnos la incorporación de los temas de ocio a los programas integrales e individualizados de rehabilitación.

El segundo capítulo aborda la realidad del ocio de los pacientes psiquiátricos institucionalizados. Consta de dos partes: una revisión bibliográfica que presenta un recorrido por la historia del papel que el ocio ha desempeñado en la atención psiquiátrica hospitalaria, y un sencillo estudio descriptivo de la situación actual del ocio en 28 hospitales psiquiátricos españoles. Es un primer intento de conocer y sistematizar las intervenciones que en nuestro contexto se realizan en este momento. Esperamos que la información y reflexiones que se vierten en este trabajo ayuden a los profesionales y responsables de la atención hospitalaria a plantearse con rigor los servicios y la intervención terapéutica en este ámbito.

El tercer y último capítulo presenta los resultados de un estudio llevado a cabo con 150 personas adultas con trastornos mentales

crónicos que residían en la comunidad y responde a la demanda sentida por los profesionales de un centro de atención comunitaria. Presenta una panorámica de las prácticas y vivencia de ocio de este colectivo, incluyendo aspectos como la satisfacción, el aburrimiento, los beneficios y las barreras percibidas, y la demanda de actividades. El trabajo incluye también una revisión bibliográfica de los abordajes que en otros contextos (especialmente el anglosajón) se realizan con este colectivo. Es, al igual que el trabajo del capítulo anterior, un primer intento de conocer la realidad y necesidades de ocio del colectivo a fin de diseñar programas y servicios que mejoren esta esfera de su vida.

A pesar del carácter descriptivo de estos estudios y de sus deficiencias metodológicas, esperamos que sirvan para iniciar la reflexión, tanto teórica como práctica, sobre la relación entre el ocio y la salud y enfermedad mentales. Una de las principales conclusiones de este volumen es la urgente necesidad de dar una respuesta profesional a las necesidades y vivencia de ocio del colectivo de personas con trastornos mentales severos.

Para terminar, el libro llega a la luz gracias al trabajo de muchas personas que han colaborado conmigo de diversas maneras. En primer lugar, gracias a la dirección y equipo del Instituto de Estudios de Ocio y de la Cátedra de Ocio y Minusvalías patrocinada por la ONCE, que siempre han apoyado estas temáticas. El apoyo de Eduardo Martín, como miembro del consejo editorial de esta colección de Documentos de Estudios de Ocio, ha sido fundamental. El Hospital Aita Menni nos ofreció colaborar con ellos en la celebración de su centenario, en 1998, lo que nos permitió celebrar, en el mes de febrero, una Jornada sobre Ocio y Salud Mental que inició los contactos y la colaboración con el profesor Shank, a quien quiero agradecer su esfuerzo por elaborar un capítulo que muestra una gran sensibilidad a las diferencias culturales. El Centro de Documentación Adoz, del Instituto de Estudios de Ocio, nos ayudó a localizar la gran cantidad de referencias bibliográficas manejadas para presentar una panorámica completa de la investigación sobre ocio y salud mental. Otras personas que también nos han ayudado a desarrollar este trabajo figuran en los agradecimientos de los capítulos. Y finalmente, quiero agradecer especialmente a Víctor M. Larrínaga, coautor del segundo capítulo, las revisiones del resto del material.

Referencias

- COMPTON, D. M. (1994). Leisure and mental health: Contexts and issues. En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.). *Leisure and mental health* (pp. 1-33). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- COMPTON, D. M. e ISO-AHOLA, S. E. (eds.). (1994). *Leisure and mental health*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- COYLE, C., KINNEY, W. B. Y SHANK, J. W. (eds.) (1991). *Benefits of therapeutic recreation. A consensus view*. Ravendale, WA: Idill Arbor, Inc.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1994). The consequences of leisure for mental health. En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.). *Leisure and mental health* (pp. 34-41). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- DRIVER, B. L., BROWN, J. P. Y PETERSON, G. L. (eds.). (1991). *Benefits of leisure*. State College, PA: Venture.
- GORBEÑA, S. (ed.). (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- OUELLET, G. (1995). Introduction. Leisure, health and human functioning. *Loisir et Société/Leisure and Society*, 18, 15-17.

Susana Gorbeña Etxebarria

Capítulo 1

Ocio y salud mental: el papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica¹

John W. Shank

Introducción

Todos los profesionales de la salud mental comparten el gran reto de ofrecer un conjunto de tratamientos globales que promuevan y protejan la salud y el bienestar de los individuos y las comunidades en las que éstos viven. Un objetivo común de estos servicios es ayudar a que las personas alcancen y mantengan la salud mental mediante la adquisición de las destrezas y habilidades necesarias para vivir en la comunidad. Estas destrezas son esenciales para que los clientes tengan la capacidad de afrontar y adaptarse al estrés derivado de la enfermedad y la vida diaria. Además, los servicios de salud mental integrales deben tener en cuenta las condiciones medioambientales necesarias para disfrutar de la calidad de vida. Tal adquisición de destrezas demanda un tipo de atención centrada en las necesidades personales de los clientes, en sus objetivos y sus aspiraciones. Supone enseñar las habilidades necesarias para lograr estos objetivos, y crear entornos que suministren apoyo

¹ Este capítulo está basado en una ponencia plenaria presentada el 16 de febrero de 1998 en la Universidad de Deusto, Bilbao.

y que sean sensibles e integradores. El fin último sería ayudar a los clientes a desarrollar y mantener una percepción y un sentimiento de capacidad personal que lleve a generar unas expectativas razonables respecto a la calidad de vida.

El objetivo de este capítulo es ofrecer un marco conceptual y teórico para comprender la importancia del ocio y la recreación para la salud y el bienestar. En concreto, el capítulo se centra en el papel de la recreación y el ocio en la salud psicológica y en el mantenimiento de la salud de las personas que tienen enfermedades o discapacidades psiquiátricas. Comienza presentando el pensamiento actual sobre la relación entre el ocio y la salud mental y después expone cómo puede incorporarse el ocio y la recreación a los servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Definición de conceptos

Antes de continuar, se hace necesario formular definiciones de los tres términos clave de este capítulo. Estos términos —recreación, ocio y salud mental— son conceptos bastante frecuentes, pero cada uno es susceptible de diferentes interpretaciones. También se hace necesario definirlos porque el punto de vista presentado en este capítulo refleja la realidad social, cultural y política de los Estados Unidos, tal y como el autor la entiende. No se asume que el marco conceptual y los abordajes terapéuticos presentados sean los mecanismos más adecuados para todos los servicios de salud mental, a nivel internacional. Sin embargo, se ofrecen estas ideas para estimular la reflexión sobre la contribución que la recreación y el ocio pueden aportar a la vida de las personas vulnerables a la enfermedad mental.

Aunque hay muchas formas de definir la recreación, el ocio y la salud mental, en este capítulo se opta por las siguientes. Se considera que *la recreación* es un tipo de actividad humana asociada con el tiempo libre, no obligada. Por tanto, es la antítesis de la actividad obligatoria, como el trabajo y las actividades de cuidado y mantenimiento personal. Aunque la recreación puede adoptar muchas formas, se estructura en función de las normas sociales y culturales y es, a la vez, reflejo de ellas. Como casi siempre se da du-

rante el tiempo libre, es un término que muchas veces se identifica con el término de *ocio*. Tal y como se entiende en este capítulo, la recreación es una forma de conducta humana que tiene el potencial de producir «experiencias de ocio».

El *ocio* es un constructo que se ha definido de tres maneras. Normalmente, se entiende que el ocio es tiempo libre durante el que elegimos, de forma discrecional, respecto a la ocupación de ese tiempo. Como se ha apuntado anteriormente, el ocio también es entendido como una actividad (i.e. recreación) que es libremente elegida por el disfrute que uno espera obtener de la misma. Aunque estas dos definiciones permiten cuantificar el ocio, son limitadas en cuanto a su aptitud para entender el significado que la persona deriva de las actividades en las que se implica durante el tiempo libre. La esencia de lo que constituye el ocio es lo que la persona siente respecto a la actividad y no la actividad misma (Russell, 1996). Las recientes investigaciones sobre el ocio indican que va más allá del tiempo libre, y de las actividades que realizamos durante ese tiempo. Más bien, es un estado subjetivo o experiencia psicológica producida por la implicación en actividades. Los investigadores muestran un consenso respecto al hecho de que el ocio es la calidad relativa de la experiencia, caracterizada por la libertad percibida y la motivación intrínseca (Mannell y Kleiber, 1997). Esta conceptualización refleja las ideas sociopsicológicas sobre la necesidad de la persona de sentirse autodeterminada (i.e. ejercitar la capacidad de elección y experimentar una sensación de control), y de tener experiencias que sean personalmente significativas (i.e. que aumenten el sentido de la competencia personal y de la relación social).

Aunque gran parte de la atención psiquiátrica se orienta al tratamiento de la enfermedad mental, el objetivo último del tratamiento y la atención preventiva es la salud mental. La *salud mental* es un constructo complejo que incluye la sensación de valía personal, la capacidad, la identidad personal y el significado o sentido. Es la capacidad de experimentar disfrute y placer, un sentido de pertenencia a un grupo significativo y la motivación de implicarse en el mundo (Fine, 1996). La salud mental va más allá de la limitada definición de salud (esto es, la ausencia de enfermedad o discapacidad). La salud mental óptima se refleja en las actitudes y conducta

de las personas. Refleja sus creencias respecto a su capacidad de funcionar adecuadamente en sociedad, y de experimentar felicidad y una buena «calidad de vida».

Dadas las definiciones presentadas, la conexión entre la recreación, el ocio y la salud mental es obvia. Reflejan que el ocio y la recreación son conceptos que se pueden unir fácilmente a los de salud psicológica y bienestar. Sea definido como tiempo, actividad o estado psicológico del ser, el ocio ocupa un lugar importante en el conjunto de elementos que conforman la salud mental. Idealmente, el ocio representa el contexto de nuestras vidas en el que podemos ejercer la libertad de elección, la creatividad y la imaginación. Las formas de expresar el ocio (i.e. recreación) pueden contribuir a nuestra auto-estima y a nuestras relaciones con los demás. Las actividades recreativas nos ofrecen la oportunidad de aumentar nuestra sensación de competencia y dominio, lo que es un elemento fundamental de la salud mental. Del mismo modo, la recreación nos brinda la oportunidad de interactuar con los demás y de tener un sentido de pertenencia, aspectos que también son fundamentales para la salud mental.

Ocio y salud

Existe un creciente cuerpo de conocimiento e investigación psicosociológica sobre la contribución del ocio a la salud mental y al bienestar (Mannell y Kleiber, 1997). Uno de los temas destacados de la relación entre el ocio y la salud ha sido el manejo del estrés, que tiene una importancia especial en el caso de la salud mental. En algunas sociedades y culturas, como la de los Estados Unidos, el ritmo de vida es muy rápido y está caracterizado por un alto nivel de estrés. El ocio, si se enfoca adecuadamente, puede aportar equilibrio a nuestras vidas. Puede neutralizar el estrés que sentimos debido a la presión de los múltiples roles que desempeñamos y al poco tiempo del que disponemos para cumplir todas nuestras expectativas. Para algunas personas, el ocio puede ser la oportunidad para compensar el estrés debido a un trabajo aburrido y poco satisfactorio. En suma, el ocio es una oportunidad para vivir la vida de la forma en que cada uno quiere vivirla.

Parece ser que la motivación intrínseca y la libertad percibida asociadas al ocio son especialmente relevantes en la resistencia al estrés. La investigación de Maddi y Kobasa (1981) sobre el estrés vital mostró que algunas personas, a pesar de estar expuestas a un alto nivel de estrés, no enfermaban o se descompensaban. Argumentaron que estas personas tenían una predisposición de personalidad a la conducta intrínsecamente motivada. Kobasa (1979) llamó a esta predisposición «resistencia psicológica». La resistencia hace referencia al aguante y la capacidad de soportar el estrés y se caracteriza por el reto, el compromiso y el control. Maddi y Kobasa concluyeron que las personas resistentes al estrés tenían una actitud concreta ante la vida. Las personas resistentes tenían una actitud positiva ante el cambio, viéndolo como reto más que como amenaza. Tenían un sentido de compromiso hacia algo que les resultaba personalmente significativo y en lo que invertían energía y esfuerzo, lo que daba como resultado sentimientos de implicación vital. La resistencia psicológica también incluía la capacidad percibida de influir (i.e. controlar) en los sucesos y acontecimientos vitales, más que sentirse sin poder o control ante las demandas vitales.

Desde 1985, Weissinger (1985, 1995) trabaja en el desarrollo de un método para medir la motivación intrínseca en la conducta de ocio. Respondía a la afirmación de Deci y Ryan (1985) y de Kobasa de que la motivación intrínseca se aprecia con más claridad en la interacción entre la persona y la tarea (i.e. ocio). La escala de motivación intrínseca de ocio consta de tres subescalas (autodeterminación, compromiso y reto) que son bastante similares a los componentes de la resistencia psicológica y añade un cuarto componente, el sentido de competencia. Este componente se caracteriza por la atención al *feedback* que suministra información sobre nuestra efectividad, capacidad y destreza.

La motivación intrínseca también aparece en la propuesta teórica que formulan Coleman e Iso-Ahola (1993) sobre la relación entre ocio y salud. Postulan que el ocio beneficia a la salud mental actuando como amortiguador del estrés. Su argumento es que las características clave del ocio —libertad percibida y control— ayudan a conformar un sentido estable de autodeterminación, causando mayores sentimientos de control de la propia vida. Además, la percepción del apoyo social que ofrecen las amistades y compañías

significativas que se establecen mediante el ocio, también amortigua las consecuencias negativas del estrés. Los autores afirman:

El ocio beneficia a la salud amortiguando el estrés personal que producen las circunstancias vitales. El apoyo social y la autodeterminación que el ocio facilita son dos mediadores importantes en la influencia que el ocio ejerce en la relación estrés-salud (p.112). El ocio provoca un impacto en la salud, ya que ofrece mecanismos de amortiguación que entran en juego cuando se presentan problemas vitales significativos. Por otro lado, cuando el estrés vital es relativamente bajo, se cree que la contribución del ocio a la salud es menor a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, la hipótesis es que el ocio contribuye a la salud porque genera predisposiciones que, como la autodeterminación, promueven la salud (p.113).

Los estudios realizados apoyan la hipótesis de la amortiguación del estrés. Coleman (1993) encontró que las personas que tenían un alto nivel de control en su ocio manifestaban padecer menos enfermedades que quienes percibían que tenían menor control en su ocio. Sin embargo, no se confirmó la hipótesis del efecto amortiguador del apoyo social en el pequeño grupo de participantes de su estudio. Se necesita, claramente, más investigación para evaluar esta prometedora teoría, especialmente con personas que tienen mayor riesgo que el normal de tener una mala salud física y mental.

Se supone que adquirir una predisposición a la motivación intrínseca o a la «resistencia psicológica» no es asunto sencillo. Sin embargo, la potencialidad que tiene el ocio de fortalecer nuestra capacidad de manejar el estrés merece una atención seria en el ámbito de los servicios de salud mental. Iso-Ahola y Weissinger (1984) afirmaba que la motivación intrínseca asociada al ocio puede ser una herramienta muy adecuada para fomentar la resistencia psicológica. Maddi y Kobasa (1981) sugerían que se puede modelar la resistencia psicológica mediante experiencias que cambien las percepciones y actitudes de la persona. De hecho, un objetivo clave de la psicoterapia es cambiar las actitudes y creencias de los clientes de tal manera que se consideren a sí mismos más eficaces (Bandura, 1986). La investigación apoya la idea de que el ocio contribuye al bienestar psicológico cuando las actividades son retadoras y requieren un esfuerzo y compromiso (Mannell y Kleiber, 1997). Por

tanto, se sugiere que ofrecer oportunidades que aumenten el sentido de competencia personal, el compromiso y el control mediante el ocio debería ser un tema clave en los servicios de salud mental. Después de todo, cuantas más oportunidades existan, mayor será la posibilidad de lograr la calidad de vida.

Impedimentos para el ocio

A nivel filosófico y teórico, el objetivo descrito anteriormente resulta bastante interesante, pero en la realidad es bastante difícil de lograr. El ocio intrínseco no es algo automático. En primer lugar, no puede suponerse que todo lo que uno hace en su tiempo libre refuerza el sentido básico de la competencia y el control. Además de no ser algo que sucede de forma automática, estas experiencias no son accesibles para todos. Aunque la carta fundacional de la Asociación Mundial de Ocio y Recreación afirmaba que el ocio es un derecho humano fundamental y un ingrediente esencial del bienestar y la calidad de vida (Compton, 1993), las personas con discapacidad se enfrentan a numerosas barreras o impedimentos para el ocio.

En los estudios de ocio, se han conceptualizado los impedimentos como *estructurales*, *interpersonales* e *intrapersonales* (Crawford, Jackson y Godbey, 1991). Los *impedimentos estructurales* son externos al individuo, como, por ejemplo, la falta de oportunidades sociales y recreativas en el entorno. Los *impedimentos interpersonales* hacen referencia a las interacciones con los demás, por ejemplo, la carencia de compañía para participar. Los *impedimentos intrapersonales* son propios de la persona y se asocian con factores psicológicos o de personalidad como el estrés, la ansiedad y la depresión. Estas tres categorías de impedimentos interactúan creando un complejo conjunto de barreras para la participación en ocio.

Por ejemplo, los impedimentos intrapersonales, como una baja motivación o la falta de interés, pueden, de hecho, contribuir a los impedimentos interpersonales, pues pueden alejar a los demás en vez de hacer que se acerquen. Sin embargo, la falta de interés o motivación puede, en realidad, ser reflejo de una falta de confianza en uno mismo, quizá reforzada por una historia de intentos frustra-

dos. Los impedimentos intrapersonales también pueden estar influidos por las condiciones sociales y ambientales que afectan a la persona. Por ejemplo, la falta de oportunidades para disfrutar de experiencias placenteras que sean retadoras y estimulantes puede estar alimentando la idea de que uno no merece disfrutar del ocio o no tiene derecho a tales oportunidades. Éste suele ser el caso de las personas estigmatizadas por la enfermedad mental a quienes las demás les vuelven la espalda, o a las que no se les ofrecen los apoyos necesarios en su comunidad.

Los impedimentos intrapersonales e interpersonales son susceptibles de cambio. En el marco del modelo de ocio y salud de Coleman e Iso-Ahola, es importante apoyar la autodeterminación y el apoyo social percibido que generan las experiencias de ocio como amortiguadores del estrés de la vida diaria. Según Mannell y Kleiber (1997), la investigación ha demostrado que los impedimentos intrapersonales, como por ejemplo las actitudes negativas ante el ocio, la baja competencia percibida y la indefensión aprendida pueden cambiarse mediante el *counseling*. «Incluso si no podemos cambiar la personalidad de los individuos, podemos orientarles y aconsejarles sobre los tipos de entornos y actividades de ocio que pueden aumentar la calidad de sus experiencias de ocio» (p. 333).

Esto es precisamente lo que necesitan las personas con mayor susceptibilidad al malestar psicológico o con enfermedades mentales crónicas. La carencia de destrezas de afrontamiento o su carácter ineficaz, así como el aislamiento social, ponen seriamente en peligro la posibilidad de acceder a un ocio que fomente su salud. El estrés de la enfermedad y los avatares del tratamiento, junto con el hecho de vivir en hospitales o instituciones muy estructuradas y socialmente aisladas, a menudo sitúa al ocio en los puestos más bajos de prioridades. El objetivo principal del tratamiento es abordar la sintomatología. El abandono del ocio también se debe al hecho de que los pacientes psiquiátricos a menudo muestran una baja motivación y falta de interés. Sin embargo, la baja motivación puede de hecho estar reflejando la falta de confianza para intentar hacer las cosas, quizá reforzada por una historia de intentos frustrados. También puede estar influida por las circunstancias ambientales y sociales de las instituciones. Muchas veces, nuestros entornos terapéuticos no transmiten que los pacientes merecen algo de placer y

divertimento, y que la diversión mediante actividades recreativas puede ser un camino legítimo de curación y recuperación. Este es, por tanto, el *propósito* del ocio terapéutico: *proteger y promover la importancia del ocio y la recreación en el logro y mantenimiento de la salud y el bienestar.*

El papel de la recreación en la atención psiquiátrica

Los anales de la atención psiquiátrica están llenos de datos que nos hablan de la utilización de diversas formas de recreación y ejercicio en el cuidado y tratamiento de las personas con enfermedades mentales. La evidencia se remonta a los tiempos de la cultura egipcia y romana. También hay mucha información sobre la Europa del siglo XIX y sobre la moderna atención psiquiátrica en los Estados Unidos. La música, los jardines, los juegos de pelota y el ejercicio se utilizaban para motivar, sanar y confortar a los pacientes. La actividad recreativa placentera era un ingrediente importante en la humanización de las grandes instituciones de tipo custodial. Los modelos de tratamiento incorporaron programas de recreación estructurados desde la premisa de que la enfermedad mental interfiere con la conducta volitiva sana durante el tiempo no estructurado.

Se consideraba que la recreación tenía un valor terapéutico porque reducía el aburrimiento y el aislamiento social, y ofrecía una salida a la hostilidad y la agresión. También se utilizaba la recreación para aumentar la auto-estima y la confianza, desarrollando nuevos intereses y habilidades y mejorando el estado físico y mental de los pacientes, tal y como ocurrió con los soldados heridos de la Segunda Guerra Mundial. Los centros de tratamiento incluyeron una amplia gama de programas recreativos para fomentar la conducta social adaptativa.

En Estados Unidos, al final de los años 60, se llevó a cabo un gran esfuerzo de desinstitucionalización, trasladando a las personas fuera de las instituciones, a la comunidad, en la que podían tener una vida más normalizada. En aquel momento se utilizaron los programas e intervenciones estructuradas de recreación para preparar a los pacientes para vivir en la comunidad y enfrentar su recién descubierto tiempo de «ocio». Un nuevo grupo de profesionales de la

salud mental, conocidos como especialistas en ocio terapéutico, introdujeron un nuevo abordaje para ayudar en la inserción comunitaria. Este abordaje se denominó educación del ocio. Los programas estructurados de educación del ocio ayudaban a los pacientes a recuperar sus antiguos intereses de ocio o a aprender nuevas habilidades recreativas para utilizarlas en la comunidad. Estos programas ofrecían a los pacientes la oportunidad y el apoyo para participar en la recreación como paso clave para volver a vivir fuera de las instituciones y los hospitales.

Ocio terapéutico

En los Estados Unidos, durante el último cuarto del siglo xx, ha surgido un perfil profesional bien definido, con un conjunto distintivo de servicios en el ámbito de la atención sanitaria y los servicios sociales. Como profesión, el ocio terapéutico se ha convertido en parte integral de los equipos de tratamiento psiquiátrico, utilizando la actividad recreativa como intervención ante la enfermedad y promoviendo una mejor calidad de vida mediante la recreación y el ocio. Como proceso, el ocio terapéutico tiene dos objetivos centrales. El primero es ayudar a estabilizar la situación del paciente previniendo un mayor deterioro de su salud. Austin (1996) lo denomina «protección de la salud». Se utilizan las actividades recreativas para aumentar las capacidades de los pacientes para afrontar la enfermedad y el estrés del internamiento, y como intervención diseñada para mejorar el funcionamiento físico, mental y social.

El segundo gran objetivo del ocio terapéutico es asegurar que las personas que están enfermas y tienen discapacidades crónicas tengan oportunidades para que su ocio sea una fuente de retos, placer, disfrute y relación con los demás. Austin (1996) lo denomina «promoción de la salud», en la que las oportunidades de ocio sirven como fuerza actualizadora que ayuda a maximizar el potencial de la persona, contribuyendo a la salud integral y el bienestar. Por tanto, la misión del ocio terapéutico es ayudar a las personas que tienen enfermedades o discapacidades a utilizar la recreación y el ocio para alcanzar y mantener la salud, la independencia y la calidad de vida; facilitar la capacidad del individuo para tener un estilo de

vida en el que el ocio sea importante. Esto se conoce, en Estados Unidos, como «la habilidad de ocio» (Peterson y Stumbo, 1999). En este país, se han desarrollado diversos modelos conceptuales para describir los servicios de ocio terapéutico (véase Gorbeña, 2000). Hay un elemento común en todos ellos, el doble propósito de utilizar la recreación como medio para la mejora de la salud y la provisión de una oferta recreativa para poder llevar a cabo actividades de ocio libremente elegidas.

Recreación en los hospitales y en la comunidad

El potencial que tiene el ocio de ayudar a las personas hospitalizadas por trastornos mentales realmente no ha cambiado a lo largo de la historia. Los programas de recreación pueden humanizar el entorno, pues ofrecen oportunidades para aumentar la auto-estima y sentir placer o disfrute a pesar de la enfermedad. La recreación es una invitación a los pacientes a mostrar una conducta socialmente adaptada, destacando lo que el individuo *puede* hacer más que lo que *no puede* hacer. El elegir participar en actividades también se considera un signo de recuperación y de que el paciente es consciente de la necesidad de gestionar su tiempo de forma constructiva. Como un elemento más del plan general de tratamiento, estas actividades ofrecen una estructura concreta que ayuda al paciente a comenzar a reconstruir las habilidades básicas necesarias para planificar, llevar a cabo y completar tareas sencillas. Estas habilidades básicas son esenciales para las destrezas más complejas de toma de decisiones y resolución de problemas necesarias para afrontar y manejar sus vidas.

La atención psiquiátrica, al menos en los Estados Unidos, está siendo sometida, en este momento, a nuevas condiciones y determinantes. Las estancias hospitalarias son cada vez más cortas, con una media actual de 10 días, comparados con los 24 de hace sólo unos años. El tratamiento se centra en la intervención en crisis y los profesionales de la psiquiatría se dedican principalmente a tratar síntomas y a diagnosticar para intervenir farmacológicamente. En esta situación, se utilizan las actividades recreativas para identificar los pensamientos, afectos y conductas del paciente que puedan ayudar a confir-

mar un diagnóstico y una adecuada prescripción médica. El desempeño en las actividades suele mostrar el grado en que la medicación puede estar interfiriendo en el funcionamiento básico del paciente.

