

## PROGRAMA DE OCIO DE JÓVENES EN SALUD MENTAL

## PROGRAM OF LEISURE FOR YOUNG PEOPLE IN MENTAL HEALTH SERVICES



**José Vicente García Gómez**  
Terapeuta Ocupacional en ASAEM en Gandía  
(Valencia, España).  
E-mail de contacto: [jvtalavera@gmail.com](mailto:jvtalavera@gmail.com)



**Paula Sastre Portes**  
Terapeuta Ocupacional y Fisioterapeuta.  
Terapeuta Ocupacional de Hospital de Día de  
Salud Mental y del Programa de Tratamiento de  
Primeros Episodios Psicóticos de Gandía. Hospital  
Francisc de Borja, Gandía (Valencia, España).  
E-mail de contacto: [paula\\_sastre@hotmail.com](mailto:paula_sastre@hotmail.com)

**Introducción:** el Programa de Ocio de Jóvenes en Salud Mental nació a partir del Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PT-PEP) de la Unidad de Salud Mental del Departamento de Salud de Gandía, destinado a jóvenes que han sufrido un primer episodio psicótico, así como otras personas con plaza en alguno de los recursos de rehabilitación psicosocial que gestiona la asociación ASAEM. El objetivo principal era que el grupo sirviera como medio para la adherencia al proceso de recuperación de los participantes, además de

identificar el perfil de participantes que pueden beneficiarse del programa, realizar hipótesis acerca de la problemática que pueden presentar respecto a la ocupación en actividades de ocio, identificar factores que apoyan o limitan la participación en el ocio y remitir resultados a los servicios de salud mental.

**Método:** la metodología utilizada fue más allá de la habitual en la organización de talleres grupales, introduciendo los conceptos de ocio autogestionado y ocio como fin en sí mismo. El estudio se ha llevado a cabo a través de una investigación cualitativa, que tras más de cuatro años de experiencia del programa ha ofrecido resultados para apoyar la validez de la metodología, basada en principios propios de Terapia Ocupacional. **Conclusión:** 45 personas se han beneficiado del programa en 161 sesiones desde el inicio del proyecto a finales de 2014 y ha mantenido su continuidad, demostrando que ha contribuido al vínculo de los participantes a su propio proceso de recuperación a través de una propuesta alternativa a programas tradicionales de ocio.

**Introduction:** The Program of leisure for young people in Mental Health services was born from the Program of Treatment of First Psychotic Episodes (PT-PEP in spanish) in the Mental Health Unit at Health Department in Gandia. It was designed for young people who had suffered the first psychotic episode and other people who assist to some psychosocial rehabilitation resources managed by an association called ASAEM. The first objective was that this group could be a way for adherence to the recovery process of the participants, and also other objectives were to identify the profile of participants who can benefit from the program, to make hypotheses about the problems they have with occupation in leisure activities, to identify factors that support or limit participation in leisure and to send results to the Mental Health Services. **Methods:** Methodology which has been used was beyond the most frequent used in the organization of group programs, inserting the concepts of self-managed leisure and leisure like a purpose in itself. The study is a qualitative research. Having more than four years of experiences the program has offered the results which give support to the validity of the method, based on the principles of Occupational Therapy. **Conclusion:** Forty five people have had the benefits from the program in 161 sessions since the project started at the end of 2014, and it has kept its continuity, demonstrating its support to the participants for their adherence to their own recovery process through an alternative proposal to traditional leisure programs.

**DeCS** Terapia Ocupacional; Salud Mental; Servicios de Salud Mental; Actividades Recreativas; Investigación Cualitativa.  
**Palabras clave** Jóvenes; Ocio.

**MeSH** Occupational Therapy; Mental Health; Mental Health Services; Leisure Activities; Qualitative Research. **Key words** Youth; Leisure.

Texto recibido: 15/02/2019

Texto aceptado: 25/09/2019

Texto publicado: 30/11/2019

Derechos de autor



## INTRODUCCIÓN

En noviembre de 2014 la Unidad de Salud Mental (USM) del Departamento de Salud de Gandía, a través del Programa de Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos (PT-PEP), propone una colaboración con la asociación ASAEM Salud Mental para implementar el Programa de Ocio de Jóvenes. Dicha colaboración supone una oportunidad de trabajo interdisciplinar entre diversos recursos, que puede aumentar las posibilidades de recuperación y mejorar la calidad de la atención.

También supone una experiencia de colaboración entre dos terapeutas ocupacionales procedentes de dos dispositivos diferentes, que además disponemos siempre del apoyo de los equipos para diseñar y llevar a cabo un programa con libertad para la toma de decisiones sobre el desarrollo y los cambios en la intervención y especialmente a la hora de justificar el programa usando modelos y conceptos propios de nuestra disciplina y también en la metodología utilizada, estableciendo una potente "coordinación y colaboración coherente entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario <sup>(1)</sup>".

El PT-PEP se inició en el año 2008 y constituye la primera experiencia de este tipo en la Comunidad Valenciana. Actualmente es un programa consolidado que ha demostrado capacidad para tratar a personas que sufren un primer episodio psicótico detectadas en el Departamento de Salud. Se trata de un programa intensivo de 3 a 5 años de duración, integrado por intervenciones terapéuticas tanto biológicas como psicosociales, que han demostrado su eficacia en el tratamiento de las fases iniciales de las psicosis.