Pero una desafortunada consecuencia de las hospitalizaciones breves es que el tratamiento debe ser suministrado de la forma más expeditiva posible. Para aquellos que tienen enfermedades mentales crónicas, el tratamiento a menudo se queda corto y la rehabilitación no se completa. Vuelven a la comunidad, donde a menudo son discriminados, encuentran recursos limitados y poco coordinados, y la probabilidad de estar sin empleo o con un empleo deficitario. Normalmente se encuentran con una excesiva cantidad de tiempo libre. La falta de habilidades para estructurar y usar el tiempo libre, unida a un apoyo social mínimo, deja al individuo en una situación de mayor riesgo de descompensación y rehospitalización. En consecuencia, garantizar una buena atención depende de la coordinación entre los servicios hospitalarios y los ambulatorios o los servicios comunitarios de salud mental.

Para combatir el efecto de las readmisiones, conocido como «el efecto de la puerta giratoria», las personas deben adquirir las destrezas básicas para la vida diaria, incluyendo destrezas sociales y de ocio, a fin de ser capaces de manejar el estrés de la vida diaria. Cuando mejor se aprenden y mantienen estas destrezas es cuando se enseñan en el propio entorno comunitario del paciente. Los centros ambulatorios y los hospitales de día son los entornos adecuados para incluir programas de recreación cuyo objetivo sea ayudar a los clientes a desarrollar conductas adaptativas y otras destrezas de afrontamiento. Además, diversos programas sociales pueden darles la estructura y el grupo de iguales para participar en ocio. Incluir los servicios de ocio terapéutico en los programas de atención comunitaria puede ser clave para ayudar a las personas con trastornos mentales a mantenerse en la comunidad, objetivo central de la rehabilitación psiquiátrica.

Rehabilitación psiquiátrica

Debido al aumento en espiral de los costes de la atención sanitaria en los Estados Unidos, que ha dado lugar a un sistema econó-

mico de «gestión de la atención» (*managed care*), los servicios de salud mental han experimentado cambios significativos. Existe un fuerte movimiento de asociacionismo de usuarios que demandan una mayor responsabilidad compartida en el establecimiento de los objetivos y en la toma de decisiones sobre las modalidades de tratamiento. Además, en oposición al modelo médico, la rehabilitación psiquiátrica o la psicosocial han resultado ser propuestas adecuadas para diseñar y prestar servicios de salud mental sensibles a los usuarios.

La rehabilitación psiquiátrica ha surgido del movimiento de salud mental comunitaria, y está fundamentada en el supuesto de que debe ayudarse a las personas con enfermedades mentales a mantenerse en la comunidad de la forma más normalizada posible. La intención de la rehabilitación psiquiátrica es recuperar el funcionamiento de los roles sociales e instrumentales de la persona en el mayor grado posible. Según Liberman (1988), los objetivos de los profesionales de la rehabilitación psiquiátrica son «establecer y restablecer las destrezas interpersonales y de la vida diaria y ayudar a la persona a alcanzar una calidad de vida satisfactoria»(p. 15). Esto se logra mediante dos estrategias clave. Primero, se ayuda al cliente a *desarrollar o readquirir las habilidades necesarias para vivir, aprender y trabajar* en la comunidad de su elección. La segunda estrategia es *modificar los apoyos sociales y ambientales* de esas comunidades, para ayudar a los clientes a compensar la deficiencia o discapacidad permanente. La intención es ayudar a los clientes a afrontar los problemas de la vida real en diversos ámbitos funcionales que son relevantes para la vida personal y comunitaria, incluyendo destrezas de trato con amigos y conocidos y destrezas para el ocio, la recreación o los intereses no profesionales. Las estrategias ayudan a la persona a adaptarse al entorno más que sucumbir a él y a establecer con éxito relaciones interdependientes con los demás. El proceso *destaca* las *capacidades* de la persona, incluso cuando siga existiendo una discapacidad residual. Según Liberman, la rehabilitación psiquiátrica «más que reducir el síntoma, induce la salud» (p. 4).

El ocio terapéutico se integra con facilidad en los conceptos y el marco teórico de la rehabilitación psiquiátrica. Ambos asumen un modelo de rehabilitación centrado en la persona y conceden

gran importancia a la creación de entornos que colaboran a la salud y a la independencia. Primero, en cuanto a la orientación hacia la persona, ambos manifiestan su compromiso con la promoción de la autodeterminación y la independencia al hacer que el proceso de rehabilitación pivote en torno a las necesidades y objetivos que el cliente considera importantes, aumentando, por tanto, su motivación para cambiar y crecer. El ocio terapéutico ayuda a los clientes a establecer objetivos recreativos y de ocio que resulten significativos en su contexto vital. Este proceso supone ayudar al cliente a analizar los valores y las creencias que tiene sobre la recreación y el ocio y a reflexionar sobre el papel que desea que tenga el ocio en su vida. Una parte importante de la rehabilitación es ayudar a los clientes a desarrollar expectativas razonables sobre la posibilidad de lograr los objetivos deseados. El ocio terapéutico logra esto ayudando a los clientes a aprender las destrezas físicas, cognitivas y sociales necesarias para la participación en recreación y ocio. Las destrezas recreativas, como por ejemplo la identificación, acceso a y utilización de recursos se ajustan al entorno en el que el cliente vive.

Como se ha mencionado anteriormente, la creación de entornos que suministran apoyo es una estrategia clave en la rehabilitación psiquiátrica. Las oportunidades recreativas y de ocio son un aspecto importante del entorno, que ayudan a que los clientes sientan que controlan sus vidas, fomentando, por tanto, mayores sentimientos de autonomía y autodeterminación. Bien sea el entorno un hospital o la comunidad, las personas con enfermedades mentales crónicas necesitan situaciones que refuercen la conducta autónoma y que ofrezcan *feedback* que refuerce la conducta socialmente adaptada. El trabajo de Seligman (1975) sobre la indefensión aprendida mostró que ciertas condiciones ambientales pueden neutralizar los esfuerzos de una persona para actuar de forma autónoma haciendo que, a la larga, la persona deje de intentarlo. Utilizar el ocio y la recreación para tratar la indefensión ha sido una recomendación constante en el diseño de entornos institucionales (Thomas, 1994). Aunque hay muchos datos de carácter anecdótico, se han llevado a cabo pocos estudios sobre el impacto de las actividades recreativas y de ocio en el proceso de revertir la indefensión (Shary e Iso-Ahola, 1989). Dattilo y Kleiber (1993) recomiendan que se profundice en esta área de investigación.

Bien sea en el hospital o en la comunidad, los programas recreativos aportan un contexto estructurado que puede utilizarse para reforzar y mantener las conductas socialmente adaptadas. Aunque la recreación socialmente activa es una de las variables predictivas más fuertes de la rehabilitación y la recuperación, para las personas con trastornos mentales crónicos es algo deficitario. McCormick (1999) sintetizó la investigación realizada en este ámbito y concluyó que las redes sociales de las personas con enfermedades mentales son más pequeñas que las de la población general, y que perciben que estas redes ofrecen menos apoyo. En consecuencia, las personas decían estar menos satisfechas con sus relaciones sociales. Los programas de ocio pueden utilizarse para ofrecer contextos en los que los clientes puedan ampliar sus redes sociales y tener experiencias de apoyo social y compañía. Los miembros de la familia, conocidos y otras personas que forman parte de la comunidad natural del cliente pueden participar en estos programas para aprender a utilizar la recreación como medio para desarrollar apoyos y contactos significativos.

Además de estas relaciones de carácter general entre la recreación, el ocio y la rehabilitación psiquiátrica, la relación es especialmente relevante en el ámbito del entrenamiento en destrezas de afrontamiento. Los intereses y destrezas de ocio son parte importante del conjunto de destrezas de afrontamiento que las personas con enfermedades mentales necesitan (Anthony, Cohen y Farkas, 1990; Liberman, 1988; Kapelowitz, 1999). Permanecer en la comunidad es difícil para las personas con enfermedades mentales severas y persistentes; a pesar de ello, con el tiempo, pueden desarrollar destrezas de afrontamiento, incluyendo la competencia social general, especialmente si el entrenamiento se organiza partiendo de los objetivos que el cliente considera importantes. Algunos objetivos de la rehabilitación son muy difíciles de lograr cuando el cliente está en medio de una crisis y es hospitalizado durante breves periodos de tiempo. Sin embargo, una vez dados de alta, suelen ser más conscientes de su necesidad de aprender destrezas de afrontamiento y adaptativas que les ayuden a mantenerse en la comunidad sin volver al hospital. De hecho, los problemas con el tiempo libre y el deseo de tener acceso a actividades recreativas se han identificado como una de las principales preocupaciones de

las personas adultas con enfermedades mentales crónicas (Skalko, Van Andel y DeSalvatore, 1991).

Afrontamiento y adaptación mediante la recreación

Ayudar a los clientes a usar las destrezas de afrontamiento es la principal intención de la rehabilitación psiquiátrica. Muchos síntomas de la enfermedad mental son la expresión final de un desajuste entre las demandas inherentes a las situaciones de la vida diaria y las habilidades de la persona para afrontar estas situaciones. DeNelsky y Boat (1986) desarrollaron un modelo para orientar el desarrollo de destrezas de afrontamiento en personas con trastornos mentales. Definieron las destrezas de afrontamiento como «los *componentes* físico, emocional y cognitivo *de adaptación* que necesita una persona para manejar las situaciones vitales» (p. 323). Estos autores presentaron tres categorías de destrezas de afrontamiento: (a) *relaciones interpersonales* (incluyendo destrezas sociales para relaciones generales e íntimas), (b) *pensamiento y sentimiento* (incluyendo la activación emocional apropiada y la conciencia sobre los propios sentimientos), y (c) *formas de abordar la vida y el self* (incluyendo las expectativas realistas respecto a uno mismo y la capacidad de experimentar satisfacción y disfrute saludable). Consideraron que la recreación era un marco concreto para aprender las destrezas de afrontamiento de cada categoría, especialmente las relativas a la interacción social, el entretenimiento y el entrenamiento para la relajación.

La recreación y el ocio tienen, claramente, la capacidad de contribuir a la salud mental y el bienestar amortiguando el estrés y ayudando en los procesos de adaptación psicosocial. La capacidad de afrontamiento y adaptación implica aprender y utilizar destrezas conductuales necesarias para manejar el estrés y participar de la vida social. Las personas con trastornos mentales necesitan saber qué conductas llevan a resultados deseados y necesitan tener expectativas razonables respecto a su capacidad para contar con dichas destrezas. En suma, ayudar a los clientes a desarrollar y utilizar destrezas de afrontamiento en el marco del ocio implica un abordaje cognitivo conductual que puede fundamentarse en los tra-

bajos teóricos sobre estrés, afrontamiento y cambio conductual adaptativo (Bandura, 1986, 1997; Folkman, Chesney, McKusick, Ironson, Johnson y Coates, 1991; Lazarus y Folkman, 1984).

Las personas utilizan la recreación y el ocio como conductas de promoción de la salud (i.e. para afrontar el estrés y relacionarse con los demás) de acuerdo con sus percepciones al respecto: por ejemplo, el proceso de evaluación cognitiva, que es fundamental para el proceso de afrontamiento, incluye la evaluación sobre la posibilidad de modificar la fuente de estrés o de manejar las emociones. La evaluación incluye una estimación de los recursos y opciones de afrontamiento. La opción de usar la recreación para cambiar la situación depende del conocimiento y experiencias de la persona. Además, las creencias sobre la propia capacidad para usar la recreación de forma efectiva también son cuestión de percepción y experiencia. La autoeficacia, concepto central en el modelo cognitivo del aprendizaje social (Bandura, 1986), se relaciona con una conducta concreta, no es un rasgo global de personalidad (Lerman y Glanz, 1997). Por tanto, las destrezas para la recreación y el ocio deben ser un objetivo específico del entrenamiento en destrezas de afrontamiento. Este entrenamiento es más efectivo cuando las personas cambian sus creencias y percepciones como resultado de la participación directa en actividades recreativas.

Como se ha mencionado anteriormente, los profesionales del ocio terapéutico han utilizado un procedimiento denominado *educación del ocio* para ayudar a las personas a afrontar, adaptarse y, en definitiva, tener una mejor calidad de vida. Se ha demostrado que en gran medida es un proceso cognitivo que se sirve de ejercicios estructurados y discusiones que persiguen aumentar la conciencia de las actitudes y valores personales relativos al ocio, y de las diferentes necesidades que el ocio puede satisfacer. Aumentar la conciencia y conocimiento de los recursos de ocio también es una parte importante de la educación del ocio.

La investigación sobre la efectividad de la educación del ocio con clientes psiquiátricos muestra resultados mixtos. Por ejemplo, Wolfe y Riddick (1984) observaron, en estos pacientes, cambios en las actitudes ante el ocio, pero no cambios en la participación. Skalko (1990) observó una mejora del uso del tiempo discrecional entre hombres adultos con trastornos mentales crónicos que resi-

dían en hogares protegidos, pero los cambios no duraron mucho tiempo. Además de necesitar periodos más amplios de intervención, los programas de educación del ocio parecen ser más efectivos cuando incluyen ensayos conductuales frecuentes que proporcionan *feedback* que ayuda a procesar las cogniciones. Así fue como se diseñó el siguiente programa de educación del ocio.

Bullock y Luken (1993) desarrollaron un programa de educación del ocio para adultos con trastornos mentales crónicos que se estaban preparando para recibir el alta hospitalaria o estaban viviendo en la comunidad. El programa «*Reintegración mediante la recreación*» se ajustaba a los principios de la rehabilitación psiquiátrica y estaba basado en un abordaje cognitivo conductual. La primera fase del programa incluía el análisis individualizado de los problemas, el establecimiento de objetivos y de contratos conductuales. La segunda fase consistía en el entrenamiento de destrezas relacionadas como la auto-evaluación (i.e. utilización de registros de tiempo y auto-informes de aburrimiento), la resolución de problemas y las actividades recreativas. La tercera fase se centraba en ayudar a los clientes a aplicar las diversas destrezas mediante una exposición gradual a niveles cada vez más elevados de dificultad en el entorno natural. Pretendía ofrecer amplias oportunidades para ensayar y aplicar, de forma real, lo aprendido, favoreciendo así la posibilidad de incrementar los sentimientos de competencia y eficacia y la mayor probabilidad de que se generalizaran las destrezas.

La investigación que ha evaluado este programa encontró que era un proceso socialmente válido para usuarios y familiares. El programa resultó relevante para sus vidas y para las dificultades, las esperanzas y las aspiraciones que tenían. En primer lugar, los propios clientes establecieron los objetivos. Los tres objetivos más frecuentes fueron el aumento de la confianza en uno mismo, el aumento de los intereses personales de ocio y la disminución del aislamiento social. Además de ser capaces de marcar sus propios objetivos de ocio y recreación, los clientes afirmaron que el aprendizaje de destrezas y el ensayo fueron la parte más importante de todo el proceso. «La aplicación de las destrezas y los ensayos favorecen la competencia, sin la cual el éxito de la rehabilitación no durará. Sin una base de confianza en uno mismo es poco probable que los usuarios intenten aplicar en su vida comunitaria cual-

quier destreza de ocio de forma autónoma» (Mahon, Bullock, Luken y Martens, 1996, p. 210).

Calidad de vida

Para una plena recuperación y rehabilitación es esencial ayudar a las personas a adquirir y utilizar las destrezas necesarias para afrontar y adaptarse a sus circunstancias vitales. Sin embargo, más allá del afrontamiento, las personas que están enfermas o tienen discapacidades tienen derecho a conseguir una buena calidad de vida, incluso debemos esperar que lo demanden. Los objetivos de la rehabilitación han evolucionado, desde las formulaciones iniciales que perseguían la recuperación funcional y la integración en la sociedad, a los objetivos relativos al aumento de la calidad de vida de las personas con discapacidad. Los objetivos para los clientes con trastornos mentales crónicos se centran más en el confort que en la cura (Oliver, Huxley, Bridges y Mohammad, 1997). Rosenfeld (1992) analizó la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos y encontró que el ingrediente principal era el sentido de la competencia personal. Por tanto, hoy en día, los servicios de salud mental utilizan los criterios de la mejora de calidad de vida como indicadores de resultado de los tratamientos.

El ocio y la recreación tienen una elevada capacidad de aumentar la salud psicológica y el bienestar. El inicio de este capítulo afirmaba que los términos de ocio y salud mental están abiertos a diversas interpretaciones. Sin embargo, si se consideran de interés para la salud y la rehabilitación, necesitamos un marco concreto en el que establecer objetivos de tratamiento y definir resultados esperados. Un modelo conceptual que permite unificar todos los abordajes de la salud mental en torno a la idea de la promoción de la calidad de vida ha sido propuesto por el *Centro de Promoción de la Salud* de la Universidad de Toronto en Canadá (Renwick, Brown y Nagler, 1996).

Dicho modelo plantea varias de las cuestiones tratadas en este capítulo. Se entiende la calidad de vida como «el grado en que una persona disfruta las oportunidades importantes de su vida» (Renwick y cols., 1996, p. 80). Las oportunidades hacen referencia a las

opciones e impedimentos existentes en su vida y que resultan de la interacción entre la persona y su entorno. El marco conceptual se centra en tres áreas fundamentales de la vida que son propias de la condición humana, y dimensiones esenciales de una vida con significado. Son el *Ser*, el *Pertenecer* y el *Llegar a Ser*. El *Ser* implica los aspectos más básicos del individuo, el *ser físico* como algo holístico, incluyendo la nutrición y la forma física, junto con el estado de salud física y las capacidades funcionales. También incluye el *ser psicológico*, que hace referencia a los sentimientos, las cogniciones y el sentido de confianza, competencia y control; y el *ser espiritual*, que hace referencia a los valores personales y orientación vital, a las creencias espirituales y a la dimensión estética, con su celebración de sucesos vitales especiales.

El *Pertenecer* representa el ajuste de la persona a su comunidad. La *pertenencia física* hace referencia a los lugares de nuestro entorno (hogar, vecindario, comunidad); la *pertenencia social* se refiere a las relaciones con los amigos, familia y vecinos, y, finalmente, la *pertenencia comunitaria* abarca la relación con los recursos comunitarios (por ejemplo el acceso a los servicios comunitarios de salud, educación, recreación, a los equipamientos y a los eventos).

Finalmente, el *Llegar a Ser* se refiere a los objetivos, las aspiraciones y las esperanzas de la persona. Incluye el *llegar a ser pragmático* (actividades propositivas en el ámbito educativo, laboral y de la vida familiar), el *llegar a ser en el ocio* (referido a las actividades autodeterminadas hechas por placer, relajación y búsqueda de equilibrio) y, finalmente, el *llegar a ser de crecimiento*, que implica actividades que promueven el desarrollo del conocimiento y las destrezas de la persona.

A pesar de que el ocio aparece mencionado de forma específica en el último componente de este modelo, debería clarificarse la forma en la que el ocio y la recreación contribuyen a todas las dimensiones vitales, tal y como se formulan en este modelo. De hecho, Fine (1996) analizó el papel del ocio en el modelo de Renwick y cols. de claridad de vida y afirmó que las actividades de ocio fomentaban los sentimientos de competencia, auto-eficacia, placer y alegría. Sin embargo, Fine también apuntó que el llegar a ser en el ocio dependía de la capacidad del individuo (y del apoyo recibido) para planificar y elegir actividades de ocio, en un contexto comuni-

tario que ofrezca oportunidades para la integración social. Obviamente, la recreación y el ocio contribuyen a la calidad de vida y son, al mismo tiempo, su consecuencia.

Resumen y conclusiones

El objetivo de este capítulo ha sido presentar un marco teórico y conceptual para comprender la importancia del ocio para la salud mental y, por tanto, para la calidad de vida. La autodeterminación que nos hace experimentar el ocio y el apoyo social que conlleva son relevantes para la salud mental por su potencial amortiguador de los efectos negativos del estrés. Sin embargo, a menudo, los beneficios del ocio se bloquean debido a impedimentos internos y externos. Superar estos impedimentos puede requerir ayuda: es el caso de las personas que son vulnerables al malestar psicológico o aquéllas que tienen trastornos mentales crónicos. Por tanto, los servicios de salud mental deben fomentar la capacidad de las personas a quienes sirven para lograr y mantener la salud psicológica mediante experiencias recreativas y de ocio. Los principios de la rehabilitación psiquiátrica justifican la importancia de la recreación para ayudar a los clientes a afrontar y adaptarse a su enfermedad, lo que a su vez fortalece su capacidad para una vida de calidad.

En otros capítulos de este libro se presentan los resultados de una investigación sobre la situación de los servicios de ocio y recreación en los hospitales psiquiátricos españoles y sobre el papel del ocio en la vida de las personas con trastornos mentales crónicos que viven en la comunidad. Estos resultados muestran que hay espacio para ampliar el uso terapéutico de la recreación en el sistema de salud mental, tanto en los hospitales como en la atención comunitaria. Evidentemente, las personas adultas que deben vivir con una enfermedad mental crónica quisieran contar con más oportunidades recreativas y de ocio, a la vez que necesitan apoyo para superar los impedimentos contra la participación. Como todos los estudios sobre ocio y salud mental, los hallazgos reflejarán la realidad cultural y social española, lo que también determinará cómo afectan estos hallazgos al futuro desarrollo de programas. Espero que el contenido de

este capítulo genere entusiasmo e ideas para construir y apoyar las capacidades de los usuarios psiquiátricos para utilizar la recreación como camino de recuperación, rehabilitación y calidad de vida.

Más allá de las justificaciones teóricas o clínicas que podamos plantear para incluir el ocio en la rehabilitación psiquiátrica, existe un imperativo moral. Es decir, todas las personas merecen la oportunidad de tener una buena salud y encontrar la felicidad mediante un ocio socialmente activo y gratificante. La recreación es una invitación para que los usuarios psiquiátricos muestren conductas adaptadas y, en el proceso, experimenten placer y disfrute. El ocio nos ofrece el marco en el que expresar la esencia y humanidad que todos, como personas, compartimos. Expresarlo nos otorga un sentimiento de esperanza. La curación comienza cuando creemos en la capacidad de cada persona de cambiar y crecer. Y cuando nosotros lo creemos, ellos también pueden hacerlo. La recreación y el ocio nos ofrecen a todos la oportunidad de curarnos y de tener esperanza.

Referencias

- ANTHONY, W., COHEN, M. y FARKAS, M. (1990). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- AUSTIN, D. (1996). *Therapeutic Recreation: Processes and Techniques* (3.ª ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman.
- BULLOCK, C. Y LUKEN, K. (1994). «Reintegration through recreation: a community based rehabilitation model». En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.), *Leisure and mental health* (pp. 215-233). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- COLEMAN, D. (1993). «Leisure based social support, leisure dispositions and health». *Journal of Leisure Research*, 25, 350-361.
- COLEMAN, D. e ISO-AHOLA, S. E. (1993). «Leisure and health: The role of social support and self-determination». *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
- COMPTON, D. M. (1994). «Leisure and mental health: Context and issues». En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (Eds.), *Leisure and Mental Health* vol. 1 (pp. 1-33). Park City, UT: Family Development Resources.

- CRAWFORD, D., JACKSON, E., y Godbey, G. (1991). «A hierarchical model of leisure constraints». *Leisure Sciences*, 13, 309-320.
- DATTILO, J. y KLEIBER, D. A. (1993). «Psychological perspectives for therapeutic recreation research: The psychology of enjoyment». En M. J. Malkin y C. Z. Howe (eds.), *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp. 57-76). State College, PA: Venture.
- DECI, E. y RYAN, R. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*. New York: Plenum.
- DENELSKY, G. y BOAT, B. (1986). «A coping skills model of psychological diagnosis and treatment». *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 322-330.
- FINE, A. (1996). «Leisure, living and quality of life». En R. Renwick, I. Brown y M. Nagler (eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation* (pp. 342-453). Londres: Sage.
- FOLKMAN, S., CHESNEY, M., MCKUSICK, L., IRONSON, G., JOHNSON, D. y COATES, T. (1991). «Translating coping theory into an intervention». En J. Eckenrode (ed.), *The social context of coping* (pp. 239-260). New York: Plenum.
- GORBEÑA, S. (ed.) (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ISO-AHOLA, S. E. y WEISSINGER, E. (1984). «Leisure and well-being: Is there a connection?». *Parks and Recreation, junio*, 40-44.
- KAPELOWITZ, A. (1999). *Psychiatric rehabilitation: An overview*. Comunicación presentada en la American Therapeutic Recreation Association's Annual Conference, Portland, Oregon.
- KOBASA, S. (1979). «Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness». *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- LAZARUS, R. y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer Publishing.
- LERMAN, C. y GLANZ, K. (1997). «Stress, coping and health behavior». En K. Glanz, F. Lewis y B. Rimer (eds.), *Health behavior and health education* (2.ª ed., pp. 113-138). San Francisco, CA: Jossey Bass.
- LIBERMAN, R. B. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- MADDI, S. y KOBASA, S. (1981). «Intrinsic motivation and health». En H. Day (ed.), *Advances in intrinsic motivation and aesthetics* (pp. 299-321). Nueva York: Plenum.
- MAHON, M., BULLOCK, C., LUKEN, K., y MARTENS, C. (1996). «Leisure education for persons with severe and persistent mental illness: Is it a socially valid process?». *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 197-212.

- MANNELL, R. y KLEIBER, D. (1997). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture.
- McCORMICK, B. (1999). «Contribution of social support and recreation companionship to the life satisfaction of people with persistent mental illness». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 304-319.
- OLIVER, J., HUXLEY, P., BRIDGES, K., y MOHAMMAD, H. (1997). *Quality of life and mental health services*. Londres: Routledge.
- PETERSON, C. y STUMBO, N. (1999). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures* (3.^a ed.). Needham, MA: Allyn & Bacon.
- RENWICK, R., BROWN, I. y NAGLER, M. (eds.) (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Londres: Sage.
- ROSENFELD, S. (1992). «Factors contributing to the subjective quality of life of the chronically mentally ill». *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- RUSSELL, R. (1996). *Pastimes: The context of contemporary leisure*. Dubuque, IA: Brown & Benchmark.
- SELIGMAN, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Miller Freeman.
- SHARY, J. e ISO-AHOLA, S. (1989). «Effects of a control-relevant intervention on nursing home residents' perceived competence and self-esteem». *Therapeutic Recreation Journal*, 23, 7-16.
- SKALKO, T. (1990). «Discretionary time use and the chronically mentally ill». *Therapeutic Recreation Journal*, 24, 9-14.
- SKALKO, T., VAN ADNEL, G. y DESALVATORE, G. (1991). «The benefits of therapeutic recreation in psychiatry». En C. P. Coyle, W. B. Kinney, B. Riley y J. W. Shank, *Benefits of therapeutic recreation: A consensus view* (pp. 289-352). Ravensdale, WA: Idyll Arbor.
- THOMAS, W. (1994). *The eden alternative: Nature, hope and nursing homes*. Columbia, MO: University of Missouri.
- WEISSINGER, E. (1985). *Development and validation of an intrinsic leisure motivation scale*. Tesis doctoral, University of Maryland, College Park, Maryland.
- WEISSINGER, E. y BANDALOS, D. (1995). «Development, reliability and validity of a scale to measure intrinsic motivation in leisure». *Journal of Leisure Research*, 27, 379-400.
- WOLFE, R. A. y RIDDICK, C. (1984). «Effects of leisure counseling on adult psychiatric outpatients». *Therapeutic Recreation Journal*, 18, 30-37.

Traducción de Susana Gorbeña

Capítulo 2

El ocio en los hospitales psiquiátricos

Víctor M. Larrínaga y Susana Gorbeña¹

La relevancia que el ocio ha tenido en la vida de las personas con trastornos mentales y en las instituciones que les prestan servicios ha estado muy ligada a la concepción de enfermedad imperante en cada momento histórico y a las actitudes sociales hacia este colectivo (Austin y Crawford, 1991). La atención psiquiátrica actual, centrada en aspectos como la calidad de vida, la rehabilitación y la integración en la comunidad, ha empezado a otorgar una gran importancia al ocio de las personas a quienes sirve, respondiendo, en cierto modo, a la importancia que el fenómeno del ocio ha adquirido en la cultura occidental actual.

La investigación que se presenta en estas páginas constituye un primer intento de conocer la realidad de los servicios y programas de ocio en el contexto hospitalario psiquiátrico español. El estudio surge del interés conjunto de los profesionales de uno de los hospitales psiquiátricos pioneros en servicios de ocio (el Hospital Psi-

¹ Los autores quieren agradecer el apoyo prestado por el Hospital Psiquiátrico Aita Menni y el Instituto Interdisciplinar de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto para la realización de este estudio. Igualmente, agradecen a la alumna de la Universidad de Deusto Nerea Ganzabal su ayuda en la recogida de datos. Nuestro especial agradecimiento es también para los profesionales de los 30 hospitales que completaron la encuesta.

quiátrico Aita Menni) y del primer centro universitario de investigación y formación en ocio (la Universidad de Deusto).

El trabajo incluye los siguientes apartados. En primer lugar, se presenta una breve reseña histórica que muestra el papel que ha desempeñado el ocio en la atención psiquiátrica a lo largo de la historia. Se hará especial mención de la historia en nuestro contexto más cercano, aspecto que no ha sido recogido en estudios anteriores. Posteriormente, se presentan algunos datos y reflexiones procedentes de los estudios llevados a cabo, desde diferentes disciplinas o paradigmas, sobre el ocio de las personas con trastornos mentales, especialmente los referidos a la población hospitalaria. Se analiza en este apartado el papel del ocio en la literatura relativa a la rehabilitación psiquiátrica, a la calidad de vida, a la terapia ocupacional y al ocio terapéutico. A continuación, se presenta la metodología y resultados del estudio sobre los servicios de ocio de 28 hospitales psiquiátricos estatales de más de 50 camas. Finalmente, se comentan los hallazgos de este estudio aportando algunas reflexiones y sugerencias sobre la intervención en ocio en la población psiquiátrica hospitalaria.

Breve reseña histórica

Los especialistas en ocio terapéutico que han trazado la historia del ocio en los hospitales psiquiátricos (Austin y Crawford, 1991; Carter, Van Andel y Robb, 1995; O'Morrow y Reynolds, 1989) se remontan a las antiguas civilizaciones para recoger las primeras recomendaciones sobre los beneficios del ocio en la salud mental. También encontramos referencias en manuales y tratados de la historia de la salud mental o la psiquiatría (Ackerknecht, 1993; Barcia, 1996; Kaplan y Sadock, 1989; Hales, Yudofsky y Talbot, 1996; Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

O'Morrow y Reynolds (1989) citan la terapéutica de los primeros egipcios, que recomendaban el paseo por los jardines del templo, navegar por el Nilo, ir de excursión, escuchar música, bailar y actuar en representaciones. También se cita a menudo (Aguado, 1995; Carter y cols., 1995; Kaplan y Sadock, 1989) la concepción naturalista de la enfermedad mental y los tratamientos que avanzó

la cultura griega clásica y que después practicó también el imperio romano, de acuerdo con la idea de *mens sana y corpore sano*. Los médicos romanos como Sorano de Éfeso y Galeno recomendaban las actividades recreativas (viajes, paseos, teatro, lectura), con variaciones en función de la patología psiquiátrica (Ackerhnecht, 1993; O'Morrow y Reynolds, 1989).

Los historiadores caracterizan la Edad Media como una época negra en la atención psiquiátrica en Europa en la que, por lo referido al ocio, incluso se recomendaba evitar las actividades lúdicas, pues podían agitar a los dementes y lunáticos (Carter y cols., 1995). Sin embargo, de estos tiempos siempre se refiere la excelente atención de los hospitales de la cultura árabe (Aguado, 1995; O'Morrow y Reynolds, 1989), donde se ofrecen tratamientos basados en la música, la danza, los espectáculos, las lecturas, etc. El inicio del Renacimiento, con su nueva concepción de la naturaleza humana, provoca cambios positivos en la atención psiquiátrica. Los historiadores (Ackerhnecht, 1993; Aguado, 1995; Barcia, 1996) destacan los avances que durante los siglos XVI al XVII se producen en la atención psiquiátrica y su retroceso durante el siguiente siglo.

Sin embargo, al final del XVIII surgen figuras importantes que hacen avanzar el estado de la psiquiatría. Tuke, en Inglaterra, con su propuesta de utilización de la música, los libros, el descanso, la actividad física, etc., y Pinel en Francia con el denominado tratamiento moral, cuyas técnicas terapéuticas concretas comprendían un amplio abanico de intervenciones, incluyendo «ambientes placenteros, las compañías agradables, un régimen de vida conveniente, la música, el ejercicio, el contacto con la naturaleza, el consuelo del enfermo tras ganarse su confianza y el manejo de las «pasiones», suscitando nuevas que se opondan a las causantes de la enfermedad y procurando, en todo momento, el dominio de la razón sobre las «ideas erróneas» o «mórbidas» que originan la locura» (Martín, 1994, p. 76). Por último, también merece mención Rush en Estados Unidos, fundador del primer hospital del país, quien recomendaba que se ofrecieran a los pacientes psiquiátricos actividades como el ajedrez, la música, la lectura o las salidas a la comunidad por su valor terapéutico (O'Morrow y Reynolds, 1989).

Las primeras décadas del siglo XX suponen la consolidación de los programas recreativos en los hospitales psiquiátricos esta-

dounidenses (O'Morrow y Reynolds, 1989), debido, entre otros factores, al empuje dado a la recreación en los hospitales de veteranos de guerra, por la influencia de la Cruz Roja Americana, que había establecido en 1919 un departamento de recreación hospitalaria. Estos programas pasaron a ser considerados como actividades terapéuticas y rehabilitadoras, más que una mera oferta recreativa y de entretenimiento. Otro hito en estos primeros años del siglo es la experiencia recogida en 1913 en la *American Journal of Insanity* en la que se llevó a 500 pacientes psiquiátricos de excursión con fines curativos y restauradores (Avedon citado en Austin y Crawford, 1991). Otros avances en la atención a las personas con trastornos mentales, como la terapia ocupacional desarrollada a principios de siglo por Meyer (Kaplan y Sadock, 1989; Christiansen, 1991a), abogaban por la necesidad de prestar atención al ocio buscando un equilibrio adecuado entre el trabajo, el recreo y el reposo.

Los autores (Carter y cols., 1995; O'Morrow y Reynolds, 1989) no olvidan la gran aportación de uno de los más insignes psiquiatras norteamericanos, el Dr. Menninger, quien, a finales de los años treinta y principios de la década de los 40, no sólo defendió el ocio sino que publicó varios artículos al respecto. Menninger entendía el ocio como una herramienta de tratamiento o terapia, sentando las bases de lo que luego sería el psicodrama y el uso terapéutico de las actividades artísticas. Westland recoge una muy elocuente cita del Dr. Menninger:

«Ha sido un privilegio para muchos de los que practicamos la medicina en el ámbito psiquiátrico tener algunas experiencias muy positivas con el uso de la recreación como método auxiliar de tratamiento... La recreación no sólo ha desempeñado un papel importante en el programa de tratamiento de la enfermedad mental, sino que ha sido un factor importante en el mantenimiento de los antiguos pacientes. Por tanto, los psiquiatras creen que la actividad recreativa puede ser también un elemento valioso en la prevención de la salud mental y emocional» (Menninger citado en Westland, 1992, p. 16).

Algunos autores (Kelley, 1993) incluyen también en sus análisis históricos de la presencia del ocio en la atención psiquiátrica

norteamericana, el importante papel que han desempeñado los populares programas de *Camp Therapy* (terapia de campamentos), que tuvieron su inicio, de manera fortuita, en 1901 en Nueva York cuando, ante una epidemia de tuberculosis, un hospital psiquiátrico alojó a 40 pacientes en tiendas de campaña, produciéndose una mejora espectacular en su estado que después fue confirmada con otros grupos de pacientes.

Los servicios de ocio quedan consolidados en los hospitales psiquiátricos estadounidenses al final de la década de los cincuenta, cuando casi todos los grandes hospitales de larga estancia cuentan ya con programas organizados de recreación (Carter y cols., 1995), la Sección de Recreación Hospitalaria de la *American Recreation Society* forma un comité de trabajo para estudiar los conceptos básicos de la nueva disciplina conocida como ocio terapéutico (Sylvester, 1989) y la *American Medical Society* y la *American Psychiatric Association* publican, conjuntamente con la Sección de Recreación Hospitalaria de la *American Recreation Society*, cinco volúmenes sobre la recreación en centros de tratamiento y un manual sobre los conceptos básicos de recreación hospitalaria (Carter y cols., 1995).

Los cambios que trajo consigo el movimiento de desinstitucionalización, la rehabilitación psiquiátrica, los nuevos servicios de terapia ocupacional, el desarrollo de la salud mental comunitaria y el movimiento de vida independiente (Lieberman, 1993) hicieron que se concediera más importancia al ocio, tanto de pacientes ambulatorios como hospitalarios, consolidándose como profesional de la salud mental el nuevo especialista en ocio terapéutico (O'Morrow y Reynolds, 1989).

Aunque esta figura profesional no se ha desarrollado en Europa, no se puede decir que el ocio no haya recibido una cierta atención. Como ejemplo se puede destacar el modelo de intervención que desde la Segunda Guerra Mundial desarrolla el hospital británico Cassel, en el que las actividades de ocio tienen un papel importante en el programa terapéutico (McCaffrey, 1998). Pero merece la pena centrarnos en nuestra realidad hospitalaria, por lo que a continuación se presenta un breve recorrido histórico por la psiquiatría española.

La historia de la atención psiquiátrica en España se remonta a Juan Luis Vives y Jofré, quien fundó el primer hospital psiquiátrico europeo en 1409 en Valencia, donde se pone en marcha un tratamiento humanitario que otorga un importante papel a las actividades de ocio (Aguado, 1995). Además de este hospital se crean otros hospitales, como el de Zaragoza en 1425, elogiado siglos más tarde por Pinel, por la forma ejemplar de practicar la terapia ocupacional, Sevilla en 1436, Valladolid, 1436, Palma de Mallorca en 1457, Toledo, 1457. En este sentido, podemos afirmar (Barcia, 1996) que España se adelanta al resto de Europa en el tema de la asistencia psiquiátrica y que en la península la atención psiquiátrica es, durante los siglos xv a xviii, mucho más humanitaria que en el resto de Europa (Martín, 1994).

Sin embargo, la atención se deteriora en los años subsiguientes y tenemos que esperar a finales del siglo xix e inicios del xx para detectar una nueva era en la atención psiquiátrica. Barcia (1996) recoge varios elementos significativos: la ley de Beneficencia de 1849, la aparición de los primeros psiquiatras, como Rodríguez Villagoitia, Benito González y Pi Molist, que se empeñan en mejorar la asistencia psiquiátrica y promueven la construcción de hospitales psiquiátricos privados. En este sentido, cabe destacar, por una parte, la creación de sanatorios que se produce en Cataluña (Lloret de Mar, La Torre Lunática, 1844; San Baudilio de Llobregat, 1854) e instituciones (Nueva Belén y el Instituto Frenopático) y, por otra, la iniciativa de la Orden religiosa de San Juan de Dios y de la Iglesia (Barcia, 1996).

Será el padre Menni, de la Orden de San Juan de Dios (1841-1914), quien implante la primera red estable de hospitales psiquiátricos privados. Desde sus inicios, tal como figura en los reglamentos de cada uno de los hospitales, se revela la importancia que tienen el esparcimiento y las actividades de tipo recreativo por sus fines claramente terapéuticos. Así por ejemplo, el reglamento del Manicomio de Eskoriatza, de 1879, que recoge que además del trabajo se deben procurar «aquellas recreaciones que el caso aconseje» (Martín, 1994, p. 339), o el del Hospital de Ciempozuelos, que en 1882 establecía en su artículo 86 que «la recreación y las ocupaciones sirven en gran manera para alivio y aún completa curación de las enfermedades

mentales. A tal efecto la asociación cuidará de proporcionar en la casa, todos los medios conducentes para conseguir este intento» (Martín, 1994, p. 367). Los mismos datos aparecen en las historias de otros hospitales. Gutiérrez (1997) ha constatado cómo, en la llamada Casa de Salud de Palencia, en 1889 se llevaba a las pacientes a las fiestas locales y había actividades recreativas al aire libre. También Arranz relata cómo en el Manicomio de Sant Boi, en 1854, se utilizaba el tratamiento moral que incluía «los juegos, bailes, conciertos, asistencia a los oficios religiosos, lecturas y cualquier otro método o terapéutica ocupacional» (Arranz, 1995, p. 65).

En nuestros hospitales más cercanos también encontramos datos que confirman que el ocio de los pacientes psiquiátricos no se descuidaba. Así por ejemplo, uno de nuestros hospitales centenarios, el Hospital Aita Menni, contaba a principios de siglo con espacios dedicados al recreo y con jardines y organizaba actividades entre las que se incluían el teatro, proyecciones cinematográficas, audiciones de gramófono, biblioteca recreativa y frontón (Cristóbal, 1990; Hospital Aita Menni, 1998). La tesis doctoral de Cristóbal recoge citas tan ilustrativas respecto a la importancia concedida al ocio, ya en la primera década del siglo, como las que se recogen a continuación:

«La construcción de un escenario en el salón de pensionistas, representa una mejora conveniente ya que las representaciones teatrales con los obligados precedentes de estudio de papeles y ensayos constituyen un elemento de distracción y de recreo que modifican ventajosamente el estado moral de los desgraciados enfermos.

Por Pascuas de Navidad hemos disfrutado de 33 funciones teatrales desempeñadas a la perfección por los enfermos, y el éxito obtenido anima a menudear esta forma de diversión del espíritu.

Funciona con muy buen éxito el salón de lectura adonde acuden espontáneamente no pocos enfermos, pasando buenos ratos en la lectura de obras recreativas de que está bien dotada la biblioteca.

Los días festivos se organizan veladas muy agradables en las que se alternan representaciones de sainetes con proyecciones cinematográficas y audiciones de gramófono, procurando con ello distraer a los enfermos y hacerles todo lo grato posible la vida manicomial». (Añibarro, citado en Cristóbal, 1990, p. 587).

Lo mismo sucede en otros centros hospitalarios. Babio afirma que desde su fundación en 1923, en el Hospital de Zaldibar «no se

descuidaban actividades tan importantes como los actos de carácter social, formación de coros y danzas, veladas musicales... dando un gran impulso a esta clase de manifestaciones y tratando de humanizar el medio ambiente sanatorial» (Babio, 1973, p. 26). En la década de los setenta, en el marco de las nuevas unidades de rehabilitación, este hospital contaba con terapia recreativa (Sampedro, Gallo y Manero, 1973) y hasta con ludoterapia en las unidades de agudos (Gallo y Albert, 1973).

A pesar de los esfuerzos de los particulares y de instituciones no estatales, la ausencia de una adecuada política sanitaria y la escasez de recursos económicos destinados a la misma hizo que la asistencia psiquiátrica fuera deteriorándose. España, que podía vanagloriarse no sólo de ser la precursora de la asistencia psiquiátrica, sino de prestarla a un nivel muy alto a finales del siglo XVIII, cuando termina el siglo XIX y comienza el XX, si se exceptúan unos pocos sanatorios, el nivel de asistencia recuerda al europeo prerrevolucionario (Barcia, 1996).

Como en el resto de los países, la segunda parte del siglo XX, y especialmente a partir de la reforma psiquiátrica de los años 80, supone grandes cambios en la atención psiquiátrica. El ocio ha ido adquiriendo una mayor relevancia y hasta se ha reconocido, en el Plan de humanización de la asistencia hospitalaria de 1984, la importancia de prestar servicios como los de bibliotecas (Instituto Nacional de la Salud, 1984). En la actualidad los hospitales cuentan con equipamientos para el ocio aunque no siempre tienen servicios o programas estructurados, tal y como se constata, por ejemplo, en la descripción que Seva (1991a) hace de las diferentes entidades que hoy en día conforman la atención psiquiátrica. Existen algunos centros que de manera excepcional, desde finales de los años 80, han incluido la animación sociocultural y la educación del ocio entre sus programas (Larrínaga y Sánchez, 1992; Larrínaga, Madariaga y Moreno, 1995; Larrínaga y cols., 1997; Larrínaga, Morera, Ganzabal y Aristorena, 1996).

El ocio en la atención psiquiátrica hospitalaria actual

Para conocer el papel que el ocio ha tenido en la atención psiquiátrica hospitalaria en las últimas décadas, debemos aproximar-

nos a cuatro fuentes de información, cuatro ámbitos de investigación e intervención que coexisten actualmente en la conceptualización de los trastornos mentales y en la atención a las personas que los padecen y que resultan relevantes para el análisis del ocio. En primer lugar, el modelo de la rehabilitación psiquiátrica (Anthony y Liberman, 1986; Desviat, 1995; Liberman, 1993; Rodríguez, 1997; Talbott, 1995; Watts y Bennet, 1990), que cada vez concede un papel más importante a la necesidad de rehabilitar la esfera del ocio y tiempo libre de las personas con trastornos mentales. Por otro lado, tenemos el paradigma de la calidad de vida, liderado, en nuestro entorno, por la investigación del equipo de Bobes (Bobes, González y Bousoño, 1995). La literatura sobre la terapia ocupacional, profesión con una larga tradición en el entorno psiquiátrico (Katz, 1988) recoge, asimismo, la importancia de la intervención en ocio. Pero también contamos con un marco de referencia e intervención, menos familiar en nuestra realidad hospitalaria y literatura profesional, pero ampliamente desarrollado en los países de Norteamérica. Nos referimos al ya mencionado ocio terapéutico, del que también extraeremos datos y conclusiones. Se revisa a continuación el conocimiento que, desde estas cuatro fuentes, se ha desarrollado sobre el ocio de los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Rehabilitación psiquiátrica

Los modelos de rehabilitación psiquiátrica (Anthony, 1979; Anthony y Liberman, 1986; Desviat, 1995; Liberman, 1993; Rebollo, 1997; Rodríguez, 1997; Talbott, 1995; Watts y Bennet, 1990) siempre han tenido en cuenta la esfera del ocio como un área de capital importancia para la plena reinserción social. La ampliación del concepto de rehabilitación a la rehabilitación integral ha favorecido la inclusión del ocio en los programas. Entre otros fenómenos, el movimiento de vida independiente fomentó esta atención al ocio (Nosek, 1987). Incluso los programas centrados exclusivamente en la rehabilitación vocacional trabajan cuestiones de ocio (Anthony, Cohen y Danley, 1988).

Hoy en día, la mayoría de los centros hospitalarios cuentan con unidades, servicios o programas de rehabilitación que pretenden preparar al paciente para su retorno a la comunidad o ayudarlo a mantener el mejor nivel de funcionamiento y calidad de vida posibles. Los profesionales han desarrollado diversos modelos y programas de rehabilitación cuyo análisis revela un creciente interés por la ocupación del tiempo libre, las habilidades de ocio y la experiencia de satisfacción y disfrute derivada de las actividades que son libremente elegidas. Se remite al lector, por cuestiones de espacio, al análisis de propuestas como las de Donas y Fernández (1997), Roder, Brenner, Keppeler y Linn (1997), Liberman (1993), Otero (1997) y Rebolledo (1997).

Merece, sin embargo, mención especial el trabajo desarrollado por Liberman (1996), quien elabora un módulo concreto de entrenamiento en ocio y recreación, denominado «*Recreation for Leisure Module*», diseñado en la UCLA para pacientes de amplio espectro: psicóticos, neuróticos, trastornos psicósomáticos y otro tipo de trastornos mentales. El programa tiene cuatro áreas de trabajo: identificación de los beneficios de las actividades recreativas, obtención de información sobre actividades recreativas, análisis de los recursos necesarios para realizarlas y evaluación y mantenimiento de la actividad recreativa. Como el resto de los programas diseñados por Liberman, se facilita un manual de entrenamiento, el libro de trabajo para los pacientes y un videocasete. Igualmente, destacamos en el caso español el trabajo realizado por Cendoya, Soledad del Campo y Ruiz-Ortega (1997). Los autores constatan los déficits que el colectivo experimenta en su vivencia de ocio, su escasa motivación para participar en actividades y el grave problema del ocio forzado, como experiencia negativa. Su trabajo es una de las pocas propuestas en nuestro contexto que discute con detalle cómo intervenir en el ocio y tiempo libre desde el paradigma de la rehabilitación. Presentan un programa que incluye un plan individualizado de rehabilitación en el que, a través de una serie de módulos, se trabajan de manera pormenorizada los déficits del sujeto. Informan de los diversos beneficios que esta intervención tiene en los pacientes, incluida la disminución de la sintomatología.

Calidad de vida

La calidad de vida se ha convertido en uno de los objetivos más importantes de los programas en la atención psiquiátrica actual y su evaluación se utiliza en la toma de decisiones respecto a programas individualizados, como indicador de resultados de tratamiento. (Lucas y cols., 1997). El análisis que hacen Bobes, González y Bousoño (1995) sobre la investigación actual y las herramientas disponibles para medir la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia muestra claramente cómo el ocio es un elemento central de la definición de calidad de vida, desde el abordaje tanto sociológico como psicosocial del constructo. De hecho, una revisión somera del contenido de las principales escalas de evaluación de la calidad de vida en este colectivo demuestra la presencia, en todas las escalas principales presentadas en la obra de Bobes y cols. (1995), de puntos referentes al ocio en sus más variadas manifestaciones.

La mayoría de las investigaciones sobre la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves se centran en pacientes ambulatorios. Estos datos se revisan en profundidad en otro capítulo de este libro. Sin embargo, queremos mencionar en esta revisión algunos realizados con pacientes hospitalarios.

Estos escasos estudios sobre la calidad de vida en el entorno hospitalario hablan del denominado síndrome institucional de los pacientes esquizofrénicos crónicos hospitalizados, que incluye, entre otras cosas, la pérdida de intereses recreativos, el aislamiento social, etc. Se apunta que, entre otros factores, tiene que ver con la existencia de un ocio forzado en el entorno hospitalario (Barcia, Galiana, López y Ruiz, 1985). Los datos revelan una escasa participación en actividades de ocio (Barry y Crosby, 1996), una peor calidad de ocio en función de los años de evolución del trastorno (Borgoños, Morcillo y Barcia, 1995), así como una menor calidad de vida en los aspectos relativos al acceso a la información y al ocio en estos pacientes frente a los pacientes ambulatorios (Lucas y cols., 1997). También se ha visto que la importancia subjetiva del ocio es menor en estos pacientes que en sus familiares (Lucas y cols., 1997). Hay, por otra parte, varios estudios que analizan el efecto de diversos medicamentos y programas terapéuticos en la

calidad de vida de los pacientes, constatándose la baja calidad de vida inicial y la mejoría en diversos aspectos de la calidad de vida, incluidas las conductas de ocio, como resultado de la medicación (Franz, Pluddemann y Gallhofer, 1997; Meltzer, Burnett, Bastani y Ramírez, 1990) o de la medicación y la participación en un tratamiento psicosocial que incluía una intervención en ocio (Rosenheck y cols., 1998).

Terapia ocupacional

Otra fuente de información para conocer la realidad del ocio en la atención psiquiátrica hospitalaria es la literatura sobre la terapia ocupacional. Aunque la conceptualización del objetivo y procedimientos de la terapia ocupacional ha evolucionado a lo largo del tiempo (Christiansen, 1991b; Davidson, 1991), estando en el pasado mucho más orientada a los aspectos médicos y posteriormente laborales, siempre se ha interesado por el ocio de los pacientes. MacDonald (1979) incluye entre las actividades que realiza la terapia ocupacional aquellas que enriquezcan las relaciones sociales e interpersonales, enumerando entre ellas el baile, la cocina, la jardinería, el cuidado de las flores, el teatro dramático, la sombrerería de señora, etc. Igualmente destaca las actividades destinadas a favorecer la expresividad personal y el empleo creativo del tiempo libre, incluyendo actividades como la música, la pintura o alguna labor de artesanía, la fotografía, la jardinería, la marquetería, el billar, el teatro, el coleccionismo de sellos, etc.

La literatura actual (Christiansen, 1991a, 1991b), centrada en un concepto muy amplio de ocupación, defiende que el ocio es un ámbito propio de estos profesionales al ser una conducta más de la vida diaria. De hecho, la definición que plantea la Asociación Americana de Terapia Ocupacional incluye el desarrollo de habilidades lúdicas y capacidades de ocio (Christiansen, 1991a) y entiende que la terapia ocupacional es el uso terapéutico de actividades de auto-cuidado, trabajo y ocio para aumentar el funcionamiento independiente, el desarrollo y prevenir la discapacidad. Así, encontramos que los especialistas en terapia ocupacional se han venido ocupando de las actividades de ocio de los pacientes psiquiátricos (Christian-

sen, 1991a; Hoehn, 1988; Katz, 1988; Trevan-Hawke, 1988), pero desde un paradigma diferente al que mayoritariamente defiende la disciplina del ocio terapéutico. De hecho, salvo raras excepciones (Witman y Lee, 1988), han sido dos profesiones encontradas y en constante enfrentamiento respecto a sus competencias.