ASAEM Salud Mental es una entidad sin ánimo de lucro creada en 1988 y declarada de Utilidad Pública (O.M. 14/03/03) compuesta por profesionales, familiares y personas con enfermedad mental que gestiona varios recursos de salud mental en Gandía: un CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Social). El recurso análogo en otras Comunidades Autónomas es el CRPS (Centros de Rehabilitación Psicosocial) que dispone de 70 plazas, un Centro de Día que atiende a 20 personas y 2 viviendas tuteladas de 4 plazas, una para hombres y otra para mujeres. Además ofrece otros servicios, atendiendo a más de 120 personas en 2019. La Safor es una comarca de la Comunidad Valenciana (España), con una población de 174.459 habitantes y capital en Gandía.

### Antecedentes y objetivos del estudio. Justificación del proyecto

El PT-PEP plantea crear un programa destinado específicamente para jóvenes porque un grupo significativo de personas atendidas por el programa está formado por personas con edades entre 18 y 45 años, atendiendo al perfil de atención del programa <sup>(2)</sup> que han sufrido un primer episodio psicótico o tienen poca trayectoria o experiencia de enfermedad y que en muchos casos han visto truncado, estancado o interrumpido temporalmente su proyecto de vida debido al impacto de la enfermedad, con consecuencias como el abandono de entornos donde se relacionan con otras personas de su edad (estudios, trabajo, etc.) y especialmente en el ámbito personal: en muchos casos se realizan actividades de ocio poco saludables o se rompen o distancian relaciones con otras compañías y amistades, comúnmente las personas con quienes pueden compartir actividades significativas o intereses en común, y más en concreto actividades de ocio, es decir, actividades realizadas en el tiempo libre, elegidas libremente y con un alto componente de disfrute. La hipótesis inicial es que participar en el programa de ocio de jóvenes puede aumentar o mejorar la adherencia al proceso de recuperación.

Aunque el programa no nace originalmente como un estudio de investigación, poco a poco adquiere el carácter de estudio descriptivo.

Otro motivo que nos impulsa a realizar este artículo es el compromiso con el desarrollo de la Terapia Ocupacional, en particular en el ámbito de la salud mental, y con ello contribuir a "evaluar que las teorías y los resultados de las investigaciones sean coherentes con la filosofía de la Terapia Ocupacional acerca de las personas, la salud, la ocupación y la misma profesión, aplicar la información en la práctica y justificar la práctica utilizando la teoría y los resultados de las investigaciones" <sup>(3)</sup> así como "documentar la efectividad e impacto de las intervenciones profesionales" <sup>(4)</sup>, en este caso, en el programa de ocio de jóvenes.

### Objetivos

- Identificar el perfil de participantes que pueden beneficiarse del programa.
- Realizar hipótesis válidas acerca de la problemática que pueden presentar respecto a la ocupación en actividades de ocio.



- Identificar factores que apoyan o limitan la participación en el ocio.
- Remitir resultados y conclusiones a la Unidad de Salud Mental de Gandía y los recursos de Rehabilitación Psicosocial.

Este artículo nace como resultado de una experiencia clínica que compartimos desde hace un tiempo y del deseo de compartirlo a su vez con todas y todos los terapeutas ocupacionales interesados y demás colegas profesionales.

## MÉTODOS

A la hora de comenzar a elaborar el programa teníamos referencias de muchos programas de ocio, pero no conocíamos precedentes de ningún programa tan específico, lo cual ofrecía un reto aún mayor para desarrollar esta experiencia clínica. El artículo presente explica el trabajo realizado desde diciembre de 2014 hasta febrero de 2019.

Los programas de ocio son habituales en recursos de rehabilitación psicosocial, aunque no todos utilizan la misma metodología. El propio concepto de ocio es amplio, existen numerosas definiciones y bases teóricas que determinan y condicionan el tipo de abordaje y diseño de actividades. Desde el principio, el grupo de ocio de jóvenes ha intentado definirse con solidez a lo largo del tiempo usando una metodología clara y estable. El hecho de que en el momento del comienzo del programa se diera la circunstancia de que los profesionales encargados del diseño, implementación y ejecución fuésemos dos terapeutas ocupacionales ha influido directamente en el enfoque y el abordaje del proyecto.

Por una parte, hemos procurado documentar la práctica clínica -concebida desde la Terapia Ocupacional- mediante investigación cualitativa mediante un método de investigación-acción participativa. Se suele utilizar este tipo de estudio para obtener resultados útiles para cambiar y mejorar la realidad del grupo, convirtiendo a los participantes en protagonistas e involucrando a los investigadores. Concebimos este artículo como un estudio descriptivo de la realidad de la población atendida en el programa, que está permanentemente sometido a múltiples variables de una realidad cambiante, lo que obliga a un continuo replanteamiento y rediseño constante para la producción de datos. Los estudios cualitativos permiten una mayor flexibilidad, justamente en este caso, según Duro (2008) "la requieren las características del objeto de investigación (la realidad social) que es cambiante, y las relaciones abiertas entre el sujeto/investigador-objeto/sujetos investigados <sup>(5)</sup>". Además, al no disponer de grupo control inicial ni muchos datos acerca de nuevas situaciones y realidades que han ido surgiendo a lo largo del tiempo, consideramos la forma más adecuada de enfocar nuestro trabajo: "aunque los métodos cuantitativos son adecuados para determinados estudios de Terapia Ocupacional, generalmente no son suficientes para la interpretación y el análisis del éxito de las intervenciones sobre el desempeño ocupacional del paciente, desde una perspectiva biopsicosocial integral, donde entran en juego otras variables <sup>(6)</sup>".

No obstante, la investigación se nutre de datos estadísticos que apoyan significativamente los razonamientos ofrecidos, teniendo en cuenta que "la ocupación en sí misma es un elemento difícil de estructurar y de reducir a los parámetros cuantitativos que la actual medicina basada en la evidencia utiliza. Para superar este hecho necesitaríamos mejorar nuestras herramientas de evaluación de tal forma que permitieran manejar información cualitativa en términos cuantitativos <sup>(7)</sup>". Se puede considerar, por tanto, que es una investigación cualitativa pero apoyada por datos estadísticos.

Por otra parte, hemos intentado definir claramente el significado de ocio, ya existen numerosas acepciones y no las consideramos todas válidas para el grupo. Se puede definir el tipo de ocio en función de:

- *Número de participantes:* grupal o individual. El programa de ocio de jóvenes desde el principio es exclusivamente concebido como grupal.
- *Tipo de actividad:* activo (implica acciones del participante) o pasivo. Es activo porque necesariamente moviliza a los participantes, físicamente y ocupacionalmente en una permanente exposición a la actividad. "La promoción de la participación del individuo e su proceso de recuperación y empoderamiento considerando la importancia de su compromiso activo. La persona debe encontrar sentido en las acciones que constituyen la intervención terapéutica. El significado deriva de la experiencia de la persona, del impacto actual de cualquier cambio en la experiencia de ésta y de la importancia de la actividad terapéutica gestionada entre el terapeuta ocupacional y la persona <sup>(8)</sup>".

- *Saludable (actividades y ocupaciones que benefician o favorecen la salud) o no saludable.* Acorde con los principios de nuestras instituciones sanitarias, la propuesta cumple con los protocolos de salud: no se permite el consumo de alcohol ni sustancias (fumar sí, lógicamente) ni conductas que perjudiquen la propia salud o la de los demás. En todo caso, se favorece el "uso de la ocupación como instrumento para favorecer comportamientos saludables" <sup>(9)</sup>.
- *Organización:* estructurado, semiestructurado o supervisado. El ocio estructurado es "un tipo de ocio más exigente en cuanto que demanda mayor compromiso y desarrollo personal, que conlleva cumplimiento de horarios, realización de una determinada actividad con un ritmo predeterminado. Demanda o exige además un compromiso de asistencia e interacción con personas ajenas a la red básica de apoyo. Consiste en la utilización de recursos comunitarios" <sup>(10)</sup>. De todos modos, el grupo procura ser espontáneo. La planificación puede ser puntual y es la propia que puede requerir una actividad (realizar una reserva o solicitar transporte, por ejemplo), pero no se realiza a priori ni con mucha antelación. No existe un calendario con temporalización de actividades, sino que el grupo las va eligiendo de una semana para otra, a veces se improvisa como en cualquier grupo de amigos. Para asegurar que las actividades sean significativas, son los participantes quienes las eligen, hasta el punto incluso de no saber qué actividad vamos a realizar hasta el mismo día. Esto supone "promover y fomentar la implicación activa y responsable de dichas personas en el control de sus propias vidas y en el proceso de rehabilitación teniendo siempre en cuenta sus objetivos y planes" <sup>(11)</sup>.
- *Calidad:* puro (máxima libertad, participación y satisfacción), anómico (tiempo libre no organizado y quizá no satisfactorio), alienado (escasa o nula satisfacción) o institucionalizado (elegido libremente pero con locus de control externo) <sup>(12)</sup>. El grupo aspira a la realización de un ocio puro. Al menos siempre se favorece que sea así. Nadie asiste por obligación ni realiza actividades que no desea.
- *Propuesta:* motivado (elegido libremente), obligado (no elegido libremente) o inducido (condicionado o persuadido para realizar una actividad). En las primeras sesiones, en 2015, el grupo mostraba dificultades para tomar decisiones y dinamizar las actividades. Fue necesario mayor apoyo de profesionales y sí se planteaba un ocio inducido –nunca obligado–, pero con el tiempo el grupo ha adquirido entidad propia, manteniendo integrantes a lo largo del tiempo, y actualmente se considera que el ocio que se realiza siempre es elegido libremente, porque incluso se acepta participar en actividades que gustan más o menos porque así lo decide el grupo. No necesariamente son elecciones democráticas (no se vota), generalmente la elección de la actividad se realiza mediante consenso generalizado (en busca del empoderamiento)
- *Contexto:* en el hogar, en la institución o en la comunidad. Cuando el ocio es institucionalizado (en la mayoría de los casos en nuestro ámbito) puede puntualizarse entre ocio normalizado libre, ocio normalizado basado en recursos o bien ocio con apoyo <sup>(13)</sup>. Otra clasificación puede distinguir entre "ocio institucionalizado supervisado, no estructurado o estructurado" <sup>(14)</sup>. Respecto al contexto podría definirse como ocio normalizado basado en recursos (semiestructurado, con un mayor nivel de compromiso y con apoyo puntual de profesionales). Todas las intervenciones son realizadas "desde los ámbitos menos restrictivos y coercitivos posibles, a la vez que seguros" <sup>(15)</sup>. El éxito ocurre cuando de forma natural –fuera de horario– se convierte en ocio normalizado libre. También puede definirse como ocio no estructurado en cuanto a la función del profesional (mediador, facilitador y acompañante), el nivel de competencia de los participantes (medio/alto con capacidad de iniciativa y autonomía) y los objetivos (crear o ampliar red social y uso variado de recursos comunitarios). Una de las peculiaridades más características y representativas de este programa es que absolutamente siempre se realiza fuera del ámbito clínico. "El ambiente relacional incluye tres subdimensiones: vinculación, apoyo y espontaneidad. Con vinculación se refiere al grado en que la persona participa activamente en el grupo y con apoyo al nivel de ayuda mutua que las personas miembros se ofrecen entre sí, así como la proporcionada por los y las profesionales hacia las personas atendidas. La espontaneidad hace referencia al grado de libertad y expresión de sentimientos y deseos que se permite que las personas atendidas manifiesten a los y las profesionales" <sup>(16)</sup>. Sergio Guzmán (2018) recalca: "El mantenimiento y ampliación de proyectos basados en la comunidad, los tratamientos clínicos desde "lo normalizado", el fortalecimiento de las oportunidades entre el hospital y la sociedad más próxima, entre otros, nos permite creer que el impacto de esta línea de acción es posible dentro del ambiente" <sup>(17)</sup>.