Ocio terapéutico

El inicio de la disciplina del ocio terapéutico estuvo marcado por la atención a los pacientes psiquiátricos (O'Morrow y Reynolds, 1989), como uno de los colectivos principales de intervención y, en la actualidad, prácticamente todos los centros psiquiátricos de Estados Unidos cuentan con un especialista en ocio terapéutico como parte del equipo multidisciplinar de atención (Corrigan, Liberman y Wong, 1993). Sin embargo, los estudios sobre la naturaleza y tipo de servicios ofrecidos en los centros psiquiátricos no abundan, aunque sí existen varias propuestas sobre diferentes modelos de intervención (Gorbeña, 2000).

Son algo más numerosas las investigaciones que se centran en el impacto de los programas de ocio, aunque su naturaleza es, en general, descriptiva y bastante pobre (Corrigan y cols., 1993; Levitt, 1991). Así por ejemplo, existe cierta evidencia de que las intervenciones en ocio terapéutico mejoran diferentes aspectos de la conducta adaptativa de pacientes esquizofrénicos y disminuyen las conductas desadaptativas (Corrigan y cols., 1993; Finnell, Card y Menditto, 1997; Li, 1981; Pestle, Card y Menditto, 1998; Morris, Card y Menditto, 1999; Wong y cols., 1987; Wong, Wright, Terranova, Bowen y Zarate, 1988). También se ha documentado el efecto positivo de los programas al aire libre, de campamentos o aventuras (Jerstad y Stelzer, 1973; Kelley, 1993; Witman y Preskenis, 1996). Algunos estudios, sin embargo, no han encontrado, en pacientes psicogeriatricos, efectos positivos de los programas que implicaban el uso de equipamientos comunitarios de ocio (Kelly, McNally y Chambliss, 1983).

Existen varios estudios centrados en los trastornos depresivos que apuntan la baja tasa de participación de estos pacientes en actividades de ocio (Iso-Ahola y Mobily, 1982) y la mejora en la sintomatología gracias a la participación en actividades de ocio, espe-

cialmente de tipo deportivo (Greist y cols., 1979; Lewinsohn y Graf, 1973; Shank, Kinney y Coyle, 1993; Wassmann e Iso-Ahola, 1985) aunque también se ha advertido de su posible efecto nocivo o ineficacia como forma de tratamiento (Corrigan y cols., 1993; Greist y cols., 1979; Levitt, 1991; Ouellet, 1995).

Finalmente, algunos estudios analizan los niveles de participación y disfrute de los pacientes, documentando altos grados de disfrute vinculados a los programas de ocio frente a los de terapia ocupacional, grupal o rehabilitación vocacional (Wallace y Mlott, 1983), o el mayor impacto en pacientes con un alto nivel de regresión y desvinculación social de los programas que incluían una intervención en ocio y un programa de motivación frente a los que sólo utilizaban la motivación y un grupo social (Beal, Duckro, Ellias y Hecht, 1977).

Aunque toda la información sobre el ocio terapéutico proviene de los países de Norteamérica, hay una notable excepción: el trabajo de Larrínaga y cols. (1992, 1995, 1996, 1997), que incorporan la educación del ocio al tratamiento de pacientes psicóticos. Dado que la situación del ocio terapéutico es diferente en nuestro país, Larrínaga, adaptando diferentes modelos (Mundy, 1998; Peterson y Gunn, 1984; Stumbo y Thompson, 1986, 1992), elabora un programa que persigue tomar conciencia de la importancia que tiene el ocio en la vida del paciente, dotar de conocimientos básicos en habilidades sociales para poder realizar actividades de ocio, conocer los diferentes tipos de recursos e instaurar en la vida del paciente la práctica de conductas y hábitos de ocio. En este momento, Larrínaga ha incorporado al programa de educación de ocio un tipo de orientación personal («*counseling de ocio*») con objeto de orientar y reforzar los hábitos y las conductas de ocio cuando los pacientes vuelven a la comunidad de origen.

Conclusión

Hay, por supuesto, interesantes propuestas que, aunando varios de los paradigmas mencionados anteriormente, desarrollan un modelo conceptual de intervención en ocio con pacientes psiquiátricos. Un interesante ejemplo es el trabajo de Shank expuesto en el capítulo anterior o en Shank, Coyle y Kinney (1996).

Para finalizar esta revisión y aunque no se ha mencionado como una de las cuatro fuentes de información, no queremos dejar de constatar la enorme tradición y el papel que muchas actividades de ocio han tenido en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Nos estamos refiriendo a la utilización de las artes, especialmente las artes plásticas y más concretamente la pintura y el dibujo, así como las artes expresivas como el teatro y la danza. Su propósito claramente diagnóstico (i.e. las denominadas técnicas proyectivas) o terapéutico (i.e. psicodrama, musicoterapia, psicodanza, etc.) hace que queden fuera de la esfera de nuestro interés en este trabajo. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar el trabajo de psiquiatras como Navratil (1991), que, sin proponerse conscientemente abordar la problemática del ocio, han dado una inusual, creativa y magnífica respuesta al ocio de sus pacientes. La colección de Arte Bruto es la mejor muestra de ello.

En suma, el ocio ha formado desde siempre parte de la vida de los hospitales psiquiátricos, tal y como forma parte de la vida de todos los seres humanos. Desde la antigüedad se han defendido sus beneficios y bondades y diferentes disciplinas han hecho suya la preocupación por responder a esta esfera de la vida de los pacientes. Sin embargo, como afirma Westland (1992), parece que todavía falta que los profesionales del ocio y la salud mental se convengan unos a otros de lo que tienen que ofrecerse mutuamente. De hecho, la guía de tratamiento de la esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (1997) muestra que todavía, desde el estamento psiquiátrico, no se propone una intervención articulada o atención sistemática al ocio del paciente psiquiátrico hospitalario. Para iniciar esa tarea es necesario conocer la realidad actual a la que nos enfrentamos. Ese es el objetivo del estudio que aparece a continuación.

Metodología

Participantes

Con objeto de conocer la realidad del ocio en los hospitales psiquiátricos, se decidió llevar a cabo un estudio con todos los hospi-

tales psiquiátricos con una capacidad de 50 o más camas. De los 72 hospitales identificados (Guía Puntex, 1996), 30 respondieron a la encuesta, por lo que la muestra representó un 39% del total de hospitales, porcentaje alto si se tiene en cuenta la habitual tasa de respuestas en las investigaciones que utilizan el cuestionario por correo. Un hospital contestó diciendo que no disponía de servicios de ocio, y otro, que envió la encuesta, resultó tener una capacidad actual inferior a las 50 camas, por lo que tuvo que ser eliminado de la muestra. Desde el punto de vista del número de camas, de 20.628 camas estatales en hospitales de esta capacidad, los hospitales que respondieron al cuestionario suman un total de 9.539 camas, lo que representó un 46% del total de camas; una vez más, cifra significativa en este tipo de estudios.

Respecto a la representatividad debida a la titularidad de los hospitales, exactamente la mitad eran públicos y la mitad privados, siendo éstos, todos menos uno, de las Hermanas Hospitalarias y de los Hermanos de San Juan de Dios. Se quiso también tener en cuenta el género de la población hospitalaria, resultando que 22 hospitales eran de hombres y mujeres, cuatro principalmente de mujeres y dos principalmente de hombres.

En cuanto a la zona geográfica, la tabla 1 muestra que siete comunidades autónomas no estaban representadas; por el contrario, se contó con la información de todos los centros psiquiátricos de Baleares, Navarra y el País Vasco.

La mayoría de los hospitales, tal y como figura en la tabla 2, tenían unidades de larga estancia (26) y unidades de psicogeriatría (23). También un importante número de hospitales tenía unidades de media estancia (18) y corta estancia (16) y en menor medida, tan sólo 9 hospitales, contaban con unidades de retraso mental. Si analizamos el número de camas en función del sexo y la edad de los pacientes, observamos que en las unidades de larga estancia había una media de 139 camas (con un rango de 12-624), de las cuales 73 eran para mujeres, el 55% de las camas, y 65 para hombres, el 45% del total. La media de edad en estas unidades era de 55 años (con un rango de 38-65 años). En las unidades de media estancia había un promedio de 51 camas (con un rango de 20-151), el 42% para mujeres y el 58% para hombres, con una media de edad de 41 años (con un rango de 30-56 años). En cuanto a las unidades de psicoge-

riatría, había una media de 104 camas (con un rango de 20-354), de las cuales 58 eran para mujeres, representando un 54%, y 47 para hombres, un 46% del total. La media de edad en estas unidades era de 73 años (con un rango de 67-81 años).

Tabla 1

Distribución de la muestra por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	Total de hospitales	Hospitales estudiados
Andalucía	4	2
Aragón	5	2
Asturias	1	0
Baleares	1	1
Canarias	3	0
Cantabria	2	1
Castilla-La Mancha	3	0
Castilla-León	7	3
Cataluña	14	5
Extremadura	2	0
Galicia	5	0
La Rioja	1	0
Madrid	9	2
Murcia	1	0
Navarra	3	3
Valencia	4	2
País Vasco	7	7
Totales	72	28

Como se puede apreciar en la tabla 2, se registraron sólo 5 tipos de unidades, que representaban la inmensa mayoría de las camas, aunque muchos hospitales contaban con otro tipo de unidades y servicios como, por ejemplo, unidades de rehabilitación, de adolescentes, para desintoxicación, de daño cerebral, además de programas como hospitales de día, pisos, atención ambulatoria, etc. Los datos relativos a las unidades de corta estancia fueron difíciles de computar, ya que en muchos caso el criterio de la corta estancia va-

riaba, y por eso no figuran desglosados por género, ya que muchos hospitales no los suministraron. Merece destacarse que todavía existen en los hospitales psiquiátricos las llamadas unidades de retraso mental (9 hospitales). Los datos revelaron que se trata de hospitales privados, en su mayoría pertenecientes a las órdenes de las Hermanas Hospitalarias y los Hermanos de San Juan de Dios, centros con una larga trayectoria en la atención psiquiátrica en nuestro país.

Tabla 2

Descripción de los centros hospitalarios estudiados

Unidad	Hospitales	Media y rango de camas	Media, % y rango de mujeres	Media, % y rango de hombres	Media y rango de edad
Larga estancia	26	139 (12-624)	73 55% (2-562)	65 45% (3-325)	55 (38-65)
Media estancia	18	51 (20-151)	22 42% (6-91)	29 58% (2-128)	41 (30-56)
Corta estancia	16	58 (15-149)			37 (35-45)
Psicogeriatría	23	104 (20-354)	58 54% (4-157)	47 46% (7-307)	73 (67-81)
Retraso mental	9	113 (26-255)	58 (51%) (12-164)	55 49% (14-255)	47 (25-61)

En suma, el estudio analizó 28 hospitales psiquiátricos estatales, públicos y privados, de diversas comunidades autónomas, con capacidad que oscila entre las 50 y las 1.015 camas que cuentan, con una proporción similar de hombres y mujeres, de una edad media de 37 y 41 años en las unidades de corta y media estancia respectivamente, de 55 años en larga estancia y de 73 años en las llamadas unidades de psicogeriatría.

Herramientas

Para realizar el estudio se tuvo que partir prácticamente de cero, debido a que no se contaba con herramientas apropiadas o adaptables de estudios realizados previamente. Se diseñó un cuestionario específico para que cumpliera con los objetivos propuestos por la investigación. En este instrumento colaboraron, además de los autores, profesionales de la psiquiatría y los estudios de ocio.

El resultado fue un cuestionario que pretendía, por una parte, recoger de forma sistemática y objetiva la realidad del ocio en los hospitales psiquiátricos y, por otra, conocer la opinión de los profesionales sobre la importancia del ocio en estos centros.

El cuestionario, presentado con una introducción que explicaba el estudio y sus objetivos, garantizaba la confidencialidad y detallaba el procedimiento para cumplimentarlo, tenía los siguientes apartados:

- *Descripción del hospital.* En este apartado se buscaba conocer las diferentes unidades de que disponía el hospital, así como el número de camas, género de los pacientes y edad media.
- *Infraestructura y equipamiento para el ocio.* Se pretendía obtener la mayor información posible sobre la infraestructura para los programas y actividades de ocio, dentro y fuera del hospital. Para ello se presentaron preguntas cerradas y un listado donde se debía indicar si contaban con diversas infraestructuras hospitalarias para el ocio, su número y su capacidad. Igualmente se preguntó sobre la utilización que hacían de las infraestructuras del ámbito comunitario.
- *Actividades de ocio, animación sociocultural y/o tiempo libre.* Este apartado tenía como objetivo conocer las actividades de ocio y tiempo libre que realizaban los pacientes de forma periódica, tanto dentro como fuera del hospital. Tenía primero una pregunta para conocer si contaban con un servicio de ocio estructurado. A continuación, presentaba dos listas de actividades de ocio y tiempo libre que podían realizar los pacientes, una para actividades en el hospital y otra para actividades en la comunidad. Se recordaba que estas actividades tenían que ser

organizadas como actividades de ocio, contando con la voluntariedad y la libre elección del paciente a la hora de asistir a las mismas. Se recogió información sobre su existencia, periodicidad y tipo de pacientes a quienes iban dirigidas.

- *Recursos humanos y económicos para el ocio.* En este epígrafe se quería conocer el tipo de profesional que lleva a cabo las actividades de ocio, su formación académica, categoría laboral y dedicación horaria. También se preguntó sobre la existencia de voluntariado, su dedicación y las tareas y actividades que realizaba. Finalmente, se incluía una pregunta sobre el presupuesto anual asignado al ocio y al tiempo libre.
- *Valoración sobre la función que tienen las actividades de ocio y tiempo libre en el hospital.* El cuestionario concluía con una pregunta abierta destinada a recoger la percepción del responsable sobre este aspecto.

Procedimiento

Una vez elaborado el cuestionario y revisado por varios expertos en el ámbito hospitalario y de ocio, se realizó una primera lista de hospitales psiquiátricos tomando como referencia la Guía Puntex de 1996. Se estableció un primer contacto con cada uno de los centros con objeto de comprobar sus características para ser incluido en el estudio e identificar al profesional que cumplimentaría el cuestionario. Este fue enviado por correo junto con una carta de presentación. Al cabo de 2 y 4 meses, se realizó un seguimiento telefónico para intentar recabar la participación en el estudio del mayor número posible de hospitales. El resultado fue 28 cuestionarios válidos que fueron utilizados para los análisis que se detallan a continuación.

Resultados

El primer dato solicitado hacía referencia a la existencia o no de un servicio de ocio, tiempo libre o animación. El 52% de los hospitales señalaron que contaban con dicho servicio, un 38% no dispo-

nían de él y dos hospitales no contestaron. En estos dos últimos casos, a pesar de no considerarlo como servicio estructurado, los datos posteriores revelaron que sí prestaban servicios de ocio de manera sistemática y organizada.

Se presentan los resultados agrupados de la siguiente manera: oferta de actividades de los centros hospitalarios y sus destinatarios, recursos para el ocio, y percepción de los profesionales sobre la función que desempeña el ocio en el hospital.

Oferta de actividades y destinatarios

El primer tipo de actividades analizadas es las que definimos como de carácter grupal y de naturaleza principalmente cultural, es decir, actividades que suelen llevarse a cabo de manera estructurada, del tipo de talleres, en grupos más o menos estables. La tabla 3 muestra el número de hospitales (sobre un total de 28) que ofrecían cada tipo de actividad. Como puede verse, las actividades más frecuentes eran la pintura, la cerámica y las actividades relacionadas con la lectura y la actualidad.

Tabla 3

Oferta de actividades culturales grupales

Actividad	N.º hospitales
Pintura	19
Cerámica	12
Revista, periódico, grupo actualidad, lectura.	9
Teatro	6
Baile	6
Marquetería	6
Otras manualidades, labores, etc.	6
Coral	5
Música	5
Cocina	5
Jardinería/agricultura.	4
Fiestas, disfraces	4
Escultura	3
Educación de adultos.	3

En general, se trataba de actividades a las que accedía un número elevado de pacientes y que tenían lugar con una periodicidad semanal, excepto el baile y la coral, que se reunían con menor frecuencia. Eran también, como casi todas las que se analizan posteriormente, actividades abiertas a todas las unidades hospitalarias, aunque en algunos casos se ofrecían en las propias unidades y, por tanto, los pacientes no disfrutaban conjuntamente de ellas.

Se analizaron también las actividades vinculadas a estos grupos estables en las que los pacientes fueran los protagonistas: exposiciones de su trabajo, conciertos y bailes. El 86% de los hospitales organizaba exposiciones del trabajo de los talleres, y un 61% y un 39% respectivamente, bailes y conciertos protagonizados por los pacientes. Como era de esperar, eran actividades que se celebraban con una periodicidad anual, en muchos casos parece que coincidiendo con festividades.

Un segundo bloque de actividades dentro del hospital hacía referencia a eventos culturales en los que vienen personas del exterior: conciertos, coros, teatro, grupos regionales y también charlas informativas. Como puede verse en la tabla 4, más de un tercio (36%) de los hospitales tenían estas actividades en su programación y oferta de ocio, pero con escasa regularidad y vinculadas más al ocio festivo y extraordinario. Las que eran algo más periódicas eran las charlas informativas, que en muchos casos parece ser que las impartía el propio personal hospitalario.

Tabla 4

Oferta de actividades culturales externas

Actividad	N.º hospitales
Coros	12
Conciertos	11
Folklore	10
Charlas informativas	10
Teatro	7

Otro tipo de actividades analizadas fueron las de carácter deportivo, que incluían deporte en equipo, gimnasia, expresión cor-

poral, natación y otras. Los datos revelan, tal como muestra la tabla 5, que algunos hospitales ofrecían de forma sistemática este tipo de actividades, bien usando la propia infraestructura hospitalaria, bien la del entorno comunitario (el 36% de los hospitales). El problema al interpretar estos datos es que no sabemos hasta qué punto eran actividades de ocio voluntarias, o eran parte de los programas de rehabilitación y fisioterapia, y por tanto obligatorias, perdiendo así la esencia del deporte y la actividad física como ocio.

Tabla 5
Oferta de actividades deportivas

Actividad	N.º hospitales
Deporte en equipo	13
Gimnasia	19
Expresión corporal	9
Natación	9
Otras	4

Finalmente, no podíamos obviar las actividades de tipo recreativo como los juegos, cartas, pasatiempos, cine, televisión y baile. La tabla 6 muestra los datos. Como no podía ser de otra forma, televisión sí, 7 días a la semana, 365 días al año. Lo mismo sucedía con los juegos de mesa, cine y vídeo, que se ofrecían semanalmente, en la mayoría de las ocasiones durante el fin de semana. Los bailes (no se refiere a los grupos de baile de pacientes reflejados anteriormente ni a las exhibiciones que hacen) también eran comunes en muchos hospitales, aunque tendían a organizarse 2 ó 3 veces al año con motivo de las festividades.

También era importante estudiar la dimensión cultural, recreativa y turística del ocio. Veamos estos datos teniendo en cuenta que se referían a actividades que solían realizarse de forma trimestral o anual y en pequeños grupos de entre 10 y máximo 25 ó 30 pacientes. Las salidas a museos y exposiciones de diversa naturaleza eran relativamente frecuentes (39% y 54% de los hospitales

respectivamente), así como al cine (36%) y a actos festivos de la comunidad (54%). Sin embargo, las salidas a bibliotecas, cursillos, teatros o conciertos eran muy escasas. Lo que sí parece que se ha consolidado ya como una oferta hospitalaria es las excursiones y las vacaciones (82 y 57% respectivamente).

Tabla 6
Oferta de actividades recreativas

Actividad	N.º hospitales
Televisión	28
Cine, vídeo	23
Juegos de mesa	23
Baile	17

Recursos para el ocio

En las siguientes líneas vamos a presentar el conjunto de recursos (equipamientos, recursos humanos y económicos) que tenían los hospitales estudiados para las actividades de ocio que organizaban.

Equipamientos

En cuanto a la infraestructura para el ocio, tanto la hospitalaria como la comunitaria, la mayoría de los hospitales contaban con un equipamiento más que razonable donde llevar a cabo diversas actividades. La tabla 7 resume los datos más significativos. Como puede observarse, la mayoría de los hospitales disponía de espacios al aire libre, salas de talleres, bibliotecas —aparentemente pequeñas— y cafetería. También era elevado (un 64%) el porcentaje de centros que contaban con salas de juegos y áreas deportivas. Más de la mitad de los hospitales disponían de amplios salones de actos e incluso una cuarta parte de ellos contaba con piscina. Se desconoce el volumen de recursos materiales tales como la dotación de las

bibliotecas, videoteca, material audiovisual, material para los diversos talleres, etc. Un hospital mencionó la existencia de un servicio de préstamos de materiales como libros, discos compactos, cintas, etc.

Tabla 7
Infraestructura para el ocio

Infraestructura	Hospitales y porcentaje	Cantidad media y rango	Capacidad media y rango
Salón de actos	16 57%	1,4 (1-4)	245 personas
Salas de talleres	25 89%	2,9 (1-15)	105 por hospital en varias salas
Cafetería	21 75%	1 (1-2)	67 personas (20-200)
Gimnasio	21 75%	1 (1-2)	33 personas (10-75)
Áreas deportivas	18 64%	Variable	Canchas Pistas
Piscina	7 25%	1	—
Biblioteca	21 5%	1 (1-3)	25 personas (10-50)
Sala de juegos	18 64%	(1-12)	Variable
Espacios al aire libre del propio hospital	27 96%		4.000 150.000 m ²
Aulas de cultura, centros cívicos de la comunidad	8 29%	—	—
Instalaciones deportivas comunitarias	10 36%	—	—
Espacios recreativos comunitarios	13 46%	—	—

Con respecto a la infraestructura comunitaria utilizada por el hospital para el ocio, los datos, en general, revelaban una creciente aunque todavía escasa utilización de la comunidad y, por tanto, una pobre inserción en el entorno social del hospital. Como puede verse, lo que más utilizaban los hospitales, el 46% de ellos, eran espacios de tipo recreativo, es decir, paseos, jardines, parques, hostelería, cine, etc., equipamientos que se utilizaban en las excursiones y salidas, espacios en los que uno no se integra en una actividad, sino que básicamente utiliza, a diferencia de lo que implicaría el uso de otro tipo de equipamientos como las aulas de cultura o los centros cívicos. Sí se daba una cierta utilización de las piscinas comunitarias.

Recursos humanos

En este apartado se preguntó sobre la existencia de un responsable de ocio, su dedicación y perfil formativo, así como de otros profesionales dedicados a esta actividad. Existían dos hospitales que no contaban con personal para el ocio a ningún nivel, ni monitores, auxiliares, voluntarios, etc. Por el contrario, había cuatro bien dotados con responsables específicos de ocio, monitores, ayudantes y voluntarios.

Aunque de los 28 hospitales estudiados había 18 que tenían designado a un responsable del ocio, sólo 8 lo tenían contratado exclusivamente para esta labor. En los otros 10 casos, los profesionales dedicaban una media del 33% de su jornada laboral (entre un 10% y un 75% de la jornada) a la gestión y organización de actividades de ocio. En el resto de los casos (10 hospitales) existía algún profesional que, de forma voluntaria y sin que formara parte del perfil de su puesto de trabajo, se implicaba en la organización de actividades de ocio del hospital. En general, estos profesionales tenían, principalmente, una formación académica de nivel de diplomatura y una categoría laboral de técnico medio, aunque también había casos de técnicos superiores y auxiliares.

Existían también otros profesionales que prestaban servicios de ocio en los hospitales, especialmente monitores (14 hospitales) y auxiliares clínicos, psiquiátricos o de enfermería (7 hospitales),

pero también estaban implicados en estas tareas terapeutas ocupacionales (6 hospitales), fisioterapeutas y otros especialistas (8 hospitales) como personal de rehabilitación, educadores, trabajadores sociales, etc.

Finalmente, un 54% de los hospitales se servía del voluntariado para las actividades de ocio, especialmente para las relacionadas con las salidas, las actividades festivas y los juegos, es decir, labores de acompañamiento en actividades de ocio. En casi todos los hospitales los voluntarios asistían con una periodicidad semanal, entre 2 y 10 horas a la semana. Había unos 5 hospitales que tenían un servicio de voluntariado estructurado, ya que contaban con entre 20 y 75 personas colaborando desinteresadamente en las actividades. En el resto, el número de voluntarios disponibles oscilaba entre una y 12 personas.

Recursos económicos

Un 21% de los hospitales no contestó a esta pregunta, sin que sea posible conocer o deducir los motivos.

Tabla 8
Presupuesto destinado al ocio

Cantidad	Hospitales
No sabe, no contesta	6
Menos de 500.000 ptas.	9
Entre 500.000 ptas. y 1.000.000	2
Entre 1.000.000 y 1.500.000	4
Más de 1.500.000	7

Respecto al resto de los hospitales, los datos eran muy variables, por lo que no se pudo hablar de una dotación económica media. Se presentaban perfiles extremos, es decir, o bien se invertía una cantidad reducida, dada la capacidad de camas de la mayoría de los centros (en un 32% de los hospitales), o se invertía una cantidad significativa: un 25% invertía más de millón y me-

dio de pesetas, llegándose en algún caso a los 5 millones y medio de pesetas.

Percepción de los profesionales del papel del ocio

Finalmente se preguntó, de forma abierta, la función que se creía tenía el ocio en el hospital. De los 28 hospitales que enviaron el cuestionario, 22 respondieron a esta cuestión. Un análisis de contenidos de sus respuestas revela lo siguiente: se entendía que la principal función de las actividades de ocio era rehabilitadora, al igual que el resto de los programas incluidos en los servicios de rehabilitación. Para algunos tenía también una función preventiva y compensadora, bien del deterioro, bien como herramienta que ayuda a paliar los efectos de la hospitalización prolongada, o bien como alternativa ocupacional para los pacientes.

La siguiente función destacada por los profesionales hacía referencia a la dimensión social del ocio: el ocio mejoraba la competencia psicosocial, fomentaba la comunicación y las relaciones interpersonales. También era, para algunos, una herramienta importante para mantener o propiciar el contacto con la comunidad y por tanto la integración.