Por tanto y en resumen, podríamos decir que el grupo de ocio de jóvenes se basa en el concepto de *ocio en sí mismo*, grupal, autogestionado, activo, saludable, espontáneo, puro, motivado y basado en el uso de recursos comunitarios. Los mismos participantes son quienes consensúan qué actividades realizar, buscan alternativas y gestionan su tiempo.

## Función y responsabilidades de los profesionales

Los profesionales son facilitadores que proponen alternativas, recogen información, aportan soluciones y realizan acompañamiento, intentando alejarse de un modelo más clásico (en el cual se prepara la actividad y se ofrece a los participantes) e incidir en la libre elección de los participantes: "El individuo es el artífice de su propio proceso rehabilitador, actuando el profesional como facilitador, asesor, modulador o apoyo del usuario (18)"

Aun así, en tanto y en cuanto el programa se desarrolla en un marco regulado, aunque se realice siempre en contexto comunitario, existen unos límites marcados por la estructura de los recursos. Al fin y al cabo pertenecemos a una organización estructurada que inevitablemente nos marca unas condiciones como horario, disposición de transporte u otros materiales, normas o responsabilidad civil sobre los participantes. A este respecto, las funciones de los profesionales son:

- Coordinación de actividades: Llamadas y contacto con los participantes -gestión del grupo de Whatsapp-, preparación de material, mediación para realización de actividades, conseguir transporte y conducir y establecer horarios de actividad.
- Acompañamientos en las actividades. Garantizar la seguridad.
- Establecer normas básicas de convivencia. No hay censura por parte de los profesionales en la actitud, personalidad e ideología del grupo, las normas y protocolos son los establecidos en la organización. Otras normas internas las establece el propio grupo, respecto al compromiso, a cómo elegir las actividades o la participación en el grupo de Whatsapp, por ejemplo.
- Seguimiento de los participantes y coordinación con el resto de profesionales de referencia (psiquiatras, psicólogos, enfermeros...)
- Análisis de resultados e investigación.

Las pautas de los profesionales son mínimas, intentando diluir nuestra figura (sin renunciar a la relación terapéutica) entre el resto de participantes, o al menos nuestro protagonismo. Solemos presentarnos como un grupo de compañeras/os que practican actividades de ocio.

El nivel de apoyo tiende de moderado a mínimo. Los profesionales suelen ser dos por protocolo de centro, sobre todo por los desplazamientos en vehículo, pero para nosotros esto es circunstancial: la principal ventaja de ser dos personas es que la actividad, en muchos casos, se puede diversificar: en un mismo lugar el grupo puede dividirse para realizar diversas actividades, con una persona de referencia en cada una de ellas. Esta situación en ocasiones dinamiza notablemente la actividad.

En el trato directo y la recogida de información utilizamos un estilo de entrevista en profundidad porque se ajusta a las premisas sugeridas por Taylor y Bogdan (1987) "Las entrevistas en profundidad parecen especialmente adecuadas en las situaciones siguientes: los intereses de la investigación son relativamente claros y están relativamente bien definidos, los escenarios o las personas no son accesibles de otro modo, la investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas, el investigador tiene limitaciones de tiempo y quiere esclarecer experiencia humana subjetiva (19)".

Por ello procuramos no convertirnos en dinamizadores, puesto que el grupo en sí mismo ya es dinámico, ni realizar intervenciones estructuradas, aunque se pueden utilizar algunas técnicas de forma puntual, como entrenamientos (acompañamiento a la estación) o modelado de conducta (enseñar cómo se va a un sitio, por ejemplo), pero principalmente apoyamos la práctica centrada en la persona: "Es necesaria la construcción de una alianza terapéutica como eje del proceso de intervención, donde el terapeuta está disponible para guiar, apoyar, adaptar y/o facilitar la participación. Una relación terapéutica construida sobre la base del respeto y aceptación de las características de la persona favorecerá el éxito en la intervención (20)".

De todos modos, inevitablemente estamos involucrados: "Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio, interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo. En las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (Emerson, citado en Taylor & Bogdan, 1987) (21)". La "entrada a campo" para la investigación ocurre de forma natural: el grupo se convoca cada semana, quedamos todos los miembros del grupo (profesionales y participantes) y a partir de ahí estamos expuestos a la dinámica de toma de decisiones que funciona en el grupo. Los datos los anotamos una vez finalizada la actividad (acta y registros), excepto la toma de vídeos o fotografías, que se realiza durante la actividad. Los cuestionarios se realizan en momentos independientes y ajenos a la actividad.



Por último, las funciones de las voluntarias y alumnas de prácticas son principalmente el acompañamiento en la actividad junto al grupo, la participación activa (no dinamización) y el apoyo requerido por los profesionales. No tienen responsabilidades sobre la organización ni gestión de la actividad. Siempre estamos en contacto y permiten diversificar el grupo en ciertas ocasiones y ofrecer apoyo en los traslados.

## Perfil de participantes

Personas adultas, entre 18 y 45 años, atendidas en la red de salud mental o alguno de los recursos de rehabilitación psicosocial o socios de ASAEM que no tienen plaza o forman parte de programas de inserción como la comisión de empleo u otros que pudieran ser susceptibles de participar en el programa.

En el momento de la derivación se utilizan protocolos como el alta en el seguro de ASAEM, para lo cual es necesario hacerse socio. Otros protocolos habituales son firma de autorizaciones para la cesión de derechos de imagen, el cumplimiento de protocolos de centro obligatorios para todas las actividades (protocolo de consumo) y otros de seguimiento y recogida de datos: registro de asistencia y actividad, acta, evaluaciones finales, etc.

En general se trata de jóvenes que han perdido sus redes sociales o amistades o se encuentran en situaciones de sedentarismo, aislamiento o mayor riesgo de exclusión social. Asimismo, jóvenes con interés en participar en actividades de ocio con otras personas de su edad.

“Factores como la tendencia al aislamiento, las dificultades para disfrutar, falta de motivación e interés en general, baja autoestima y percepción de déficit de habilidades sociales. Por otra, la existencia de un exceso de tiempo libre que lleva a una especie de ocio inevitable, obligatorio o «forzado» y difícilmente contraponible a otras actividades ineludibles también valoradas socialmente como el trabajo o el estudio <sup>(22)</sup>”.

Los criterios de exclusión son los siguientes: ser menor de edad o mayor de 45 años, no tener seguro (o no firmar el consentimiento de participación. Aunque no sean socios pueden participar con dicho consentimiento) y el consumo de sustancias o alcohol (prohibido por el reglamento de ASAEM). La no asistencia no es un factor de exclusión ya que las derivaciones habitualmente son intermitentes, pero es necesario permanecer derivado al programa (los participantes solamente pueden ser derivados del PT-PEP u Hospital de Día, desde el CRIS con plaza o desde ASAEM como socios).

## Temporalización

El programa se lleva a cabo en Gandía. Da comienzo en diciembre de 2014, realizando reuniones mensuales. Posteriormente, desde abril de 2015, pasa a ser una actividad semanal de dos horas de duración, según horario de CRIS, los jueves de 11:30 a 13:30. Desde 2017 el horario se amplía de 10:30 a 13:30.

## Recursos materiales

El grupo dispone de una furgoneta de 9 plazas perteneciente a la asociación, así como un teléfono móvil con el que se puede estar en contacto con los participantes. Existe un grupo de Whatsapp para mantener al grupo informado y compartir fotos y vídeos de las actividades que se realizan..

Una de las aspiraciones del programa es poder ofrecer financiación a los participantes para el acceso a transporte y actividades privadas de ocio como cine, teatros, museos u otros centros de ocio. Con este fin el grupo se ha presentado a diversos proyectos sociales y subvenciones.

## Recursos comunitarios

Las reuniones siempre ocurren fuera del CRIS y del Hospital, fuera de todo ambiente clínico, y se utilizan diversos recursos comunitarios recursos que ofrecen La Safor y Gandía en particular como lugares de actividad. Frecuentemente se accede a entornos naturales, centros culturales o cívicos, centros comerciales y otras visitas por pueblos de la comarca. Es fundamental realizar búsqueda de actividades que sean gratuitas y que puedan ser facilitadas por los profesionales (por ejemplo, con el uso de furgoneta), debido a que los costes de la actividad (como consumiciones o entradas) son asumidos por los propios participantes, incluidos los profesionales. Las limitaciones para los horarios y desplazamientos marcan la posibilidad para realizar o no una posible actividad.

## Evaluación

Anualmente se realiza una evaluación del taller para la memoria anual de centro según las estadísticas de usuarios con plaza del CRIS La Safor y a final de año un cuestionario de satisfacción a los participantes. Paralelamente, se realiza un seguimiento permanente del grupo por parte de los profesionales a través de actas de cada sesión donde se recoge información acerca de la actividad, participantes y demás observaciones.

Hasta ahora no se utilizan escalas de forma sistemática, ni autoadministradas ni heteroadministradas. Existen algunas que pueden ser útiles como instrumento de apoyo, como la escala EVOTL <sup>(23)</sup>, que evalúa cinco dimensiones (desempeño de actividades, estructuración y planificación, relaciones sociales, motivación y disfrute) o un listado de intereses.

## Aspectos éticos

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, aunque se han respetado el Código Deontológico de Terapia Ocupacional y los reglamentos internos de nuestros respectivos recursos. Además, en todo momento la asistencia de los participantes es voluntaria, están informados de su seguro, sus derechos y obligaciones, el consentimiento informado y los derechos de cesión de imagen (Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

## RESULTADOS

Tras más de cuatro años desde que se inició el grupo, se han realizado 161 sesiones (actualizado a 7 de marzo de 2019) y se ha atendido a 45 personas. Han participado hasta 8 profesionales, 12 alumnos de prácticas y 8 voluntarios.

La mayoría de participantes son hombres de 28,6 años de media de edad. La edad media del grupo es de 27,8 años (Ver Tabla 1. Participantes).

El 57,8% vive en Gandía y el 42,2% fuera de Gandía, en un radio de unos 20-30 Km. a la redonda. Sólo 6 tienen carné de coche en vigor y/o disponen de vehículo propio (otros participantes se desplazan con bicicleta). Casi todos viven con sus padres (91,1%) y un 73% tiene alguna experiencia laboral (Ver Tabla 2. Datos Demográficos)

Los principales derivantes son el CRIS y PT-PEP, entre ambos el 80% (Ver Tabla 3. Derivantes). La mayoría de participantes han sido diagnosticados de algún tipo de esquizofrenia (Ver Tabla 4. Diagnósticos).