Algunos profesionales entendían las actividades de ocio como fin en sí mismas, como elemento clave para la mejora de la calidad de vida, desarrollo de la dimensión lúdica de la persona, ejercicio de la libertad de elección, fuente de estimulación y disfrute.

Finalmente, en un caso se destacó su valor como herramienta diagnóstica, y tres hospitales, debido a la falta de recursos, señalaban que, aunque consideraban importantes las actividades de ocio e intentaban ofrecerlas, su carencia hacía que ni ellos ni el resto del hospital llegaran a ser conscientes de las funciones que pudiera tener el ocio en la vida de los pacientes y del hospital como institución. Para terminar, muchos profesionales aprovecharon este apartado para manifestar su interés en el desarrollo de programas y servicios de ocio.

Conclusiones

El estudio que se presenta en estas páginas constituye el primer intento de conocer la realidad de los programas y servicios de ocio

en los hospitales psiquiátricos españoles. A pesar de la elevada tasa de respuestas obtenida (los datos se refieren al 46% del total de camas psiquiátricas en hospitales de más de 50 camas), los datos deben ser generalizados con cierta cautela. En primer lugar, es difícil hacer conjeturas sobre las razones por las que el 54% de las instituciones no respondieron al cuestionario. Aparte de las razones propias de esta metodología, un elemento a tener en cuenta es que no contaran con una oferta de ocio o que no tuvieran la información sistematizada. Esto nos hace pensar que la presencia y relevancia del ocio en la totalidad de los hospitales psiquiátricos pudiera ser inferior a la que aquí se muestra. Respecto a la representatividad de los hospitales incluidos en el estudio, en función de la comunidad autónoma y la titularidad, se debe mencionar que los datos parecen sesgados en dos aspectos: han enviado sus respuestas los hospitales, en general, de zonas cercanas o del mismo ámbito de influencia y también, en proporción superior, los hospitales que pertenecen a la red de las Hermanas Hospitalarias o Hermanos de San Juan de Dios, uno de cuyos hospitales promovió esta investigación.

Por lo que respecta a los resultados obtenidos, en general, se puede afirmar que el ocio está presente en todos los centros. Salvo excepciones, la realidad es bastante modesta. Los programas se reducen prácticamente a lo siguiente:

- Celebraciones festivas de carácter anual, donde se organizan bailes y conciertos de música, teatro, coros o actuaciones de carácter regional o folclórico, siguiendo lo que ya parece ser una tradición centenaria en casi todos los hospitales, pero, en muchos casos, más por la inercia de la tradición que por planteamientos y modelos de intervención avalados por la investigación y la experiencia clínica.
- Organización o facilitación de las actividades lúdicas, a través de los juegos clásicos de mesa (parchís, dominó, damas, oca y cartas), como actividades que ayudan a ocupar el tiempo, actividades típicas en este tipo de instituciones, ofertadas muchas veces sin tener en cuenta los intereses reales de los pacientes.
- Ver la televisión, como recurso para «matar el tiempo», especialmente durante los fines de semana, en los que disminuye

la oferta de las otras actividades y servicios hospitalarios. Ver la televisión, como la ve un alto porcentaje de la población general (Kubey y Csikszentmihalyi, 1990). En un entorno cuya mera existencia viene determinada por el intento de restablecer la salud de los pacientes no debería operar la creencia, generalizada en la población, de que el tiempo libre se llenará de forma espontánea en actividades placenteras sin tener que trabajar por ello ni desarrollar determinadas destrezas (Csikszentmihalyi, 1994, p. 37).

- Realización de actividades deportivas como gimnasia y natación, aunque muchas de ellas parece que se organizan más según los planteamientos de rehabilitación psiquiátrica que según los de ocio deportivo.
- Organización de actividades de carácter artístico como la pintura, cerámica, marquetería, e incluso alguna que tiene que ver con la música y el teatro. Respecto a la pintura, merece la pena destacar que su presencia como oferta de ocio en los hospitales psiquiátricos tal vez esté más relacionada con la tradición psicodiagnóstica y psicoterapéutica de utilizar el dibujo y la expresión artística en el ámbito de la salud mental, que con una preferencia por esta actividad de ocio que, sin duda, resultaría estadísticamente significativa con respecto a la población general. Hecho que lleva a cuestionarse si la organización de actividades se hace teniendo en cuenta los intereses y preferencias de los pacientes, su repertorio de destrezas y habilidades de ocio y su historia previa de actividades.
- Organización de salidas, excursiones y vacaciones, como vía de conexión, contacto, relación y disfrute de los pacientes. Uno no puede dejar de pensar que estas actividades de ocio son, posiblemente, la única oportunidad que un paciente psiquiátrico tiene de salir del centro hospitalario y mantener o renovar su contacto con la comunidad, así como de poner en práctica muchas de las habilidades que se trabajan en las unidades de rehabilitación.

Un aspecto estudiado al preguntar sobre las actividades era las unidades a las que iban destinadas. Como se recordará, en general,

las actividades están abiertas a todos los pacientes del hospital, aunque en algunos casos sí se detalla que van dirigidas a unidades concretas. Esto tiene sus vertientes positiva y negativa. El lado positivo hace referencia a que incluso a las personas que van a estar unos días ingresadas se les ofrecen actividades de ocio, lo cual es muy importante para un colectivo que de repente se encuentra confinado en un lugar desconocido, en el que va a estar poco tiempo y es ideal que no se abandonen los hábitos de ocio y el estilo de vida del paciente. Pero el que se indique que la actividad está abierta a todo el hospital nos hace pensar que no hay, en muchos casos, una oferta diferenciada en función del tipo de paciente. Los servicios de ocio, si queremos que tengan efectos terapéuticos, deben estar bien planificados en función de los diferentes usuarios, la evolución de su trastorno y el programa de tratamiento individualizado que tenga.

Los hospitales cuentan con una dotación de infraestructuras muy aceptable, en la mayoría de los casos. Al contrastar las actividades que se realizan con los equipamientos que se tienen, destaca la infrautilización de los espacios al aire libre, que poseen un enorme potencial terapéutico (Banaka y Young, 1985; Kelley, 1993). La situación en cuanto a los recursos humanos y económicos es más precaria y revela el enorme esfuerzo que los profesionales que creen en el valor e importancia del ocio están realizando, incluso sin ser tareas incluidas en su perfil laboral. Sería necesario que los hospitales comenzaran a definir este perfil y a dotar a sus centros de responsables que, trabajando en los equipos multidisciplinares, aporten un conocimiento profesional del ocio y sepan cómo gestionarlo adecuadamente. Sahffer, director de un hospital psiquiátrico, para recalcar la importancia del profesional de ocio afirmaba que «casi cualquiera puede desarrollar una situación divertida o de entretenimiento. Sólo el profesional puede y debe tener un impacto terapéutico» (Briggs y Sahffer, 1971, p. 41). En la misma línea, el informe de 1992 del Ararteko (defensor del pueblo) sobre los hospitales psiquiátricos de la Comunidad Autónoma del País Vasco concluía que el sistema, en los programas de rehabilitación, «apenas cuenta con expertos provenientes de áreas especializadas, como... animadores de tiempo libre» (Ararteko, 1992, p.130).

El aspecto que merece mayor reflexión es la pluralidad de visiones que muestran los profesionales encuestados. El abanico de respuestas ofrecidas refleja claramente la situación descrita en la revisión bibliográfica de este trabajo. Parece que todavía no hemos articulado una buena comprensión del papel del ocio en la atención psiquiátrica. Se detectan sus beneficios, pero no se cuenta con un modelo de intervención que explicita una forma sistemática de lograrlos. Por tanto, se ve necesario establecer un modelo teórico y un marco conceptual propio, que puede integrar su intervención dentro de los parámetros de la salud mental. En este modelo tendrán que integrarse conceptos tan importantes como la relación de los programas de ocio con el ocio terapéutico, la rehabilitación psiquiátrica, el bienestar, la calidad de vida, la autonomía y voluntad del paciente, así como los beneficios terapéuticos y su rentabilidad terapéutica. La literatura sobre la conducta y vivencia de ocio de la psicología del ocio es también fundamental (Mannell y Kleiber, 1997).

Los modelos necesarios deberán plantearse si el ocio es un área genuina de atención en la rehabilitación integral del paciente, igual que la esfera laboral o familiar, o es una herramienta para el logro de otros fines. El debate al respecto ha estado siempre presente en la literatura sobre ocio terapéutico (Gorbeña, 2000). Desde nuestro punto de vista, son especialmente importantes los programas de educación del ocio que ayudan a clarificar los propios valores y actitudes en torno al ocio, lo que conlleva un cambio de pautas de conducta de ocio y un incremento del disfrute y la satisfacción vital derivada del ocio (Larrínaga y cols., 1996; Mahon, Bullock, Luken y Martens, 1996).

Finalmente, uno de los aspectos más importantes hace referencia a la necesidad de sistematización e investigación. En este estudio hemos constatado la dificultad que tienen los profesionales para facilitar los datos de participación en las actividades de ocio. Es conveniente sistematizar dichos datos con el objeto de poder demostrar la importancia que tienen estas actividades en la vida del hospital y en los propios pacientes. Para ello se hace necesario disponer de instrumentos de evaluación, fiables, válidos y estandarizados que puedan valorar las diferentes dimensiones del ocio dentro de la salud, tanto de los sujetos como de los programas desarrolla-

dos. Es necesario elaborar programas de investigación en el ámbito del ocio y la salud mental (Shank y Kinney, 1991; Coyle, Kinney y Shank, 1993), intentando aunar teoría y práctica, con el objeto de que las intervenciones respondan a criterios técnicos. La tarea es retadora, pero contamos con posibilidades para llevarla a cabo. Tal y como evoluciona la sociedad del tercer milenio, especialmente por lo que al ocio se refiere, no podemos obviar por más tiempo el ocio de las personas que padecen trastornos mentales graves y crónicos.

Referencias

- ACKERKNECHT, E. H. (1993). *Breve historia de la psiquiatría* (ed. rev.). Buenos Aires: EUDEBA.
- AGUADO, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- American Psychiatric Association (1997). «Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 154 (suplemento 4), 1-63.
- ANTHONY, W. A., COHEN, M. K. y DANLEY, K. S. (1988). «The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation». En J. A. Ciardiello y M. D. Bell, *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders* (pp. 59-80). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- ANTHONY, W. A. y LIBERMAN, R. P. (1986). «The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base». *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Ararteko-OMIE (1992). *Los psiquiátricos. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko-OMIE.
- ARRANZ, T. (1995). *Del internamiento a la psiquiatría comunitaria*. Sant Boi de Llobregat, Barcelona: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
- AUSTIN, D. R. y CRAWFORD, M. E. (1991). *Therapeutic recreation. An introduction*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BABIO, A. (1973). «Algunos datos sobre la historia de las actividades del hospital psiquiátrico de Zaldívar». En *Hospital psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación 1923/1973* (pp. 25-30). Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

- BANAKA, W. H. y YOUNG, D. W. (1985). «Community coping skills enhanced by an adventure camp for adult chronic psychiatric patients». *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 746-748.
- BARCIA, D. (1996). *Historia de la Psiquiatría Española*. Madrid: You & Us.
- BARCIA, D., GALIANA, M., LÓPEZ, L. y RUIZ, M. (1985). «Evolución de los pacientes esquizofrénicos institucionalizados». *Psiquis*, 6, 51-66.
- BARRY, M. M. y CROSBY, C. (1996). «Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders». *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- BEAL, D., DUCKRO, P., ELIAS, J. y HECHT, E. (1977). «Graded group procedures for long term regressed schizophrenics». *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 164, 102-106.
- BOBES, J., GONZÁLEZ, M. P. y BOUSOÑO, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J. R. Prous Editores.
- BORGOÑOS, E., MORCILLO, L. y BARCIA, D. (1995). «Esquizofrenia: calidad de vida y años de evolución». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 293-298.
- BRIGGS, J. F. y SAHFFER, A. J. (1971). «Two administrators look at mental health professionalism and activity therapy». *Expanding Horizons in Therapeutic Recreation*, 1, 33-42.
- CARTER, M. J., VAN ANDEL, G. E. y ROBB, G. M. (1995). *Therapeutic recreation. A practical approach* (2.^a ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- CENDOYA, M., SOLEDAD DEL CAMPO, M. y RUIZ-ORTEGA, M. (1997). «Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios». En A. Rodríguez, *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 249-267). Madrid: Pirámide.
- CHRISTIANSEN, C. (1991a). «Occupational therapy: intervention for life performance». En C. Christiansen y C. Baum (eds.), *Occupational therapy. Overcoming human performance deficits* (pp. 3-44). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- CHRISTIANSEN, C. (1991b). «Occupational performance assessment». En C. Christiansen y C. Baum (eds.), *Occupational therapy. Overcoming human performance deficits* (pp. 375-426). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- CORRIGAN, P. W., LIBERMAN, R. P. y WONG, S. E. (1993). «Recreational therapy and behavior management on inpatient units. Is recreational therapy therapeutic?» *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, 644-646.
- COYLE, W. B., KINNEY, W. B. y SHANK, J. W. (1993). «Trials and tribulations in field-based research in therapeutic recreation». En M. J. Mal-

- kin y C. Z. Howe (eds.), *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp.207-232). State College, PA: Venture.
- CRISTÓBAL, R. (1990). *El hospital psiquiátrico de Santa Águeda*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco, Lejona, Bizkaia.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1994). «The consequences of leisure for mental health». En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.), *Leisure and mental health* (pp. 34-41). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- DAVIDSON, H. (1991). «Performance and the social environment». En C. Christiansen y C. Baum (eds.), *Occupational therapy. Overcoming human performance deficits* (pp. 143-178). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- DESVIAT, M. (1995). «La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio». *La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad, 1*, 87-90.
- DONAS, M. y FERNÁNDEZ, A. (1997). «Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos. Un modelo español de case management». En S. Rebollo, *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 97-104). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- FINNELL, A., CARD, J. y MENDITTO, A. (1997). «A comparison of appropriate behavior scores of residents with chronic schizophrenia participating in therapeutic recreation services and vocational rehabilitation services». *Therapeutic Recreation Journal, 31*, 10-21.
- FRANZ, M., LIS, S., PLUDDMANN, K. y GALLHOFER, B. (1997). «Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients». *The British Journal of Psychiatry, 170*, 422-425.
- GALLO, P. y ALBERT, J. J. (1973). «Unidad de ingreso». En *Hospital psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación 1923/1973* (pp. 51-55). Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.
- GORBEÑA, S. (ed.) (2000). *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- GREIST, J. H., KLEIN, M. H., EISCHENS, R. R., FARIS, J., GURMAN, A. S. y MORGAN, W. P. (1979). «Running as treatment for depression». *Comprehensive Psychiatry, 20*, 41-54.
- Guía Puntex. Anuario Hospitalario Español* (1996). Barcelona: Publicaciones Nacionales y Técnicas Extranjeras.
- GUTIÉRREZ, J. (1997). *De casa de salud a complejo hospitalario. Hospital psiquiátrico San Luis*. Burgos: Monte Carlo.
- HALES, R. E., YUDOSFSKY, S. C. y TALBOTT, J. A. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.

- HOEHN, K. G. (1988). «Occupational therapy in psychiatric day-treatment». En D. W. Scott y N. Katz, *Occupational therapy in mental health. Principles in practice* (pp. 45-61). Londres: Taylor & Francis Ltd.
- Hospital Aita Menni Ospitalea (1998). *Hospital Aita Menni Ospitalea. Cien años de historia en Santa Águeda*. Mondragón: Autor.
- Instituto Nacional de la Salud (1984). *Plan de humanización de la asistencia hospitalaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ISO-AHOLA, S. E. y MOBILY, K. E. (1982). «Depression and recreation involvement». *Therapeutic Recreation Journal*, 17, 48-53.
- JERSTAD, L. y STELZER, J. (1973). Adventure experiences as treatment for residential mental patients. *Therapeutic Recreation Journal*, 8, 8-11.
- KAPLAN, H. I. y SADOCK, B. J. (1989). *Tratado de psiquiatría* (vols. 1-2). Barcelona: Salvat.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. y GREBB, J. A. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- KATZ, N. (1988). «Principles and theoretical approaches in practice». En D. W. Scott y N. Katz, *Occupational therapy in mental health. Principles in practice* (pp. 1-18). Londres: Taylor & Francis Ltd.
- KELLEY, M. P. (1993). «The therapeutic potential of outdoor adventure: a review with a focus on adults with mental illness». *Therapeutic Recreation Journal*, 27, 110-125.
- KELLY, G. R., McNALLY, E. y CHAMBLISS, L. (1983). «Therapeutic recreation for long-term care patients». *Therapeutic Recreation Journal*, 18, 33-41.
- KRUPA, T., MURPHY, M. y THORNTON, J. (1991). En D.W. Scott y N. Katz, *Occupational therapy in mental health. Principles in practice* (pp. 19-31). Londres: Taylor & Francis Ltd.
- KUBEY, R. y CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Television and the quality of life. How viewing shapes everyday experiences*. Hillsdale: Erlbaum, Lawrence.
- LARRÍNAGA, V. M. y SÁNCHEZ, J. (1992, junio). *Salud mental: una experiencia de intervención dentro de un programa de ocio*. Comunicación presentada en el VIII Congreso de la European Leisure and Recreation Association: Ocio y Nueva Ciudadanía, Bilbao.
- LARRÍNAGA, V. M., MADARIAGA, I. y MORENO, M. (1995, junio). *La animación sociocultural: Un nuevo tipo de intervención para psicogeriatría*. Comunicación presentada en las I Jornadas de Gerontología Psicosocial del País Vasco, Bergara, Gipuzkoa.
- LARRÍNAGA, V. M., MORERA, B., HUESO, V., ARISTORENA, J. C., SANTOR, M., SARABIA, J. y HERREROS, I. (1997, abril). *Aportación de los pro-*

- gramas de animación socio-cultural al tratamiento de pacientes psicóticos en una unidad de media estancia.* Comunicación presentada en Psicosis: Congreso Internacional, Palencia.
- LARRÍNAGA, V. M., MORERA, B., GANZABAL, N. y ARISTORENA, J. C. (1996, marzo). *Programas de educación de ocio en la rehabilitación de pacientes psicóticos.* Comunicación presentada en el Congreso Internacional de Salud Mental, Barcelona.
- LEVITT, L. (1991). «Recreation for the mentally ill». En B. L. Driver, P. J. Brown y G. L. Peterson, *Benefits of leisure* (pp. 161-178). State College, PA: Venture.
- LEWINSOHN, P. M. y Graf, M. (1973). «Pleasant activities and depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- LI, R. K. K. (1981). Activity therapy and counseling for the schizophrenic population. *Therapeutic Recreation Journal*, 16, 44-49.
- LIBERMAN, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico.* Barcelona: Martínez Roca.
- LIBERMAN, R. P. (1996). *Social and independent living skills. Recreation for leisure module. Trainer's manual.* Los Angeles: UCLA.
- LUCAS, R., SALCEDO, A., SUSIN, C., ROCA, B., MORENO, M., ZIMMER, M., JORDA, E., GUILLEN, A., GARRIDO, I. y PUCHE, J. (1997). «Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y en parientes de esquizofrénicos». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24, 143-155.
- MACDONALD, E.M. (1979). *Terapia ocupacional en rehabilitación* (2.^a ed.). Barcelona: Salvat.
- MAHON, M. J., BULLOCK, C. C., LUKEN, K. y MARTENS, C. (1996). «Leisure education for persons with severe and persistent mental illness: is it a socially valid process?» *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 197-212.
- MANNELL, R. C. y KLEIBER, D. A. (1997). *A social psychology of leisure.* State College, PA: Venture.
- MARTÍN, M. (1994). *Benito Menni y la asistencia psiquiátrica en España en el siglo XIX.* Burgos: Monte Carlo.
- MCCAFFREY, G. (1998). «The use of leisure activities in psychosocial nursing». En E. Barnes, P. Griffiths, J. Ord y D. Wells, *Face to face with distress. The professional use of self in psychosocial care* (pp. 71-82). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- MELTZER, H. Y., BURNETT, S., BASTANI, B. y RAMÍREZ, L. F. (1990). «Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients». *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 892-897.

- MORRIS, D., CARD, J. y MENDITTO, A. (1999). «Active and passive therapeutic recreation activities: A comparison of appropriate behaviors of individuals with schizophrenia». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 275-286.
- MUNDY, J. (1998). *Leisure education. Theory and practice* (2.^a ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- NAVRATIL, L. (1991). The plastic creation of psychiatric patients. En A. Seva (dir.), *The european handbook of psychiatry and mental health* (vol. II) (pp. 2205-2214). Barcelona: Anthropos.
- NOSEK, M. A. (1987). Outcome analysis in independent living. En M. J. Fuhrer, *Rehabilitation outcomes. Analysis and measurement* (pp. 71-86). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- O'MORROW, G. S. y REYNOLDS, R. P. (1989). *Therapeutic recreation. A helping profession* (3.^a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- OTERO, V. (1997). Plan individualizado de rehabilitación. En S. Rebolledo, *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 93-96). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- OUELLET, G. (1995). Introduction. Leisure, health and human functioning. *Loisir et Société/Leisure and Society*, 18, 15-17.
- PESTLE, K., CARD, J. y MENDITTO, A. (1998). Therapeutic recreation in a social-learning program: Effects over time on appropriate behaviors of residents with schizophrenia. *Therapeutic Recreation Journal*, 32, 28-41.
- PETERSON, C. y GUNN, S. (1984). *Therapeutic recreation program design. Principles and procedures* (2.^a ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- REBOLLEDO, S. (Ed.) (1997). *Rehabilitación psiquiátrica*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- RODER, V., BRENNER, H. D., KEPPELER, U. y LINN, H. (1997). Programa terapéutico integrado (IPT) para pacientes esquizofrénicos. En S. Rebolledo, *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 139-146). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- RODRÍGUEZ, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- ROSENHECK, R., TEKELL, J., PETERS, J., CRAMER, J., FONTANA, A., XU, W., THOMAS, J., HENDERSON, W. y CHARNEY, D. (1998). «Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine?» *Archives of General Psychiatry*, 55, 618-625.
- SAMPEDRO, M., GALLO, P. y MANERO, E. (1973). «Unidad de pacientes crónicas y servicio de rehabilitación». En *Hospital psiquiátrico de Zaldívar. 50 aniversario de su fundación 1923/1973* (pp. 73-82). Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia.

- SEVA, A. (1991). «The different institutions making up the psychiatric care network». En A. Seva (dir.), *The european handbook of psychiatry and mental health* (vol. II). (pp. 1841-1847). Barcelona: Anthropos.
- SHANK, J. W. y KINNEY, W. B. (1991). «Monitoring and measuring outcomes in therapeutic recreation». En B. Riley (ed.), *Quality management: applications for therapeutic recreation* (pp. 69-82). State College, PA: Venture.
- SHANK, J. W., COYLE, C. P. y KINNEY, W. B. (1996). «A classification scheme for therapeutic recreation research grounded in the rehabilitative sciences». *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 179-196.
- SHANK, J. W., KINNEY, W. B. y COYLE, C. P. (1993). «Efficacy studies in therapeutic recreation research: the need, the state of the art, and future implications». En M. J. Malkin y C. Z. Howe (eds.), *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp. 301-335). State College, PA: Venture.
- STUMBO, N. J. y THOMPSON, S. R. (1986). *Leisure Education: A manual of activities and resources*. Peoria, IL: Central Illinois Center for Independent Living and Easter Seal Leisure Resource Center.
- STUMBO, N. J. y THOMPSON, S. R. (1992). *Leisure Education II: More Activities and Resources*. State College, PA: Venture Publishing.
- SYLVESTER, C. D. (1989). «Impressions of the intellectual past and future of therapeutic recreation: implications for professionalization». En D. M. Compton (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 1-20). Champaign, IL: Sagamore.
- TALBOTT, J.A. (1995). «The treatment and rehabilitation of patients with schizophrenia: an integrated approach to a bio-psycho-social disease». *La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad*, 1, 75-79.
- TREVAN-HAWKE, J. (1988). «Occupational therapy in general hospital psychiatric units». En D. W. Scott y N. Katz, *Occupational therapy in mental health. Principles in practice* (pp. 32-44). Londres: Taylor & Francis Ltd.
- WALLACE, H. V. y MLOTT, S. R. (1983). «An assessment of treatment enjoyment and effectiveness in psychiatric hospitalization». *The Best of Therapeutic Recreation: Assessment*, 109-115.
- WASSMANN, K. B. e ISO-AHOLA, S. E. (1985). The relationship between recreation participation and depression in psychiatric patients. *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 63-70.
- WATTS, F. N. y BENNETT, D. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y práctica*. Méjico: Limusa.

- WESTLAND, C. (1992). «Leisure and mental health». *World Leisure and Recreation*, 34, 14-19.
- WITMAN, J. P. y LEE, L. L. (1988). «Social skills training for adults in psychiatric treatment: a program model». *Journal of Expanding Horizons in Therapeutic Recreation*, 3, 18-28.
- WITMAN, J. P. y PRESKENIS, K. (1996). Adventure programming with an individual who has multiple personality disorder: a case history. *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 289-296.
- WONG, S. E., TERRANOVA, M. D., BOWEN, L., ZARATE, L., MASSEL, H. K. y LIBERMAN, R. P. (1987). «Providing independent recreational activities to reduce stereotypic vocalizations in chronic schizophrenics». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 77-81.
- WONG, S. E., WRIGHT, J., TERRANOVA, M. D., BOWEN, L., y ZARATE, R. (1988). «Effects of structured ward activities on appropriate and psychotic behaviors of chronic psychiatric patients». *Behavioral Residential Treatment*, 3, 41-50.