Como todo estudio cualitativo, el presente informe ofrece un análisis e interpretación de los datos, aunque no son definitivos, y están sometidos a futuras revisiones, ya que el proyecto

**Tabla 1. Participantes**

|  | Mujeres | Hombres | Total |
|--|---------|---------|-------|
| Nº participantes                               | 11      | 34      | 45    |
| Edad media<br>(en el momento de la derivación) | 25,5    | 28,6    | 27,8  |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 2. Datos demográficos**

|                                      | Nº participantes | %     |
|--------------------------------------|------------------|-------|
| Viven con padres                     | 41               | 91,1% |
| Viven solos o en pareja              | 3                | 6,7%  |
| Viven en vivienda tutelada           | 2                | 4,4%  |
| Están casadas/os                     | 1                | 2,2%  |
| Tienen hijas/os                      | 4                | 8,9%  |
| Tienen ingresos propios              | 8                | 17,8% |
| Han finalizado estudios              | 12               | 26,7% |
| Tienen alguna experiencia<br>laboral | 33               | 73,3% |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 3. Derivantes**

|   | Nº participantes | %     |
|---|------------------|-------|
| CRIS  | 20               | 44,4% |
| PT-PEP  | 16               | 35,6% |
| Socios ASAEM                                      | 7                | 15,6% |
| Hospital de día /<br>Hospitalización domiciliaria | 1                | 2,2%  |
| Comisión de empleo                                | 1                | 2,2%  |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4. Diagnósticos**

|                           | Nº participantes | %   |
|---------------------------|------------------|-----|
| Esquizofrenia             | 25               | 56% |
| Trastorno esquizoafectivo | 8                | 18% |
| Primer episodio psicótico | 2                | 4%  |
| Depresión mayor           | 2                | 4%  |
| Trastorno bipolar         | 3                | 7%  |
| Otros                     | 5                | 11% |

Fuente: Elaboración propia

responde a un proceso en espiral porque aun continúa y espera hacerlo a lo largo del tiempo. Para valorar los resultados del programa a continuación se presentan los objetivos que se plantearon en un primer momento y que prácticamente no se han modificado. Dichos objetivos están acompañados de una valoración sobre el cumplimiento. Los objetivos están clasificados en:

## Objetivos generales del programa. Resultados esperados

- Responder a las necesidades de usuarios y usuarias jóvenes de la red de salud mental que demandan la realización de actividades

significativas y gratificantes de ocio. Valoración: Se ofrece la oportunidad de realizar actividades de ocio saludable de forma semanal con personas de edad similar, el objetivo se cumple: todos los jueves del año excepto festivos, vacaciones, una huelga general y una alerta por temporal el grupo se ha convocado ininterrumpidamente durante los últimos 4 años.

- Romper las barreras entre recursos sociales y formar un grupo de iguales que fomente la cohesión y sentimiento de pertenencia al mismo. Crear y mantener vínculos entre compañeros. Relacionarse con otras personas de la misma edad. Valoración: Son un grupo de personas jóvenes que quedan un día a la semana para pasar juntos un buen rato. En algunos casos utilizan el grupo como su principal o único grupo de ocio. A veces ya se conocen (del hospital de día, por ejemplo) y por eso en principio hablan poco de lo que tienen en común (ingresos o diagnóstico), procurando despejarse y hablar de otros temas. Participan otras personas de la misma edad que no tienen diagnóstico, como el grupo de voluntarias, con quienes también se crean vínculos a través de la participación.
- Que el grupo sirva de apoyo, iniciativa y motivación para la asistencia a otras actividades relacionadas con el proceso de recuperación. Favorecer el enganche o vínculo con los recursos sociosanitarios. Se espera que a través de la participación en el grupo los y las participantes soliciten plaza en alguno de los recursos de rehabilitación de la comarca o se adhieran al programa de tratamiento de la unidad de salud mental u otros programas de ASAEM. Valoración: El 75,6 % de los participantes (34 en total) son o han sido socios y socias de ASAEM, de los cuales el 24,4 % (11 en total) se ha hecho socia/o a raíz de la participación en el grupo. Del total de participantes el 44,4 % (20 en total) ya tenían plaza en CRIS en el momento de la derivación, y otros 5 solicitaron plaza tras participar en el grupo. Pacientes con poca adherencia a tratamiento mejoran la adherencia, las participantes de hospital de día que acuden al programa suelen recomendar la asistencia a otros compañeros. Además, conocen a los profesionales en un contexto diferente al clínico o sanitario y el propio grupo favorece la adhesión al tratamiento a compañeras/os que tienen dudas: "tomarse la medicación o ingresar cuando se está mal no es malo y en hospital de día nos ayudan mucho". Se detectan usuarios que se interesan por el grupo y solicitan información o darse de alta, o bien usuarios que se desvinculan y al tiempo vuelven o se interesan por volver. Hasta 27 participantes han participado en algún momento con otras actividades de ASAEM; hasta 20 (47,6%) han sido atendidas por la Técnico de Inserción Laboral (TIL), logrando diversas participaciones en acciones formativas o de inserción laboral.
- Aumentar la calidad de vida. Aumentar la sensación de libertad a la hora de elegir actividades de ocio, no impuesto ni planificado por nadie más que ellos, sentirse escuchados y valorados. En general el aumento de motivación para las actividades de ocio y sensación de bienestar. Valoración: El grupo es quien realiza el calendario de actividades y programa las salidas. Se cambian experiencias de ocio pasivo (horas frente al ordenador o el móvil) por otras experiencias de disfrute saludable, como paseos por la montaña. Frecuentemente se valora el grado de satisfacción de las/os participantes por las verbalizaciones directas. Algunos ejemplos de los testimonios más frecuentes son: "Si no hubiera venido hoy, no habría conocido este sitio", o bien "No puedo venir nunca a este sitio, sólo cuando venimos con el grupo de jóvenes", o bien "Aprovecho el grupo para hacer cosas que por mí mismo no haría". También se realiza un