Capítulo 3

Prácticas de ocio de las personas con trastornos mentales crónicos

*Susana Gorbeña*¹

La aparición de un trastorno mental grave causa un profundo impacto en todos los ámbitos de la vida de la persona. El sufrimiento, la pérdida del control de la propia vida, el extrañamiento de uno mismo y la respuesta social ante la enfermedad mental desencadenan importantes cambios, algunos temporales y otros mucho más duraderos. La experiencia de la hospitalización psiquiátrica deja en suspenso la vida de la persona: su trabajo, sus estudios, sus relaciones familiares, de amistad o pareja, sus proyectos de futuro, sus *hobbies* y actividades de ocio. El deterioro que produce el

¹ El presente estudio es resultado de un acuerdo de colaboración entre la Fundación Eragintza y el Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto. Queremos agradecer la valiosa colaboración de las psicólogas que, en el momento de la realización del estudio, trabajaban en la Fundación Eragintza: Elena Elexpuru, Alazne Hernáez y María Errazti, y de la alumna de doctorado Susana Ruiz, quien realizó las entrevistas y colaboró en otros aspectos de la investigación. Asimismo, esta investigación ha contado con la colaboración desinteresada de los alumnos del Grupo de Informática Social (G.I.S.) de la Universidad de Deusto, dirigidos por la Dra. Inés Jacob. Nuestro agradecimiento más especial es para las personas entrevistadas que, de forma voluntaria, compartieron información personal sobre su vida y vivencia de ocio. Esperamos que los resultados de este estudio sirvan para mejorar este importante ámbito de su experiencia vital.

trastorno mental crónico continúa afectando a estas esferas cuando la persona abandona el hospital y encuentra el rechazo y aislamiento social.

La intervención comunitaria en salud mental ha venido trabajando, en las últimas décadas, a través de diversos dispositivos, programas y servicios para fomentar la plena rehabilitación, la completa reinserción en la comunidad y el logro de la máxima calidad de vida de las personas con trastornos mentales severos y crónicos. Los programas comunitarios han prestado especial atención al ámbito laboral, educativo y social, desestimando, en ocasiones, la importancia que el ocio tiene en la vida de cualquier individuo. Sin embargo, en los últimos años y en parte debido a la centralidad del paradigma de la calidad de vida, se está detectando un creciente interés por abordar y dar respuesta a la demanda de ocio del colectivo. Así por ejemplo, en el primer encuentro español de usuarios de servicios de salud mental, celebrado en 1997, los participantes destacaban las barreras que experimentan para «una real participación y disfrute de los recursos y actividades recreativas y culturales de la sociedad» (p. 14) y solicitaban el «derecho a participar en los bienes culturales, a participar activamente en las manifestaciones culturales y recreativas,... ayudas (económicas, acompañamiento, programas adaptados) para acceder a las actividades y centros comunitarios» (p. 17).

Algunos dispositivos comunitarios se han hecho eco de estas demandas y comienzan a articular medidas concretas que pasan por un diagnóstico certero de la realidad del ocio del colectivo a fin de promover acciones, servicios y programas que mejoren la calidad de vida de las personas con problemas crónicos de salud mental. El estudio que se presenta a continuación nace de la sensibilidad conjunta de uno de estos servicios comunitarios y del Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto. En una primera parte, se presentan los datos de las investigaciones realizadas sobre el ocio de las personas con trastornos mentales crónicos, datos provenientes de diversas fuentes y líneas de investigación como son las de la calidad de vida, la rehabilitación psiquiátrica y el ocio terapéutico. En la segunda parte, se analizan los resultados de un estudio descriptivo sobre las prácticas de ocio de un colectivo de 153 personas adultas y se articulan propuestas para responder a la demanda que plantean los usuarios de los servicios de salud mental.

Algunos datos sobre el ocio de las personas con trastornos mentales crónicos

Tal y como se ha expuesto en el capítulo anterior, el ocio, de una u otra manera, siempre ha estado presente en la atención psiquiátrica hospitalaria. Cuando comenzó la reforma psiquiátrica y el movimiento de desinstitucionalización, se hizo patente la problemática de las personas que no contaban con un empleo u ocupación y tenían a su disposición una gran cantidad de tiempo libre que, muchas veces, no sabían cómo estructurar y dotar de significado personal. Sin embargo, fueron los propios pacientes, más que los profesionales, quienes dieron respuesta a esta situación. La Guía de Tratamiento de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (1997), en el apartado referido a otras intervenciones sociales y comunitarias, presenta los clubes sociales como recursos válidos para el tratamiento y señala cómo fueron fundados por ex-pacientes mentales que se encontraban solos y sin una actividad constructiva tras el alta hospitalaria. El modelo de club social se inició en el Fountain House de Nueva York, tras la Segunda Guerra Mundial, y se extendió rápidamente. Las actividades del club se centraban en funciones de tipo recreativo, vocacional y residencial y constituyen, seguramente, el primer intento de dar respuesta al ocio de los pacientes ambulatorios.

A pesar de estos primeros esfuerzos, casi todos los datos apuntan hacia un exceso de tiempo libre y a una escasa ocupación satisfactoria del mismo (Igartua, Iraurgi, Basabe, Paez y Celorio, 1994). Se define el ocio del colectivo como un ocio forzado (Cendoya, Soledad del Campo y Ruiz-Ortega, 1997; Harrington y Cross, 1962; Igartua y cols., 1994). Cohen y Anthony (1984) afirman que más de dos tercios de las personas con trastorno mental no participan en actividades recreativas. En un estudio con 77 adultos con esquizofrenia residentes en la comunidad, Champney y Dzurec (1992) encontraron que el 92% no tenía ningún tipo de ocupación y el 33% afirmaba que se pasaba la mayoría del tiempo sentado sin hacer nada.

El estudio de Gordon, Rosenberg y Morris, de 1966, es uno de los pocos llevados a cabo sobre las actividades de ocio de pacientes esquizofrénicos tras su retorno a la comunidad. En una amplia in-

investigación realizada por el Servicio de Veteranos de EE.UU., se analizó la participación de 172 varones en 20 tipos de actividades tras nueve meses del alta hospitalaria. Los datos revelaron el siguiente perfil de ocio:

- Antes de salir del hospital los pacientes identificaban una actividad preferida como ver la televisión, el billar, leer, ver películas, nadar, pasear, jugar a *softball* y al baloncesto, escuchar música e ir a fiestas. En la comunidad, no practicaban la mayoría de estas actividades. Por ejemplo, 43 personas mencionaban el billar como actividad favorita en el hospital, pero sólo 5 de ellas lo practicaban en la comunidad.
- El 97% afirmaban ver la televisión o escuchar la radio, que era para el 72% una actividad frecuente. Otras actividades comunes eran leer el periódico, dar una vuelta en coche, visitar amigos y familiares, ir a misa o practicar la jardinería. Muy pocos iban a conferencias, al teatro o tocaban un instrumento.
- La preferencia por la televisión, la radio o la lectura era similar a la de la población general; sin embargo, la práctica de deportes y *hobbies* era sensiblemente inferior (por ejemplo, el 55% de la población de referencia practicaba deportes y sólo un 12% de los entrevistados lo hacía). En la misma línea, la mayoría de los pacientes no tenían *hobbies*.
- Los pacientes más activos en el hospital también participaban en mayor medida en las actividades en la comunidad. Además, el número total de actividades en las que participaban, su tasa de participación y si participaban en actividades con personas que no eran familiares, predecían el mejor estado mental y la situación laboral favorable. La tasa media era de 6,6 actividades de las 20 analizadas.

El estudio concluía señalando la pobreza y carácter pasivo del ocio del colectivo en el sentido de que «no había ninguna actividad entre las más frecuentes que claramente demandara actividad física, esfuerzo y concentración o iniciativa real» (Gordon y cols., 1966, p. 456).

Algunas investigaciones que abordan el ajuste social también nos han proporcionado datos sobre las prácticas de ocio del colecti-

vo. Así por ejemplo, McCready y Barron encontraron, en un grupo de pacientes crónicos que residían con sus familiares, que en las dos semanas anteriores al estudio el 39% no había tenido contacto con amigos, el 34% no habían tenido una actividad social, y el 52% no habían participado en ninguna actividad de su interés, excepto ver la televisión. Gibbons, Horn, Powell y Gibbons (1984) también encontraron en su estudio que más del 75% de los pacientes tenían una participación en ocio muy limitada.

En nuestro contexto, encontramos un estudio sobre las necesidades sociales de las personas con trastornos mentales (Igartua y cols., 1994) que, con una muestra de 237 pacientes, miembros de asociaciones de familiares y enfermos mentales y 222 familiares, evaluaba diversos aspectos entre los que se encontraban los hábitos de ocio y tiempo libre. Los datos indican que hay una baja actividad y una desocupación del tiempo libre, sobre todo teniendo en cuenta que su nivel de actividad laboral es muy bajo. Las actividades más frecuentes son el paseo y la lectura. Las actividades que implican contacto social son muy escasas. El 55% de los encuestados manifestaban estar satisfechos con su ocio, un 21% decía estar insatisfecho y un 24% señalaba un grado de satisfacción normal. Los autores elaboraron una tipología de usuarios en función de sus actividades de ocio, relación con la asociación y otras variables psicosociales.

Además de estos estudios, es necesario acercarse a nuevas líneas de investigación, como por ejemplo la de la calidad de vida, la rehabilitación psiquiátrica y el ocio terapéutico para conocer la realidad del ocio de este colectivo. A continuación se expone el conocimiento que desde estas líneas de investigación se ha derivado respecto al ocio de las personas con trastornos mentales crónicos.

Ocio y calidad de vida

La calidad de vida se ha convertido, en los últimos años, en el principal paradigma que orienta la intervención y los servicios al colectivo de personas con trastornos mentales crónicos. La literatura que analiza la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos que residen en la comunidad nos ofrece algunos datos

de interés sobre el ocio del colectivo, a pesar de las dificultades en la evaluación de este constructo, especialmente cuando se evalúan los aspectos sociales entre los que se suele incluir el ocio (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997; Sainfort, Becker y Diamond, 1996).

Los estudios, en general, demuestran que la calidad de vida y la calidad del ocio es baja (Browne y cols., 1996; Carpinello, Lai, Pariante, Carta y Rudas, 1997; Lucas y cols., 1997). En concreto, Malm, May y Dencker (citado en Bobes, González y Bousoño, 1995), en un estudio pionero del año 1981 sobre la calidad de vida en la esquizofrenia, encontraron que el 97,5 de los pacientes estaban insatisfechos con su ocio. Baker e Intagliata (citado también en Bobes y cols., 1995) descubrieron que las personas con trastornos mentales crónicos expresaban mayor nivel de aburrimiento y soledad, así como sentimientos negativos respecto al uso del tiempo libre. La calidad de vida está también influida por los años de evolución de la enfermedad. Así, se ha visto (Borgoños, Morcillo y Barcia, 1995) que los pacientes con menos de 5 años de evolución tenían puntuaciones superiores en el grado de implicación en actividades relacionadas con otras personas con el fin de divertirse, en las iniciativas sociales, en la capacidad de experimentar placer y disfrute y en la realización de actividades como leer un periódico, ir al cine, etc. También se ha documentado que tras dos años del primer episodio de esquizofrenia, el 48% de los sujetos estudiados presentaban un disfrute muy escaso de las actividades o *hobbies* lúdicos y el 58% un escaso nivel de relación social con iguales (Ho, Nopoulos, Flau, Arndt y Andreasen, 1998).

Sin embargo, las intervenciones, en muchas ocasiones, ayudan a mejorar la calidad de vida y la calidad del ocio. Así por ejemplo, el estudio de Barry y Crosby (1996) sobre la calidad de vida como medida para evaluar el impacto de la atención comunitaria demuestra que los programas de atención comunitaria tienen un efecto positivo, tras doce meses de intervención, en el número de actividades de ocio, pero no en la satisfacción, ya que ésta parece estar más determinada por la sintomatología. Los autores apuntan la importancia de los aspectos relativos a la libertad personal y la independencia (elementos consustanciales al ocio) a la hora de desarrollar estrategias de rehabilitación para personas con trastornos psiquiátricos de larga duración.

Lo mismo se observó en el estudio de Atkinson, Coia, Gilmour y Harper (1996) en el que se evaluaba el impacto de un programa educativo que, entre otras cuestiones, abordaba aspectos de ocio, en el funcionamiento social, las redes sociales y la calidad de vida. Aunque se observó cierta mejoría, los cambios no se mantuvieron. Rosenfield y Neese-Todd (1993) demostraron que un programa de rehabilitación centrado en aumentar la percepción de control y que ayudaba a los pacientes a estructurar su tiempo y actividades y a participar en actividades contribuía de forma significativa a mejorar la calidad de vida. También hay evidencias de lo contrario. En un seguimiento de 11 años de pacientes de residencias asistidas (Okin y Pearsall, 1993), no se observaron cambios en la participación en 16 actividades de ocio, ni en los afectos positivos, íntimamente vinculados al ocio. Finalmente, un estudio de Cohi (1990) con 42 pacientes esquizofrénicos jóvenes demostró que el tratamiento farmacológico unido a la asistencia a un taller protegido o a un centro de rehabilitación y a la oferta y participación en actividades de ocio mejoraba significativamente la calidad de vida en comparación con un grupo de pacientes que sólo accedía a un tratamiento farmacológico.

En un intento de proponer un modelo causal que explicara la relación entre diversas variables, la calidad de vida y la estancia en la comunidad de un grupo de 152 pacientes psiquiátricos ambulatorios, Mercier y King (1994) concluyeron que el ocio contribuye al sentido de la autonomía, lo que a su vez se asocia con mayor calidad de vida subjetiva y con una estancia más duradera en la comunidad. En suma, los estudios sobre calidad de vida revelan los déficits de ocio del colectivo y el impacto que su mejora tiene en la vida del paciente.

Rehabilitación psiquiátrica

Desde la rehabilitación psiquiátrica (Lieberman, 1993; Rebollo, 1997a, 1997b) también se ha abordado el ocio de los pacientes psiquiátricos identificando la organización del tiempo libre como un elemento más de los programas y, por tanto, un área deficitaria en la vida de los pacientes. El modelo de Lieberman incluye un mó-

dulo concreto de entrenamiento en ocio y recreación, denominado «*Recreation for Leisure Module*» y diseñado para pacientes de amplio espectro. El programa tiene cuatro áreas de trabajo: identificación de los beneficios de las actividades recreativas, obtención de información sobre actividades recreativas, análisis de los recursos necesarios para realizarlas y evaluación y mantenimiento de la actividad recreativa. Los últimos datos (Marder y cols., 1996) revelan que se produce un incremento de las actividades sociales y recreativas en personas con trastornos esquizofrénicos residentes en la comunidad.

Los programas de apoyo comunitario que propone Rebolledo (1997a) confieren un papel importante al ocio, incluyendo un módulo para el fomento de actividades de tiempo libre. También se aborda el ocio en las propuestas de los planes individualizados de rehabilitación (Otero, 1997). Uno de los pocos trabajos encontrados en el campo de la rehabilitación y que aborda específicamente el ocio es el de Cendoya, Soledad del Campo y Ruiz-Ortega (1997). Entendiendo que el ocio es una variable más de la calidad de vida, los autores plantean dos niveles de intervención, uno individual y otro social. Señalan que los resultados de estos programas hablan de un aumento de la participación en el corto plazo, pero no en el largo. Señalan que, a nivel subjetivo, tanto usuarios como familiares perciben una mejoría en el estado de salud de aquellos pacientes que utilizan los recursos comunitarios de ocio y, objetivamente, se aprecia una disminución de la sintomatología y un menor número de ingresos.

Ocio terapéutico

El ocio terapéutico, como disciplina académica y actividad profesional, se ha ocupado, desde sus inicios, del ocio de las personas con trastornos mentales. En otro capítulo de este libro se revisan sus aportaciones en el ámbito de la atención hospitalaria. Aquí se presentan los estudios e intervenciones que se han realizado con pacientes ambulatorios.

Aunque la investigación es aún pobre (Levitt, 1991), existen datos sobre algunas experiencias de intervención. Skalko (1990), en respuesta a la baja e insatisfactoria ocupación del tiempo libre,

diseñó un programa de *counseling* del ocio y de actividades. Sus datos demuestran que se apreciaba una mejora en la calidad del uso del tiempo discrecional entre un pequeño grupo de hombres adultos con trastornos mentales crónicos que residían en hogares protegidos, aunque los cambios no fueron estables. En la misma línea, Champney y Dzurec (1992) demostraron, en un estudio con 77 adultos con esquizofrenia residentes en la comunidad, que implicarles en actividades elegidas libremente aumentaba de forma significativa su satisfacción vital al cabo de 10 meses de la intervención. En la misma línea, McCormick (1999) encontró que la satisfacción con el ocio estaba relacionada significativamente con la satisfacción vital general, en una muestra de 77 adultos con enfermedades mentales crónicas en su mayoría sin empleo. Por otro lado, algunos estudios se han centrado en las actividades al aire libre, de gran tradición en la cultura anglosajona. Banaka y Young (1985) observaron el efecto positivo de un programa de campamentos de aventuras utilizando un grupo control. Los sujetos que participaron de forma voluntaria se mantenían más tiempo en la comunidad, pues mejoraron diversas destrezas personales relacionadas con éxito de estancia en comunidad. Existen, asimismo, algunos estudios de caso que muestran el potencial de las intervenciones en ocio con pacientes ambulatorios con resistencias a la terapia tradicional (Negley, 1994).

Una de las experiencias mejor estructuradas es la desarrollada por Bullock y Lucken (1994), quienes, desde hace siete años, investigan los efectos de un programa de rehabilitación comunitaria mediante el ocio. El programa parece tener un impacto positivo en los pacientes (Mahon, Bullock, Luken y Martens, 1996) para quienes el ocio era uno de los tres asuntos prioritarios en sus vidas.

Finalmente, existen algunas iniciativas que han puesto las nuevas tecnologías al servicio de las necesidades de ocio del colectivo. Así por ejemplo, algunas entidades como la Asociación Canadiense de Salud Mental, en su página *web* (1997) para la región de Alberta, ofrece varios servicios de ocio para las personas con enfermedades mentales crónicas.

Podemos concluir esta breve revisión constatando que, aunque ha aumentado considerablemente la sensibilidad de profesionales e

investigadores respecto a los temas relacionados con la vivencia de ocio de las personas con trastornos mentales crónicos y respecto a la importancia que esta esfera vital tiene en la satisfacción, la calidad de vida y la salud, son aún escasas las intervenciones e investigaciones que abordan la cuestión. La Guía de Tratamiento de la Esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (1997) reconoce que dispositivos como los clubes sociales, importantes espacios de ocio para el colectivo, son recursos válidos para el tratamiento y que los datos de las investigaciones realizadas sobre ellos, aunque débiles, sugieren que pueden contribuir a disminuir las tasas de rehospitalizaciones. Sin embargo, no se mencionan aún aspectos relativos a la calidad de vida o a la importancia de abordar, por derecho propio, la esfera del ocio de la vida de las personas con trastornos psiquiátricos graves y crónicos.

En definitiva, de las prácticas de ocio o la satisfacción con el ocio de las personas con trastornos mentales crónicos se sabe algo, del impacto que tiene en su calidad de vida y bienestar también, pero de sus preferencias, vivencia de aburrimiento, demandas, barreras que experimentan para acceder y disfrutar del ocio o de su percepción de los beneficios que el ocio conlleva, no se sabe prácticamente nada. El estudio que se presenta a continuación pretende abordar algunas de estas cuestiones a fin de empezar a generar un conocimiento que nos permita dar respuesta a las necesidades del colectivo.

Metodología

Sujetos

Se recogieron datos de un total de 157 personas adultas con diagnóstico de trastorno mental, con edades comprendidas entre los 20 y los 45 años y de ambos sexos. Un caso fue desestimado al tener un diagnóstico de trastorno neurológico y tres por superar la edad de 45 años. Los sujetos fueron seleccionados a través de un centro de atención comunitaria al que estaban vinculados por sus servicios de rehabilitación e inserción sociolaboral. Este hecho dificultó la obtención de información fidedigna relativa al diagnósti-

co psiquiátrico, ya que sólo se tuvo acceso a los datos recogidos en las fichas de la asociación, datos que provenían de los centros de salud mental, por lo que se observó gran variedad de terminología psiquiátrica. En un intento de sistematizar la información se agruparon los diagnósticos tal y como figuran en la tabla 1.

Tabla 1

Descripción de la muestra según el diagnóstico.

Diagnóstico	Porcentaje
T. de personalidad/neurosis	9%
T. psicóticos/esquizofrénicos con alteración afectiva	9%
T. paranoide.	32%
T. hebefrénico/desorganizado	4%
T. esquizofrénico	30%
Psicosis	13%
Sin diagnóstico	3%

La tabla 2 muestra el número y porcentaje de sujetos estudiados en función del sexo y la edad. Como puede verse, había un 60% de hombres y un 40% de mujeres, porcentajes que revelan la prevalencia masculina, al menos en los estudios en hospitales (American Psychiatric Association, 1995), en los trastornos mentales severos. Respecto a la edad, la mayoría de los sujetos se situaban entre los 25 y 40 años de edad. En general, eran personas solteras (un 93%), habiendo 6 personas casadas y 5 separadas, que vivían en el hogar de su familia de origen (un 87%). Un 10% vivía en su hogar propio, un 3% en residencias o pisos tutelados y un 1% en una pensión. Eran, en su mayoría, personas que residían en la zona metropolitana de Bilbao, es decir, en un contexto urbano. Sólo un 10% vivía en municipios de menos de 25.000 habitantes.

Respecto al nivel de instrucción, se trataba de un grupo con un nivel medio. Como puede verse en la tabla 3, más de la mitad tenían un nivel de estudios primarios o formación profesional, un 32% contaba con estudios secundarios y 12% con estudios medios o superiores.

Tabla 2

Descripción de la muestra según la edad y el sexo.

Edad		Sexo		Total
		Hombres	Mujeres	
20 a 24 años	casos	6	7	13
	porcentaje	4%	5%	9%
25 a 29 años	casos	29	11	40
	porcentaje	19%	7%	26%
30 a 34 años	casos	35	19	54
	porcentaje	23%	12%	35%
35 a 39 años	casos	19	19	38
	porcentaje	12%	12%	25%
40 a 45 años	casos	3	5	8
	porcentaje	2%	3%	5%
Total	casos	92	61	153
	porcentaje	60%	40%	100%

Tabla 3

Nivel de instrucción.

Nivel de instrucción	Porcentaje
Sin estudios	1%
Estudios primarios	34%
Formación profesional	21%
Estudios secundarios	32%
Estudios medios	6%
Estudios superiores	6%

Se estudió también la situación laboral por su influencia en la ocupación y estructuración del tiempo. Así, se puede considerar que el 43% estaba ocupado, lo que no significa que tuvieran un puesto remunerado (incluye esta categoría a las personas que acudían a un taller ocupacional, eran estudiantes o tenían un empleo

protegido) y un 57% estaba en paro y desocupado. Además de la situación laboral, se investigó el poder adquisitivo, ya que es una variable importante para el ocio. El interés consistía en conocer de cuánto dinero disponían al mes. Como puede verse en la tabla 4, la mayoría disponían de menos de 50.000 ptas. al mes y casi la totalidad de menos de 100.000 ptas. Lógicamente, los de mayor poder adquisitivo eran las personas que, además de tener un empleo remunerado, contaban con ingresos derivados de otras fuentes, como, por ejemplo, las pensiones.

Tabla 4
Nivel de ingresos.

Ingresos mensuales	Porcentaje
Ningún ingreso	11%
Menos de 50.000 ptas.	62%
Entre 50.000 y 100.000 ptas.	24%
Entre 100.000 y 200.000 ptas.	1%
Más de 200.000 ptas.	1%

Herramienta

Aunque existen algunas herramientas que abordan aspectos relacionados con el ocio, especialmente aquéllas que miden la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos (Bebes, González y Bousoño, 1995), el objetivo de este estudio de profundizar en el ocio, la práctica de actividades y la ocupación del tiempo, demandaba una herramienta muy específica. Así, se llevó a cabo una adaptación de la herramienta elaborada para un estudio similar con más de 600 personas adultas con diversos tipos de discapacidad (Gorbeña y Madariaga, 1999) y que había demostrado su adecuación para la recogida de este tipo de información. Se trataba de una entrevista semi-estructurada de una duración aproximada de 45 minutos cuyos contenidos y estructura se describen a continuación.

Contenidos

Los aspectos relativos al ocio que se pretendía evaluar eran los siguientes: la participación en actividades de ocio y su frecuencia, el grado de integración social en la vivencia de ocio, el nivel de autonomía en el ocio, la satisfacción, el aburrimiento y sus razones, la percepción de beneficios, las barreras para el ocio, la demanda de actividades y el papel de las asociaciones de afectados y comunitarias en el ocio del colectivo.

Debido a las diferentes perspectivas que se pueden adoptar a la hora de investigar el ocio (Mannell y Kleiber, 1997), y con el fin de analizar la definición subjetiva del ocio de cada persona, se optó por una metodología que combinaba preguntas abiertas y cerradas. El objetivo de las preguntas abiertas consistió en que cada persona identificase como ocio aquellas actividades (y sus beneficios, barreras, etc.) que ella consideraba como ocio. En este sentido, se adoptó el punto de vista subjetivo del propio encuestado, sin definir previamente qué era ocio. Pero también se hacía necesario introducir un punto de vista objetivo, recogiendo el estudio de las actividades que, en nuestro contexto, se identifican habitualmente como actividades de ocio. Así, se formularon una serie de preguntas cerradas que se describen a continuación y que principalmente evalúan la participación o deseo de participar en actividades específicas.

Por tanto, combinando la información obtenida mediante las respuestas dadas a preguntas abiertas y cerradas, la herramienta elaborada permitía detectar lo que emerge de forma espontánea al ser preguntado sobre la vivencia de ocio, y lo que las personas dicen que hacen cuando se pregunta específicamente por una determinada actividad. De esta manera se introducía también un elemento de control sobre la fiabilidad de los datos. A continuación, pasamos a exponer las variables concretas analizadas.

1. *La participación en actividades de ocio y su frecuencia.* La primera y más básica cuestión a abordar era conocer qué hacían las personas en su tiempo de ocio. Para ello se preguntó de forma abierta «¿Qué hace en su tiempo libre, cuando no trabaja o no tiene obligaciones familiares o sociales?», ofreciendo cada sujeto tantas respuestas como quisiera. Este tipo de pregunta nos permitía cono-

cer las actividades más frecuentes o más importantes para el sujeto, pero no tener un registro detallado de la práctica de actividades de ocio. Por tanto, se hizo también una pregunta cerrada que incluía una lista de 34 actividades o familias de actividades a la que el sujeto debía responder si las había practicado o no durante el último año. La lista fue elaborada teniendo en cuenta todas las posibles manifestaciones de ocio (culturales, deportivas, turísticas, recreativas, de descanso, etc.). La lista también pretendía recoger todo el abanico de opciones de ocio de la población general, evitando hacer juicios a priori sobre aquellas actividades que pudieran tener una baja tasa de participación entre el colectivo. Las respuestas a la pregunta abierta y a la lista de actividades fueron codificadas de la misma forma, registrando la presencia o ausencia de cada actividad o familia de actividades.