**Tabla 5. Destinos**

|                      | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | TOTAL |
|----------------------|------|------|------|------|-------|
| Nº total de sesiones | 34   | 37   | 42   | 41   | 154   |
| Espacios naturales   | 6    | 10   | 18   | 22   | 56    |
| Espacios culturales  | 10   | 14   | 13   | 9    | 46    |
| Centros comerciales  | 2    | 4    | 4    | 7    | 17    |
| Viajes especiales    | 0    | 0    | 2    | 0    | 2     |
| Otros                | 16   | 9    | 5    | 3    | 33    |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 6. Promedio de participantes por sesión**

|  | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|
|  | 4,7  | 4,6  | 7,6  | 6,2  |

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7. Reuniones y salidas**

|                       | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------|------|------|------|------|
| Nº total de sesiones  | 34   | 37   | 42   | 39   |
| Nº reuniones formales | 16   | 9    | 2    | 0    |
| Salidas               | 18   | 28   | 40   | 39   |

Fuente: Elaboración propia



cuestionario de satisfacción anual desde 2016, con una puntuación de satisfacción general de 4'5 sobre 5 puntos.

## Objetivos específicos (del programa)

El principal objetivo es identificar el perfil de personas que pueden beneficiarse del programa, realizar hipótesis válidas acerca de la problemática de los participantes respecto al ocio (acceso y participación) y remitir el seguimiento y resultados a la USM y los recursos de Rehabilitación Psicosocial. Valoración: el grupo realiza feedback continuo a los profesionales derivantes para el seguimiento, los profesionales ofrecemos charlas a los equipos para explicar la evolución del grupo y los propios resultados aquí expuestos a los psiquiatras responsables de estos pacientes. Debemos "saber revisar y evaluar de manera crítica los resultados obtenidos a través de la investigación, y saber transferirlos posteriormente a la toma de decisiones ya la práctica clínico-asistencial, ajustando dichos resultados a las preferencias, valores y motivaciones del usuario (24)". Asimismo, otros objetivos son:

- Utilizar recursos comunitarios de Gandía y La Safor para la realización de actividades de ocio. Valoración: Nunca se realiza dentro del ámbito clínico. El propósito fue ese y se ha conseguido: sólo en 5 ocasiones (3,2%) se ha citado al grupo en el CRIS para realizar alguna actividad de centro (ha coincidido con días festivos del centro, por ejemplo).
- Facilitar acceso a la cultura comarcal y recursos de ocio de acceso libre, público y gratuito. Valoración: Al realizarse siempre fuera es frecuente participar de ofertas culturales gratuitas. Afortunadamente, en Gandía es fácil encontrar oferta cultural: de las 161 sesiones, en 46 ocasiones (30%) hemos asistido a centros culturales y hasta en 56 ocasiones (37%) a espacios naturales (Ver Tabla 5. Destinos).

Los participantes y el grupo en general mantienen objetivos específicos inherentes que se cumplen habitualmente, como relacionarse con otras personas de la misma edad, identificar y explorar diferentes intereses relacionados con actividades de ocio, participar en actividades de ocio significativo y gratificante y crear oportunidades para conocer lugares y vivir experiencias.

## Objetivos operativos de los participantes

Desde el momento de la incorporación y durante todo el tiempo que se permanezca en el grupo se espera que cada participante sea capaz de:

- Asistir a las sesiones. El porcentaje de asistencia es imposible de valorar, ya que el tiempo que los participantes permanecen derivados al programa es relativo, y además las ausencias justificadas son frecuentes (citas médicas o con otros profesionales, participación en otros proyectos, inclusión laboral o formativa u otros motivos). Sí hemos observado que el grupo ha incrementado su promedio de asistencia progresivamente desde su implantación, que se espera mantener e incluso superar ya que no hay límite en los plazos de participación: todo participante puede permanecer tanto tiempo como se considere. Ocurre aquí una paradoja: a finales de 2018 el promedio de asistencia disminuyó, y la cantidad de derivados era más baja que nunca, pero por motivos exitosos: de los 18 participantes más habituales, el 50% causaba baja temporal o definitiva del grupo por éxito en inserción laboral o formación. Es lógico que se priorice este tipo de oportunidades, claves para su recuperación. A inicios de 2019 el promedio de asistencia aumentó hasta 9,2 (Ver Tabla 6. Promedio de participantes por sesión).
- Participar en al menos una actividad de las que se realicen. Valoración: toda persona que asiste al grupo participa, en mayor o menor medida, de las actividades realizadas. Entendemos como participación: acompañar al grupo, comunicarse, expresar opiniones o ideas y realizar sugerencias. Estimamos que los participantes más habituales cumplen este objetivo. De los 44 participantes históricos, el 50% ha venido a más de 10 sesiones.
- Mostrar iniciativa, intervenir y realizar propuestas al grupo. Valoración: como en todos los grupos, hay participantes más activos que muestran mayor iniciativa o lideran muchas de las propuestas, que nunca son impuestas, sino consensuadas. En el mismo sentido que el objetivo anterior, los participantes más habituales y especialmente los más veteranos cumplen claramente el objetivo. Estimamos que el 49% de las/os participantes totales pertenecen a este grupo.
- Planificar una actividad y resolver problemas. Valoración: este objetivo se cumple fácilmente y con fluidez sobre todo después de los primeros meses, y especialmente identificar obstáculos y resolver problemas. A este respecto, los profesionales hemos sufrido más ante la adversidad que el resto de participantes. Es frecuente enfrentarse a situaciones como: "está lloviendo", "hoy no disponemos de transporte", "no nos va a dar tiempo", "falta gente", etc. Son normalmente las incidencias más comunes de la vida, y siempre nos ha sorprendido la facilidad y naturalidad del grupo para, rápidamente, relativizar las situaciones, buscar

alternativas e iniciar acciones concretas: "pues vayamos de tiendas", "pues vayamos caminando", "pues vayamos a otro sitio", "pues vamos yendo y que nos busquen", etc. El grupo no deja de sorprendernos y de darnos una lección de tolerancia a la frustración y de sencillez.