Respecto a la frecuencia de la participación, se evaluó preguntando concretamente con qué frecuencia realizaban aquellas actividades de la lista anterior que habían mencionado que sí practicaban. Las categorías de respuesta fueron a diario, los fines de semana, frecuentemente (varias veces al mes), ocasionalmente (alguna vez al año) y en vacaciones.

2. *El grado de integración social en la vivencia de ocio.* Una cuestión importante para un diagnóstico del ocio de las personas con trastornos mentales era conocer el grado de integración social, es decir, con quién compartían sus actividades de ocio. Para ello, se preguntó de forma abierta «¿Con quién comparte sus actividades de ocio?». Las respuestas se codificaron usando una escala de respuesta múltiple que incluía las categorías de solo, con la familia o pareja, con amigos con trastorno mental, con amigos sin trastorno mental y grupo de amigos mixto. Esto nos permitiría saber, además, si las actividades se llevaban a cabo preferentemente en solitario, con la familia o con diferentes grupos de amigos.

3. *El papel de las asociaciones de/para afectados y comunitarias en el ocio.* Otro indicador del nivel de integración en el ocio es el grado en que una persona utiliza los servicios de ocio de las asociaciones de/para afectados y si es miembro o no de asociaciones comunitarias de ocio, sean éstas de carácter cultural, deportivo, recreativo, etc. Ambos datos se recogieron en una pregunta que nos informaba sobre el tipo de asociaciones a las que acuden para disfrutar de su ocio.

4. *El nivel de autonomía en el ocio.* Otro aspecto fundamental era evaluar si las personas con trastorno mental eran agentes y gestoras reales de su propio ocio. Uno de los elementos definitorios del ocio, al menos desde el punto de vista psicológico, es que se trata de una vivencia humana caracterizada por la libertad y la autodeterminación (Iso-Ahola, 1980; Mannell y Kleiber, 1997; Neulinger, 1980) una experiencia que se define como tal, en parte, sobre la base de la posibilidad de elegir y decidir de forma libre y sin coerción lo que uno desea hacer, vivir o experimentar. Por tanto, conocer quién organizaba las actividades que las personas con trastornos mentales realizaban, era un indicador importante del grado en que experimentaban un ocio libre y gestionado por ellas mismas. Para estudiar esta cuestión se formuló una pregunta abierta que decía «¿Quién organiza las actividades que hace?». La respuesta, de opción múltiple, recogía las siguientes categorías: uno mismo, en familia, en el grupo de amigos y organiza la asociación.

5. *La satisfacción.* Los estudios de ocio han investigado con profusión la satisfacción con el ocio experimentado (Edginton, 1995; Ragheb y Tate, 1993) como un indicador de la calidad subjetiva del ocio de las personas. Este estudio planteó una pregunta cerrada que pedía al sujeto una valoración del grado de satisfacción utilizando una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones de respuesta que iban desde nada satisfecho hasta muy satisfecho.

6. *La percepción de beneficios.* Uno de los paradigmas predominantes durante la pasada década en los estudios de ocio ha sido el análisis de los beneficios, de cualquier naturaleza, que las experiencias y actividades de ocio conllevan (Driver, Brown y Peterson, 1991). Se preguntó a los sujetos si pensaban que las experiencias y actividades de ocio en las que participaban tenían aspectos o consecuencias positivas para ellos. En caso de respuesta afirmativa, se solicitaba que explicasen la naturaleza de esas consecuencias positivas. Las respuestas fueron codificadas de acuerdo con 5 categorías de beneficios: físicos o fisiológicos, emocionales, cognitivos, conductuales y sociales.

7. *La demanda de actividades.* La vertiente más aplicada de esta investigación quedó plasmada en el objetivo de estudiar la demanda de actividades de ocio, con el fin obtener información que pudiera resultar de utilidad para los propios afectados, tanto en la

planificación de los servicios de ocio de las asociaciones como, sobre todo, para las tareas reivindicativas dirigidas a lograr la igualdad de oportunidades en el ocio. Para ello se consideró importante, como en las variables anteriores, obtener información de forma abierta y cerrada sobre si había actividades que no realizaban pero les gustaría realizar. Con la pregunta abierta pretendíamos que surgieran las principales actividades de las que el colectivo tiene clara conciencia y deseo de realizar y no realiza. Para ello, se preguntó si había actividades que les gustaría practicar pero no practicaban. Cuando la respuesta era positiva se indagaba qué actividades eran en concreto. Los datos se completaron con otra pregunta cerrada basada en la lista de 34 actividades o familias de actividades sobre la que se averiguaba, si habían afirmado que no realizaban la actividad, si les gustaría practicarla.

8. *Las barreras para el ocio.* Junto con el estudio de los beneficios, el análisis de las barreras para acceder al ocio y disfrutar de él ha sido, durante la pasada década, una de las líneas de investigación más fructíferas en los estudios de ocio (Jackson, 1991), no sólo en lo relativo a los grupos desfavorecidos, sino para todos los grupos de población. Tras la revisión de diversos estudios sobre barreras (Jackson, 1990, 1993; Jackson y Rucks, 1993; Shaw y Bonen, 1991; Kennedy, Smith y Austin, 1991) se estableció la siguiente tipología de barreras: externas (entre las que se encuentran las relativas al transporte, económicas, de rechazo social, impedimentos familiares) e internas o personales, como la falta de conocimiento, de habilidades, de relaciones sociales, de tiempo, las denominadas atribuciones negativas y la falta de motivación. Cuando las personas decían que no realizaban pero les gustaría realizar una determinada actividad, se preguntaba sobre las razones por las que no la realizaban, con objeto de identificar la naturaleza de las barreras que experimentaban.

9. *El aburrimiento y sus razones.* Una de las caras negativas del ocio es la vivencia del aburrimiento. Aunque los estudios de ocio no han tratado en profundidad el tema, la experiencia del aburrimiento suele ser el resultado de la falta de oportunidades, conocimientos y/o habilidades para hacer aquello de lo que podemos derivar satisfacción y disfrute (Cadwell y Weissinger, 1994; Iso-Ahola y Weissinger, 1990; Weissinger, 1995). Aburrirse es casi

la antítesis del ocio, el no saber qué hacer con el tiempo disponible y carecer de actividades que tengan significación personal. Las razones del aburrimiento en el tiempo de ocio pueden ser entendidas como barreras al disfrute y/o la satisfacción y pueden ser multiterminadas.

Para profundizar en estas cuestiones, se preguntó si, en general, se aburrían en su tiempo libre y, cuando la respuesta era «sí» o «a veces» se preguntaba, de forma abierta, las razones de esa vivencia de aburrimiento. Las respuestas, entendidas como barreras al disfrute y la participación en ocio, se codificaron utilizando el listado de barreras descrito anteriormente.

Estructura

El formato definitivo de la encuesta constaba de tres partes diferenciadas. La primera parte recogía los datos sociodemográficos y los relativos al trastorno que permitieron describir la muestra objeto de estudio. Estos datos incluían la edad, el sexo, el estado civil, el núcleo familiar, el lugar de residencia, el nivel de instrucción, la ocupación y los ingresos.

La segunda parte aglutinaba las preguntas de carácter abierto y algunas cerradas. Constaba de 14 preguntas abiertas sobre las temáticas mencionadas anteriormente, es decir, aspectos relativos a las actividades que realizaban, las que les gustaban más, quién organizaba y con quién compartían las actividades, los beneficios percibidos, el papel de las asociaciones de afectados y/o de ocio en sus prácticas, la presencia del fenómeno del aburrimiento y las razones percibidas por las que se producía, y finalmente las actividades que les gustaría realizar y las barreras percibidas. Las preguntas sobre el grado de satisfacción, la existencia o no de beneficios, el aburrimiento y la asistencia a asociaciones tenían formato de respuesta cerrado.

Finalmente, la tercera parte de la entrevista era una lista cerrada de 34 actividades (i.e. ir al cine) o categorías de actividades (i.e. hacer manualidades) que permitía obtener la siguiente información: primero, si la realizaba o no. En el caso de que la respuesta fuese afirmativa, se indagaba la frecuencia con que se practicaba (diario, fin de semana, frecuente, ocasional y en vacaciones). En el caso de

que dijese que no realizaba esa actividad o categoría de actividades, se preguntaba si le gustaría hacerla y las razones por las que no la practicaba. Las razones se clasificaron atendiendo al listado de barreras mencionado anteriormente, registrándose sólo la barrera principal para cada actividad.

La entrevista se complementaba con un manual de instrucciones para la administración de la entrevista. Dicho manual incluía una detallada exposición del contenido de la entrevista, las instrucciones sobre su administración y las categorías de codificación, con sus definiciones y ejemplos ilustrativos. Tenía también información importante sobre las estrategias para crear un clima de participación y sinceridad por parte del entrevistado, así como instrucciones precisas sobre el modo de proceder del encuestador. De esta forma se pretendía garantizar la sistematicidad en el proceso de recogida de datos.

Procedimiento

Los profesionales del centro comunitario se encargaron de establecer contacto con los sujetos, solicitando su participación de forma voluntaria. La mayoría de los sujetos, un 69%, asistían regularmente a este centro. Otros, un 25 %, procedían de un centro filial de talleres ocupacionales, y un 6% de un centro de empleo protegido. El estudio pretendía contar con una muestra proporcional en cuanto a la situación laboral, sobre todo por su incidencia en la ocupación y estructuración del tiempo. Sin embargo, muchos de los sujetos del centro de empleo protegido declinaron participar.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los locales de la entidad, en el centro ocupacional y en el centro de empleo protegido. Se les explicaba el objetivo y contenido de la encuesta y se solicitó, en todos los casos, su consentimiento oral o escrito, garantizando la confidencialidad de los datos. La recogida de datos duró unos dos meses.

Las entrevistas fueron realizadas por una alumna de doctorado, licenciada en Psicología y con experiencia previa en la intervención en ocio con personas hospitalizadas con trastornos mentales. Los datos fueron codificados por la entrevistadora y la autora.

Resultados

1. *La práctica de actividades*

El primer aspecto analizado se refería a las actividades de ocio que practicaban los sujetos, su frecuencia, quién las organizaba y con quién se compartían. Veamos detalladamente cada una de estas cuestiones, tanto en las preguntas abiertas como en las cerradas.

Actividades practicadas

El dato más básico relativo al ocio consistía en conocer qué actividades realizaban las personas con trastorno mental. La tabla 5 muestra un resumen de estos datos en el que se recogen las ocho actividades señaladas por más personas. Se recogen sólo ocho porque a partir de la séptima los porcentajes de personas que las mencionaron fueron bajos, inferiores al 15% del total de sujetos, lo que revelaba una esperada variabilidad en la práctica de actividades. Por ejemplo, las actividades que más personas mencionaron de forma espontánea al preguntárseles por sus actividades de ocio fueron el paseo y salir y estar con los amigos, con un 60% de personas encuestadas que afirmaron realizar estas actividades. Estas ocho actividades constituyen la esencia de lo que este grupo identifica como actividades de ocio.

Tabla 5

Práctica de actividades: porcentaje de las ocho actividades más citadas en las preguntas abiertas.

Actividad	Porcentaje
Pasear	60%
Salir y estar con los amigos	60%
Ver programas de entretenimiento en TV o vídeos	56%
Escuchar música	38%
Leer	37%
Ir al cine	34%
Ver programas culturales en la TV	31%
Practicar un deporte individual	27%

Se observa que el abanico de actividades que mayor proporción de personas afirmaba, de forma espontánea, practicar, está relacionado con el ocio de la vida diaria, con las actividades más habituales entre la población general. Así mismo, se observa que estas ocho actividades cubren los diversos ámbitos o dimensiones del ocio, la deportiva, la cultural (leer, ver documentales y programas culturales), la de entretenimiento y descanso (ver televisión, escuchar música, paseo) y la social (salir y estar con los amigos). El único ámbito que no aparecía se refiere al turismo y viajes, posiblemente porque pertenece más al ocio extraordinario y también por demandar un poder adquisitivo del que estos sujetos carecían.

Los porcentajes de sujetos que practicaban las actividades cambiaron cuando al sujeto se le enumeraban una a una diversas actividades o tipos de actividades y se preguntaba explícitamente sobre su participación. La tabla 6 recoge estos datos junto con la frecuencia preferente con que se practicaban y el porcentaje de sujetos, sobre el total que realizaba la actividad, que lo hacía con dicha frecuencia. Así por ejemplo, el 93% afirmaba que veía la televisión o escuchaba radio como entretenimiento, y de estos, la mayoría, un 58%, lo hacía de forma frecuente, es decir, varias veces a la semana.

Tabla 6

Práctica de actividades: porcentajes de sujetos que practican diversas actividades y frecuencia de práctica en preguntas cerradas.

Actividad	Porcentaje sujetos	Frecuencia preferente	Porcentaje frecuencia preferente
Pasear por la ciudad, por el campo	96	Frecuente	72
Ver en la TV, oír en la radio programas de entretenimiento (deportes, series, concursos, etc.)	93	Frecuente	58
Escuchar música	91	Frecuente	48
Ir al campo, a la montaña, a la playa	90	Vacaciones	42
Visitar, estar con familiares, celebraciones	86	Frecuente	63
Ver, oír programas culturales, documentales, debates en la TV	84	Frecuente	77

Tabla 6 (continuación)

Actividad	Porcentaje sujetos	Frecuencia preferente	Porcentaje frecuencia preferente
Ir de copas o de vinos, ir a cenar	78	Fin semana	46
Leer	76	Ocasional	41
Ir al cine	76	Ocasional	42
Descansar, dormir	74	Ocasional	35
Salir y estar con los amigos	71	Frecuente	52
Aprender cosas nuevas: cursos, idiomas	65	Frecuente	90
Salir de vacaciones, fin de semana, puentes, etc.	65	Vacaciones	74
Ir de compras como diversión	54	Frecuente	61
Jugar a cartas y juegos de mesa (dominó, ajedrez, parchís, etc.)	54	Ocasional	42
Asistir a exposiciones, museos, ferias, conferencias, representaciones de teatro, danza, poesía, etc.	51	Ocasional	54
Realizar una actividad artística (pintar, etc.), musical (cantar) o literaria (escribir)	41	Frecuente	75
<i>Hobbies</i> (trenes, coches, aviones, maquetas, fotografía, plantas, cocinar, pasatiempos, etc.). Coleccionismo (llaveros, monedas, sellos, etc.)	35	Frecuente	61
Hacer viajes o excursiones culturales	33	Ocasional	41
Juegos de azar (bingo, quinielas, máquinas, loterías, etc.)	32	Frecuente	70
Asistir a conciertos de música	31	Ocasional	60
Hacer trabajos manuales (macramé, coser, bordar, punto, cerámica), bricolaje	25	Frecuente	58
Practicar un deporte individual	27	Frecuente	58
Ir de discotecas	20	Fin semana	70
Practicar un deporte en equipo	19	Frecuente	48
Asistir a fiestas de amigos u organizarlas	18	Ocasional	63
Actividades en la Naturaleza: mirar animales y plantas, coger setas, moras o caracoles	14	Frecuente	76

Tabla 6 (continuación)

Actividad	Porcentaje sujetos	Frecuencia preferente	Porcentaje frecuencia preferente
Juegos de ordenador (Internet) y videojuegos	14	Frecuente	43
Participar en tertulias o asociaciones de carácter cultural	9	Frecuente	50
Pertenecer a asociaciones lúdicas (txokos) o deportivas (clubes de fútbol)	8	Frecuente	58
Colaborar con mi asociación	6	Frecuente	56
Pertenecer a peñas o comparsas de fiestas de mi barrio/ciudad	4	Vacaciones	33
Colaborar como voluntario en alguna asociación	3	Frecuente	75

Como puede verse, los porcentajes son mucho más elevados que con la metodología de preguntas abiertas, excepto para diez tipos de actividades que no alcanzan el 25% de las personas encuestadas. Casi la totalidad de los sujetos mencionaban el paseo como actividad frecuente, junto con ver u oír programas de entretenimiento y escuchar música, actividades muy comunes entre la población general. Puede deducirse también de esta tabla que el abanico es amplio, con 25 actividades o tipos de actividades que practicaban, como mínimo, un 25% de los sujetos.

Comparando los datos con la tabla anterior, observamos que cinco de las ocho actividades más señaladas por los encuestados figuran también entre las ocho primeras de la lista cerrada, ocupando las actividades de ir al cine, salir y estar con los amigos y la práctica de deporte individual posiciones algo posteriores pero todavía con un porcentaje significativo de personas que las practicaban. Son todas actividades frecuentes, excepto la lectura e ir al cine, que parece que se practicaban de forma ocasional, es decir, varias veces al mes. La coherencia de los datos derivados de las dos formas de preguntar apunta a cierta consistencia en los resultados.

Por otro lado, las diferencias resultantes de estas dos formas de preguntar nos permiten hacer ciertas inferencias sobre lo que las

personas consideran ocio. Por ejemplo, la actividad de visitar o estar con familiares y las celebraciones familiares, aunque el 86% decía practicarlas al preguntarles concretamente por ello, no surgió en la pregunta abierta, indicando que tal vez sea una actividad vivida más como obligatoria que de ocio. De la misma manera, dormir y descansar, mencionados por el 74% de los sujetos, actividad que algunos autores (Dumazedier, 1964) consideran como ocio reparador, de descanso o relajación, es tal vez vivido como una actividad de la vida diaria necesaria, pero no parte sustancial de nuestro ocio con significado. El estudio de las diferencias también revela que hay porcentajes altos de personas que realizan diversas modalidades de salidas, viajes o turismo («salir de vacaciones, fin de semana o puentes» un 65%, o «hacer viajes o excursiones culturales» un 33%) que no surgen en la pregunta abierta, apuntando que el ocio más extraordinario u ocasional no suele formar parte de la conciencia más inmediata de lo que constituye nuestro ocio, y que al preguntarles de forma abierta las personas tienden a enumerar las actividades que forman parte del ocio cotidiano, incluido el del fin de semana.

Por lo que respecta a las actividades que menos gente practicaba, son bajas las tasas de personas que participaban en grupos organizados de ocio como puedan ser tertulias, comparsas o asociaciones lúdicas o deportivas, o la colaboración como voluntario en alguna asociación. Parece que la dimensión social del ocio tendía a cubrirse en las redes sociales cercanas, la familia y los amigos, y con las actividades típicas que se practicaban con ellos, y no destacaba, por tanto, la participación en actividades de ocio que tienen el potencial de generar nuevas relaciones sociales.

Un último aspecto destacable era la cantidad de respuestas dadas por cada sujeto. En la pregunta abierta la media fue de 4,5 actividades con un mínimo de 1 y un máximo de 9 y una desviación típica de 1,45; en las preguntas cerradas, la media fue de 15,4 actividades, con un mínimo de 4 actividades mencionadas, un máximo de 23, y una desviación típica de 3,4.

Gestión de las actividades

Se preguntó de forma abierta quién organizaba las actividades que practicaban. Para las ocho actividades más frecuentemente

mencionadas en las preguntas abiertas (siete de las cuales pueden ser de carácter solitario), las personas afirmaron que organizaban sus propias actividades (el 94% las organizaban ellos mismos). Las tasas de respuesta en las otras categorías eran bajas, en ningún caso llegaban al 10%, revelando que, según los sujetos, ni su familia ni las asociaciones organizaban sus actividades de ocio. En suma, parece ser que lo que hacían lo organizaban y decidían ellos mismos, aunque son actividades que no demandan habilidades especiales ni hacen referencia a un ocio activo o social.

Integración social en el ocio

Además de saber quién era responsable de organizar las actividades, era interesante conocer con quién se compartían y dónde se llevaban a cabo. El ocio, como defiende Iso-Ahola (1980), es sobre todo una experiencia de carácter social, aunque, evidentemente, hay muchas actividades de naturaleza solitaria. Como puede verse en la tabla 7, las personas con trastornos mentales compartían su ocio, en grado destacable, con la familia de origen, y con amigos sin trastorno mental. En relación con los datos anteriores relativos a la gestión se puede afirmar que la percepción de control, de la toma de decisiones respecto a si llevar a cabo una actividad o no, es intrínseca, aunque después, una vez decidido realizar la actividad, las personas adultas con trastornos mentales se apoyan mayoritariamente en sus familiares. El porcentaje de sujetos que decían compartir su ocio con amigos sin trastorno mental es también relevante, apuntando una cierta integración social, aunque no podemos determinar la frecuencia con la que sucede. También es reseñable que un 24% afirmaba compartir sus actividades en grupos de carácter segregado, grupos generados en torno al centro comunitario y programas de inserción laboral en los que participaban.

Con relación a la integración social en el ocio, los datos sobre la asistencia a diversos tipos de asociaciones indicaban que un bajo porcentaje (el 7%) de personas con discapacidad acudían a asociaciones comunitarias relacionadas con el ocio. Así mismo, fue bajo el porcentaje de sujetos que acudían a las asociaciones de afectados (en torno al 10%), revelando que su ocio no estaba vinculado a las asociaciones.

Tabla 7
Contexto social del ocio*

Con quién comparte actividades	Porcentaje
Solo	37%
Familia de origen.	41%
Pareja/familia propia	11%
Amigos con trastorno mental.	24%
Amigos sin trastorno mental	43%
Amigos con/sin trastorno mental	6%

* Los porcentajes no suman 100 porque cada sujeto ha podido dar varias respuestas.

2. Satisfacción, beneficios y aburrimiento

Satisfacción

Los datos de la tabla 8 revelan que hay solamente un 30% de personas que indicaban estar bastante o muy satisfechas con su vivencia de ocio. El 59% clasificaba su grado de satisfacción como normal, y para un 11% su vivencia de ocio resultaba claramente insatisfactoria. Los datos muestran una realidad que podría mejorar sustancialmente, máxime cuando nos estamos refiriendo a un ámbito de la experiencia y conducta humana caracterizado por conllevar, por propia definición, satisfacción. Siendo además el ocio una de las esferas de la vida que más contribuye a la satisfacción vital y la calidad de vida, la cuestión de la satisfacción no resulta baladí. Si además de esto tenemos en cuenta una reflexión metodológica relativa a la tendencia de las personas a responder de forma socialmente deseable o valorada en las encuestas y evaluaciones psico-sociológicas, podemos asumir que ese factor distorsionador está en juego y que las respuestas en sentido positivo están afectadas, infladas, por este fenómeno tan común en la investigación. En suma, el grado de satisfacción con las experiencias de ocio de las personas con trastornos mentales parece bajo con relación a la posibilidad intrínseca de experimentar satisfacción de estas experiencias.

Tabla 8
Grado de satisfacción.

Satisfacción	Porcentaje
Nada satisfecho	1%
Poco satisfecho	10%
Normal	59%
Bastante satisfecho	22%
Muy satisfecho	8%

Beneficios

A pesar de no estar todo lo satisfechos que podrían con su vivencia del ocio, el grupo estudiado mostró tener una clara conciencia de los beneficios del ocio. Para el 86%, el ocio tiene beneficios o aspectos positivos. Un 7% señaló que sólo a veces tenía aspectos positivos y otro 7% no los percibía. En cuanto a la naturaleza de estos beneficios, la tabla 9 muestra que la mayoría destacaba los beneficios emocionales relacionados con afectos o sentimientos positivos (sentirse bien, divertirse, disfrutar), teniendo una menor conciencia de los beneficios sociales, físicos y cognitivos y, prácticamente nula de los conductuales. En suma, parece que el grupo estudiado valoraba el ocio, especialmente porque le resulta una experiencia emocional positiva frente a los efectos de la enfermedad.

Tabla 9
Naturaleza de los beneficios.

Tipo de beneficios percibidos	Porcentaje
Emocionales	77%
Sociales	28%
Físicos	22%
Cognitivos	18%
Conductuales	1%

Aburrimiento

A la pregunta de si se aburrían en su tiempo de ocio, un 56% respondió no aburrirse, frente a un 34% que decía aburrirse a veces y un 10% que se aburría siempre. De nuevo, teniendo en cuenta el efecto de la deseabilidad social en este tipo de preguntas, podemos concluir que las tasas de aburrimiento plantean un amplio margen para la mejora del ocio del colectivo. Cuando a ese 44% que decía aburrirse o aburrirse en ocasiones se le preguntó por qué se aburrían, los sujetos tendieron a dar una única razón principal que se distribuyó de manera más o menos uniforme. Así, el 24% señaló razones asociadas a la falta de relaciones sociales, es decir, no tener con quién hacer las cosas; otro 27% destacó razones que pueden aglutinarse bajo el término de atribuciones negativas (juicios o evaluaciones negativas sobre la propia capacidad o adecuación para llevar a cabo determinadas actividades); un 28% achacó el aburrimiento al afecto negativo vinculado con su trastorno, la mermada capacidad de disfrute, y un 25% reconoció una falta de iniciativa para hacer cosas, también asociada a la enfermedad.

3. *La demanda de actividades de ocio*

Cuando se les preguntó abiertamente si había actividades que desearían realizar y no realizaban, el 67% de los encuestados respondió afirmativamente, frente a un 33% que no deseaba hacer más de lo que ya hacía. Volveremos posteriormente sobre este último grupo.

Entre las actividades que mayor demanda espontánea planteaban destacan la práctica de un deporte individual (29%), el hacer viajes o excursiones culturales (15%), salir de vacaciones, fin de semana o puente (10%), y un grupo de otras actividades (20%) entre las que se destaca el deseo de conducir un coche, actividad que, debido a las consecuencias de la enfermedad, habían dejado de realizar o nunca pudieron iniciar. También apareció el deseo de tener pareja.

Cuando se analizó la demanda mediante las preguntas cerradas, preguntando específicamente si desearían realizar una actividad que habían dicho que no practicaban, los datos, en general, confir-

maron lo que surgía en la pregunta abierta, aunque se mostraron porcentajes más elevados. La tabla 10 recoge estos datos. En ella se ha apuntado la demanda actual, es decir, el porcentaje de sujetos que realizaban cada actividad, la no demanda, esto es, el porcentaje de sujetos que manifestaron no desear practicar esa actividad si es que no la practicaban, y la denominada demanda latente, el porcentaje de sujetos a quienes les gustaría llevar a cabo cada una de las actividades estudiadas. La tabla está organizada en orden decreciente de demanda latente. Efectivamente, aparecían con los porcentajes más elevados los viajes, las excursiones culturales y el deporte individual, complementados con el salir y estar con amigos, el aprender cosas nuevas y el deporte en equipo. El resto de las actividades tenían una escasa demanda, en muchos casos porque ya se practicaban, pero en otros por falta de interés. Por ejemplo, había una escasa demanda y práctica real de actividades grupales de tipo comunitario, como pueden ser pertenecer a peñas o grupos de fiestas o a asociaciones de tipo lúdico, festivo o cultural. Tampoco parecía haber un gran interés por implicarse en el mundo asociativo, ni en el propio, ni como colaborador en otro tipo de asociaciones.

Tabla 10

Análisis de la demanda centrado en la demanda latente.

Actividad	Demanda	No demanda	Demanda latente
Hacer viajes o excursiones culturales	33	30	37
Salir y estar con los amigos	71	5	24
Practicar un deporte individual	27	51	22
Aprender cosas nuevas: cursos, idiomas	65	16	19
Salir de vacaciones, fin de semana, puentes, etc.	65	19	16
Practicar un deporte de equipo	19	66	15
Hacer trabajos manuales (macramé, coser, bordar, punto, cerámica), bricolaje	25	61	14
Participar en tertulias o asociaciones de carácter cultural	9	77	14

Tabla 10 (continuación)

Actividad	Demanda	No demanda	Demanda latente
Juegos de ordenador (Internet) y videojuegos	14	74	12
Colaborar como voluntario en alguna asociación	3	85	12
Realizar una actividad artística (pintar, etc.), musical (cantar) o literaria (escribir)	41	50	9
Asistir a conciertos de música	31	61	8
Asistir a exposiciones, museos, ferias, conferencias, representaciones de teatro, danza, poesía, etc.	51	42	7
Colaborar con mi asociación	6	87	7
Ir de discotecas	20	74	6
Pertenecer a asociaciones lúdicas (txokos) o deportivas (clubes de fútbol)	8	86	6
Leer	76	19	5
Ir al cine	76	19	5
Ir al campo, a la montaña, a la playa	90	6	4
Jugar a cartas y juegos de mesa (dominó, ajedrez, parchís, etc.)	54	42	4
<i>Hobbies</i> (trenes, coches, aviones, maquetas, fotografía, plantas, cocinar, pasatiempos, etc.). Coleccionismo (llaveros, monedas, sellos, etc.)	35	61	4
Ir de copas o de vinos, ir a cenar	78	19	3
Ver, oír programas culturales, documentales, debates en la T. V.	84	14	2
Pertenecer a peñas o comparsas de fiestas de mi barrio/ciudad	4	94	2
Ver en la TV, oír en la radio programas de entretenimiento (deportes, series, concursos, etc.)	93	6	1
Escuchar música	91	8	1
Visitar, estar con familiares, celebraciones	86	13	1
Descansar, dormir	74	25	1
Ir de compras como diversión	54	45	1

Tabla 10 (continuación)

Actividad	Demanda	No demanda	Demanda latente
Juegos de azar (bingo, quinielas, máquinas, loterías, etc.)	32	67	1
Asistir a fiestas de amigos u organizarlas	18	81	1
Actividades en la Naturaleza: mirar animales y plantas, coger setas, moras o caracoles	14	85	1
Pasear por la ciudad, por el campo	96	4	0

Otra forma de analizar algunos de estos datos, especialmente para ser utilizados como indicadores de la necesidad de promover y exigir la plena integración del colectivo y para planificar la labor de las asociaciones, es estudiar la demanda potencial de ocio, es decir, la suma de la demanda real y la demanda latente, que planteaba el colectivo, potenciales usuarios de servicios, actividades y programas si se garantizan las condiciones para un acceso universal y se trabaja en la remoción de barreras. La tabla 11 muestra una selección de las actividades más significativas desde esta perspectiva.

Como puede observarse, el interés por aprender cosas nuevas era elevado en el colectivo, así como por las salidas y excursiones. Es, una vez más, destacable la escasa demanda de actividades sociales comunitarias, aspecto que debería ser más potenciado como herramienta de integración. También eran muchos los que no habían desarrollado intereses relacionados con la actividad física o con los *hobbies* de diverso tipo, aunque los porcentajes de personas interesadas fueron suficientemente elevados como para que se plantee articular una respuesta a su demanda.

Respecto al 33% de sujetos que inicialmente manifestaron no estar interesados en realizar nuevas actividades, el análisis de sus respuestas a la pregunta cerrada concreta de si desearían practicar una determinada actividad muestra datos contradictorios con su anterior afirmación. Encontramos entre este grupo, por ejemplo, un 20% que posteriormente manifestó estar interesado en aprender co-

sas nuevas, un 31% que afirmó que le gustaría hacer viajes o excursiones culturales, y un 22% que deseaba salir y estar con los amigos, además de otras actividades con porcentajes inferiores. Bien sea esta aparente contradicción de los sujetos debida a que ante preguntas poco estructuradas no tenían conciencia clara o capacidad para manifestar sus intereses y sí eran capaces de identificarlos ante una pregunta concreta, bien debida a que, ante una lista cerrada de actividades experimentaron la presión de manifestar algún interés aunque no fuera genuino, el caso es que los datos muestran la cautela con la que debe interpretarse ese 33% no interesado y la necesidad de explorar en futuros estudios las razones de esa falta de interés por actividades nuevas.

Tabla 11

Análisis de la demanda centrado en la demanda potencial.

Actividad	No demanda	Demanda potencial
Aprender cosas nuevas: cursos, idiomas	16	84
Salir de vacaciones, fin de semana, puentes, etc.	19	81
Hacer viajes o excursiones culturales	30	70
Realizar una actividad artística (pintar, etc.), musical (cantar) o literaria (escribir)	50	50
Practicar un deporte individual	51	49
<i>Hobbies</i> (trenes, coches, aviones, maquetas, fotografía, plantas, cocinar, pasatiempos, etc.). Coleccionismo (llaveros, monedas, sellos, etc.)	61	39
Hacer trabajos manuales (macramé, coser, bordar, punto, cerámica), bricolaje	61	39
Practicar un deporte en equipo	66	34
Juegos de ordenador (Internet) y videojuegos	74	26
Participar en tertulias o asociaciones de carácter cultural	77	23
Colaborar como voluntario en alguna asociación	85	15
Colaborar con mi asociación	87	13

Finalmente, la entrevista terminaba con una pregunta abierta en la que se indagaban sus demandas concretas a la asociación de

usuarios. Aunque surgieron una gran diversidad de propuestas, merece destacarse la demanda de que la asociación ofreciese salidas y excursiones programadas, planteada por un 20% de los usuarios.

4. *Las barreras para la participación*

El último aspecto que este estudio intentó identificar fue el relativo a las principales barreras que los sujetos experimentaban para practicar determinadas actividades de su interés. Como muestra la tabla 12, cuando se preguntó de forma abierta los entrevistados destacaron la falta de recursos económicos (26%), la falta de tiempo (20%) y la falta de relaciones sociales (23% de los sujetos). Las dos primeras suelen ser las barreras más habituales entre la población general, aunque, en este caso, la baja tasa de ocupación indicaba, más bien, un exceso de tiempo. La falta de relaciones sociales ratificó lo que se considera una de las principales problemáticas de este colectivo, en muchas ocasiones estigmatizado por su condición. Aunque con porcentajes más bajos, el estudio ha identificado la presencia de barreras de tipo personal sobre las que es posible

Tabla 12

Razones por las que no se realizan las actividades deseadas (n=102)

Barreras	Porcentaje
Falta de recursos económicos	26%
Falta de relaciones sociales	23%
Falta de tiempo	20%
Falta de motivación	11%
Atribuciones negativas	10%
Falta de conocimiento	9%
Falta de habilidad	9%
Por la enfermedad	6%
Negativa familiar.	5%
Otras externas	5%
Rechazo social.	1%

plantear una intervención. Los modelos de los programas de educación del ocio, mencionados en la revisión bibliográfica, abordan específicamente esta cuestión. Para terminar, y a modo ilustrativo, señalaremos que el análisis pormenorizado de las barreras presentes en cada actividad concreta mostraba, por ejemplo, que ese 24% que deseaba salir y estar con amigos no lo hacía, fundamentalmente, por falta de relaciones (lo mismo sucedía con la práctica de un deporte en equipo), o que el deseo de un 12% de personas de colaborar como voluntario en una asociación no se hacía realidad por la falta de conocimientos sobre cómo y dónde poder realizarlo y las propias atribuciones negativas relativas a la adecuación personal para la actividad. Aunque en este último caso la demanda es escasa, no resulta por ello menos relevante, especialmente en un colectivo acostumbrado a un rol pasivo de receptor de ayuda.

Conclusiones

Este primer y limitado intento de recoger datos sobre la vivencia de ocio de un colectivo de personas con trastornos mentales crónicos nos permite apuntar una serie de conclusiones que deberán ser contrastadas con futuros estudios e investigaciones.

En primer lugar, el ocio de las personas con trastornos mentales crónicos, sus intereses y demandas, no son diferentes a las de la población general, no tienen hábitos de ocio diferentes o «anormales», como ya observaron Harrington y Cross en 1962. Ciertamente, experimentan dificultades fruto de las consecuencias del trastorno y de la respuesta social a éste. Por ejemplo, el cambio del estatus socioeconómico debido a los efectos de la enfermedad psiquiátrica en su situación económica puede ser que provoque cambios en su repertorio de ocio, pues ya no se pueden hacer cosas que antes se hacían (Harrington y Cross, 1962). También es cierto que esta barrera es una de las más habituales en la población en general.

Aunque su ocio, en conjunto, no es diferente al de la población general, sí destacan la escasa práctica deportiva y las actividades sociales de tipo comunitario. Al menos respecto al deporte,

se plantea una demanda que sería necesario afrontar, motivando y dotando a las personas de los recursos necesarios para iniciarse en actividades relacionadas con el mantenimiento y mejora de la salud. Otra diferencia reseñable respecto a la población general es la red social del ocio, pues parece que este colectivo de adultos comparte muchas de sus actividades de ocio con su familia de origen, posiblemente en respuesta a los problemas de integración social.

Las personas adultas con trastornos mentales crónicos tienen intereses y necesidades de ocio que necesitan ser afrontadas. Hay un porcentaje significativo de personas que se aburren y/o que no están todo lo satisfechas que podrían con su ocio, lo cual afecta a su calidad de vida. Perciben que el ocio conlleva aspectos positivos, especialmente de tipo emocional, aspecto fundamental para generar expectativas positivas respecto a las actividades. Sin embargo, experimentan diversos tipos de barreras que impiden el logro de la satisfacción deseada y que en muchos casos podrían ser minimizadas mediante diversos programas e intervenciones.

En segundo lugar, no hay todavía una clara conciencia, entre los profesionales de la salud mental, de la importancia del ocio. Por consiguiente, todavía no contamos con servicios estructurados o un plan de acción para fomentar la integración comunitaria en ocio. Esto queda reflejado no sólo en los datos de este estudio, que muestran una escasa vinculación de los usuarios a las asociaciones con fines de ocio, sino también en un análisis de la literatura y los servicios actualmente existentes. Por ejemplo, el amplio manual del profesor Seva (1991a) sobre la psiquiatría y la salud mental en Europa, al describir las diferentes entidades que conforman hoy en día la atención psiquiátrica, y sus funciones, hace referencia a dispositivos como el taller protegido, el centro y el hospital de día pero no menciona ningún servicio de ocio.

La importancia del ocio debe ser abordada en dos direcciones. Una, por su relación y efecto en otros ámbitos o esferas de la vida del usuario. Tal y como afirma Skalko, es necesario que «los servicios de salud mental comunitaria se impliquen de forma activa en la provisión o facilitación de servicios de ocio, de recreación general y de ocio terapéutico» (Skalko, 1990, p. 9), ya que pueden desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento del paciente

en la comunidad. En la misma línea, Compton afirma que para evitar los altos niveles de recidivas «las personas necesitan una amplia gama de servicios, incluidos aquéllos que optimizan el funcionamiento de ocio» (Compton, 1994, p. 26). Otros autores del ámbito del ocio terapéutico apoyan esta idea afirmando que «existe un fundamento sólido para creer que el juego, la recreación y el ocio pueden ayudar a las personas a mejorar y mantener la salud física y psicológica y el bienestar, y que son vehículos para crear entornos que fomentan la aceptación social y aumentan la calidad de vida» (Shank, Coyle y Kinney, 1996, p. 190). En algunos sujetos, el ocio es especialmente importante. Cendoya y cols. (1997) señalan que resulta imprescindible con aquellos usuarios con quienes no es posible plantearse, al menos al principio, la realización de actividades laborales.

La segunda dirección hace referencia a la reivindicación del derecho al ocio para todos los ciudadanos. No basta con defender la importancia del ocio porque, para este grupo, resulte terapéutico, sea una herramienta para la rehabilitación o tengamos que paliar las dificultades de inserción laboral. Westland (1992) aboga por una postura política encaminada a hacer el ocio accesible a todos los ciudadanos como herramienta para mejorar la calidad de vida de todos, especialmente de los más desfavorecidos. El ocio ya se ha articulado como un derecho humano, pues constituye un ámbito clave de la vida de los ciudadanos de este nuevo milenio. El propio Seva reconoce que la prevención primaria, secundaria o terciaria aun en el caso de que incluyera el ocio, no es suficiente, pues, como afirma, «se necesitan medidas sociopolíticas y económicas que favorezcan la integración social de los pacientes psiquiátricos y los antiguos pacientes que tienen un alto riesgo de recaída, más debido a la marginación social en la que viven que a su ya curada enfermedad» (Seva, 1991b, p. 1838). Finalmente, en la misma línea se sitúan las propias demandas del colectivo (Primer Encuentro Nacional de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental, 1997) respecto al ocio.

Para plantear un abordaje riguroso y eficaz del ocio de este colectivo se hace necesario aproximar posturas, herramientas y conocimientos de los profesionales de la salud mental y de los profesionales del ocio. Westland (1992), durante su mandato como

presidenta de la Asociación Mundial de Ocio, afirmaba que todavía falta que los profesionales del ocio y de la salud mental «se convencen unos a otros de lo que el otro ámbito tiene que ofrecerles» (p. 18). En este sentido, los programas de ocio terapéutico tienen mucho que aportar a los servicios comunitarios de salud mental. En concreto, las intervenciones de educación y *counseling* del ocio pueden favorecer el desarrollo de una conciencia de la importancia del ocio, la exploración de los propios intereses y recursos, la remoción de barreras y la adquisición de las destrezas necesarias para una plena y satisfactoria participación en ocio (Cendoya y cols., 1997; Levitt, 1991).

La última conclusión hace referencia a la importancia y necesidad de llevar a cabo investigaciones y estudios sobre el ocio del colectivo y sobre el efecto de los programas y servicios de ocio en la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud mental. Levitt reconoce que «aún no sabemos exactamente qué es terapéutico de la participación en actividades recreativas» (Levitt, 1991, p. 167). En este sentido, el trabajo de Shank y su equipo (Coyle, Kinney y Shank, 1993; Shank y Kinney, 1991) recoge importantes recomendaciones sobre cómo llevar a cabo estudios sobre los resultados de las intervenciones en ocio terapéutico. Es necesario conocer cuestiones clave como, por ejemplo, el impacto que la aparición del trastorno tiene sobre el ocio de la persona, aspecto que sólo se ha investigado en una ocasión (Harrington y Cross, 1962) encontrando un importante cambio en los hábitos de ocio, especialmente entre aquéllos que anteriormente habían tenido un ocio activo y social. De igual manera, sería importante realizar estudios similares al presentado en estas páginas pero con muestras amplias y representativas y analizando el efecto de variables como los años de evolución del trastorno, tipo de trastorno y todos aquellos aspectos que pueden influir en el ocio del colectivo. Finalmente, es especialmente importante investigar el impacto que diferentes programas y servicios de ocio pueden tener en la vida de las personas que sufren trastornos mentales severos y duraderos.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1997). «Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 154 (suplemento 4), 1-63.
- ATKINSON, J. M., COIA, D. A., GILMOUR, W. H. y HARPER, J. P. (1996). «The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life». *The British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- ATKINSON, M., ZIBIN, S. y CHUANG, H. (1997). «Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology». *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- BANAKA, W. H. y YOUNG, D. W. (1985). «Community coping skills enhanced by an adventure camp for adult chronic psychiatric patients». *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 746-748.
- BARRY, M. M. y CROSBY, C. (1996). «Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders». *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- BOBES, J., GONZÁLEZ, M. P. y BOUSOÑO, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous Editores.
- BORGOÑOS, E., MORCILLO, L. y BARCIA, D. (1995). «Esquizofrenia: calidad de vida y años de evolución». *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 293-298.
- BROWNE, S., ROE, M., LANE, A., GERVIN, M., MORRIS, M., KINSELLA, A., LARKIN, C. y O'CALLAGHAN, E. (1996). «Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- BULLOCK, C. y LUKEN, K. (1994). «Reintegration through recreation: a community based rehabilitation model». En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.), *Leisure and mental health* (pp. 215-233). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- CADWELL, L. L. y WEISSINGER, E. (1994). «Factors influencing free time boredom in a sample of persons with spinal cord injury». *Therapeutic Recreation Journal*, 28, 18-24.
- Canadian Mental Health Association. Alberta North Central Region (1997). <http://www.cmha.ca>.

- CARPINIELLO, B., LAI, G. L., PARIANTE, C. M., CARTA, M. G. y RUDAS, N. (1997). «Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 235-241.
- CENDOYA, M., SOLEDAD DEL CAMPO, M. y RUIZ-ORTEGA, M. (1997). «Ocio y tiempo libre. Integración en recursos comunitarios. En A. Rodríguez», *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos* (pp. 249-267). Madrid: Pirámide.
- CHAMPNEY, T. F. y DZUREC, L. C. (1992). «Involvement in productive activities and satisfaction with living situation among severely mentally disabled adults». *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 899-903.
- COHEN, B. F. y ANTHONY, W. A. (1984). «Functional assessment in psychiatric rehabilitation». En A. Halpern y M. Fuhrer (eds.), *Functional assessment in rehabilitation* (pp. 79-100). Baltimore: Paul H. Brookes.
- COHI, A. (1990). «Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos según la condición de tratamiento». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 201-218.
- COMPTON, D. M. (1994). «Leisure and mental health: contexts and issues». En D. M. Compton y S. E. Iso-Ahola (eds.), *Leisure and mental health* (pp. 1-33). Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- COYLE, W. B., KINNEY, W. B. y SHANK, J. W. (1993). «Trials and tribulations in field-based research in therapeutic recreation». En M. J. Malkin y C. Z. Howe (eds.), *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp. 207-232). State College, PA: Venture.
- DRIVER, B. L., BROWN, P. J. y PETERSON, G. L. (1991). *Benefits of leisure*. State College, PA: Venture.
- DUMAZEDIER, J. (1964). *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona: Estela.
- EDGINTON, C. R. (1995). *Leisure and life satisfaction: foundational perspectives*. Madison: Brown & Benchmark.
- GIBBONS, J. S., HORN, S. H., POWELL, J. M. y GIBBONS, J. L. (1984). Schizophrenic patients and their families: A survey in a psychiatric service based in a District General Hospital Unit. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.
- GORBEÑA, S. y MADARIAGA, A. (1999). *Encuesta sobre las prácticas de ocio de las personas con discapacidad*. Sin publicar, Universidad de Deusto.
- GORDON, H. L., ROSENBERG, D. y MORRIS, W. E. (1966). «Leisure activities of schizophrenic patients after return to the community». *Mental Hygiene*, 50, 452-459.

- HARRINGTON, J. A. y CROSS, K. W. (1962). «A preliminary investigation of leisure in psychiatric patients». *Mental Hygiene*, 46, 580-597.
- HO, B. C., NOPOULOS, P., FLAU, M., ARNDT, S. y ANDREASEN, N. C. (1998). «Two year outcome in first episode schizophrenia: Predictive value of symptoms for quality of life». *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-1201.
- IGARTUA, J., IRAURGI, J., BASABE, N., PAEZ, D. y CELORIO, M. J. (1994). *Enfermedad mental: grupos de autoayuda e integración social*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ISO-AHOLA, S. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque, IA: W.C. Brown.
- ISO-AHOLA, S. E. y WEISSINGER, E. (1990). «Perceptions of boredom in leisure: Conceptualization, reliability and validity of the Leisure Boredom Scale». *Journal of Leisure Research*, 22, 1-17.
- JACKSON, E. L. (1990). «Variations in the desire to begin a leisure activity: Evidence of antecedent constraints?» *Journal of Leisure Research*, 25, 55-70.
- JACKSON, E. L. (1993). «Recognizing patterns of leisure constraints: Results from alternative analysis». *Journal of Leisure Research*, 25, 129-149.
- JACKSON, E. L. y RUCKS, V. C. (1993). «Reasons for ceasing participation and barriers to participation: Further examination of constrained leisure as an internally homogeneous concept». *Leisure Sciences*, 15, 217-230.
- KENNEDY, D. W., SMITH, R. W. y AUSTIN, D. R. (1991). *Special recreation: opportunities for persons with disabilities*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.
- LEVITT, L. (1991). «Recreation for the mentally ill». En B. L. Driver, P. J. Brown y G. L. Peterson, *Benefits of leisure* (pp.161-178). State College, PA: Venture.
- LIBERMAN, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- LIBERMAN, R. P. (1996). *Social and independent living skills. Recreation for leisure module. Trainer's manual*. Los Angeles: UCLA.
- LUCAS, R., SALCEDO, A., SUSIN, C., ROCA, B., MORENO, M., ZIMMER, M., JORDA, E., GUILLEN, A., GARRIDO, I. y PUCHE, J. (1997). «Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos y en parientes de esquizofrénicos». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24, 143-155.
- MAHON, M. J., BULLOCK, C. C., LUKEN, K. y MARTENS, C. (1996). «Leisure education for persons with severe and persistent mental illness:

- is it a socially valid process?» *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 197-212.
- MANNELL, R. C. y KLEIBER, D. A. (1997). *A social psychology of leisure*. State College: Venture.
- MARDER, S. R., WIRSHING, W. C., MINTZ, J., MCKENZIE, J., JOHNSTON-CRONEK, K., ECKMAN, T. A., LEBELL, M. y LIBERMAN, R. P. (1996). «Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 153, 1585-1592.
- MCCORMICK, B. P. (1999). «Contribution of social support and recreation companionship to the life satisfaction of people with persistent mental illness». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 304-319.
- MCCREADY, R. G. y BARRON, E. T. (1984). «The Hithsdale schizophrenia survey IV. Social adjustment by self-report». *British Journal of Psychiatry*, 144, 547-550.
- MERCIER, C. y KING, M. C. (1994). «A latent variable casual model of the quality of life and community tenure of psychotic patients». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 72-77.
- NEGLEY, S. K. (1994). «Recreation therapy as an outpatient intervention». *Therapeutic Recreation Journal*, 28, 35-40.
- NEULINGER, J. (1980). *The psychology of leisure*. Springfield, MA: Charles C. Thomas.
- OKIN, R. L. y PEARSALL, D. (1993). «Patients' perceptions of their quality of life 11 years after discharge from a state hospital». *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 236-240.
- OTERO, V. (1997). «Plan individualizado de rehabilitación. En S. Rebolledo», *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 93-96). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Primer Encuentro Nacional de los Usuarios de los Servicios de Salud Mental (1997). Alicante.
- RAGHEB, M. G. y TATE, R. L. (1993). «A behavioral model of leisure participation, based on leisure attitude, motivation and satisfaction». *Leisure Studies*, 12, 61-70.
- REBOLLEDO, S. (1997a). «El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental». En S. Rebolledo (ed.), *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 77-92). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- REBOLLEDO, S. (1997b). «El centro de rehabilitación psiquiátrica». En S. Rebolledo (ed.), *Rehabilitación psiquiátrica* (pp. 189-214). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

- ROSENFELD, S. y NEESE-TODD, S. (1993). «Elements of a psychosocial clubhouse program associated with a satisfying quality of life». *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 76-78.
- SAINFORT, F., BECKER, M. y DIAMOND, R. (1996). «Judgements of quality of life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives». *American Journal of Psychiatry*, 153, 497-502.
- SEVA, A. (1991a). «The different institutions making up the psychiatric care network». En A. Seva (dir.), *The european handbook of psychiatry and mental health* (vol. II) (pp. 1841-1847). Barcelona: Anthropos.
- SEVA, A. (1991b). «Prevention of mental disorders». En A. Seva (dir.), *The european handbook of psychiatry and mental health* (vol. II) (pp. 1833-1840). Barcelona: Anthropos.
- SHANK, J. W. y KINNEY, W. B. (1991). «Monitoring and measuring outcomes in therapeutic recreation». En B. Riley (ed.), *Quality management: applications for therapeutic recreation* (pp. 69-82). State College, PA: Venture.
- SHANK, J. W., COYLE, C. P. y KINNEY, W. B. (1996). «A classification scheme for therapeutic recreation research grounded in the rehabilitative sciences». *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 179-196.
- SHAW, S. M. y BONEN, A. (1991). «Do more constraints mean less leisure? Examining the relationship between constraints and participation». *Journal of Leisure Research*, 23, 286-300.
- SKALKO, T. M. (1990). «Discretionary time use and the chronically mentally ill». *Annual in Therapeutic Recreation*, 1, 9-14.
- WEISSINGER, E. (1995). «Effects of boredom on self-reported health». *Loisir et Société/Leisure and Society*, 18, 21-32.
- WESTLAND, C. (1992). «Leisure and mental health». *World Leisure and Recreation*, 34, 14-19.

Documentos de Estudios de Ocio

El objetivo principal de este libro es reflexionar sobre el ocio de las personas que sufren trastornos mentales severos, así como mostrar su importancia para la mejora y el logro de la salud mental y la calidad de vida de este colectivo. Así, se formula una propuesta de intervención en ocio desde el paradigma de la rehabilitación psiquiátrica y se dan a conocer los resultados de dos estudios sobre la realidad del ocio de los pacientes psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios. Se ofrecen asimismo sugerencias para mejorar la vivencia del ocio de un grupo de población para el que el ocio puede constituir un determinante clave en la calidad de vida y el bienestar psicológico.



Universidad de
Deusto

Deustuko
Unibertsitatea