- Mantenerse comprometido con los compañeros y compañeras y los profesionales: avisar de ausencias y mantener el contacto mediante alguna de las vías disponibles (teléfono, Whatsapp o personalmente). Valoración: El 64,4% ha utilizado alguna vez el grupo de Whatsapp y la mayoría suele avisar. También se observan usuarios que no acuden a la hora de citación y más tarde por propia iniciativa acuden al lugar de la actividad para incorporarse o acuden por sorpresa porque les surge la ocasión. También ha ocurrido que a la vuelta de vacaciones se presentan sin siquiera haber sido convocados oficialmente y quedan, signo de interés en participar en la actividad. Durante las salidas, se dispone de una amplia libertad de movimientos, el grupo en muchas ocasiones se divide y el horario de asistencia es flexible, a lo cual siempre se responde con responsabilidad y no se registran incidencias: por ejemplo, si nos separamos, a la hora todo el mundo está de vuelta y absolutamente siempre se respetan las normas.
- Generalizar la participación de ocio, realizar actividades de ocio de forma autónoma. Realizar actividades de ocio con otros miembros del grupo fuera del horario. Valoración: En varias ocasiones algunos participantes han referido haber quedado por propia iniciativa fuera del horario del grupo. Tenemos constancia de hasta 15 participantes (35,7%) que han quedado al menos una vez o quedan esporádicamente fuera de este espacio para salir de fiesta, tomar café y charlar, almorzar juntos y dar un paseo, ir al cine, ver un partido de fútbol, jugar al pádel y otras actividades, e incluso ha habido miembros del grupo que han mantenido relación sentimental. Estimamos que un 36% de todos los participantes históricos han quedado fuera del horario oficial del grupo, teniendo en cuenta que no todos se han conocido.

## Logros y avances del programa

A continuación se expondrán lo que llamamos logros, tanto del programa como de los participantes, que son éxitos que van más allá del cumplimiento de objetivos, porque éstos no siempre reflejan las expectativas de los profesionales respecto al desafío justo de la actividad o no corresponden exactamente a lo que ocurre finalmente o lo que los propios participantes reconocen como éxito personal, con un alto grado de satisfacción. Los logros del programa también explican los cambios y avances desde su inicio hasta la actualidad:

El grupo da comienzo en diciembre de 2014 como un programa piloto y a partir de enero de 2016 se incluye dentro de la programación oficial de CRIS La Safor. En 2017 se amplía el horario de dos a tres horas. A raíz de la creación del grupo de jóvenes se crea una línea de programación de CRIS que incluye un itinerario propio para jóvenes, con programas de terapia, psicoeducativos y otras intervenciones.

Al principio la actividad era más dirigida, costaba organizar un planning para todo el mes (4 sesiones), y surgían pocas o ninguna propuesta por parte del grupo. Era necesario realizar reuniones formales para explicar la propuesta y ofrecer alternativas dirigidas. Un chico preguntó en la primera reunión si "eran como las salidas terapéuticas que hacían en el hospital de día", y contestamos que no; serían salidas, pero no con el formato habitual, esperábamos que fuese algo diferente, necesitábamos que los participantes se involucraran en la elección y toma de decisiones (Ver Tabla 7. Reuniones y salidas)

Esta situación ha evolucionado hasta que actualmente el grupo organiza el planning fácilmente ya que se manejan muchas alternativas. En la actualidad, y respecto al inicio del programa, cada vez más los participantes realizan propuestas por propia iniciativa. Este dato demuestra que participar de nuevas experiencias compartidas dota de recursos, como incrementar el número de alternativas de lugares ya conocidos y actividades realizadas. El grupo se mantiene con éxito en el tiempo, como referencia en el horario de CRIS y Centro de Salud Mental, utilizando los recursos al máximo y participando en la integración comunitaria.

Además, la difusión del programa a través de charlas informativas en el área de salud, comunicaciones en jornadas y congresos o este mismo artículo son un logro para nosotros mismos a nivel profesional.

## DISCUSIÓN

Habitualmente los programas de ocio se llevan a cabo a través de talleres o actividades de ocio grupales, generalmente diseñados y dirigidos por profesionales, con una estructura clara y que realiza una oferta de



ocio unilateral (talleres y salidas terapéuticas programadas). "¿Se considera ocio al tiempo que dedican los usuarios de un Centro de Rehabilitación Psicosocial a participar en las actividades de ocio y tiempo libre programadas por dicho centro? <sup>(25)</sup>".

A menudo el único indicador cuantitativo registrado es la asistencia a la actividad. Son programas concebidos como rehabilitadores, que "buscan crear marcos adecuados para la adquisición y puesta en marcha de habilidades que permitan alcanzar una mayor calidad del ocio, facilitando en lo posible el acceso a recursos comunitarios y la utilización placentera del tiempo libre <sup>(26)</sup>". Probablemente el abordaje se percibe como entrenamiento para la vida personal o como actividad estructurada para la participación.

Es cierto que este modelo es útil para un perfil determinado de participantes de muy bajo nivel de actividad, mayor necesidad de apoyo, personas con sintomatología activa o negativa o crónica o usuarios de dispositivos como Centro de Día, CEEM u Hospital de Día.

Sin embargo creemos que así no habría funcionado el grupo. Preferimos "instar a que decida, presentar diferentes alternativas, buscar consenso, romper el rol de profesional que decide sobre un paciente pasivo, presentándose como un profesional que no decide, sino que ayuda a conseguir lo que decide el sujeto, atender y recoger las demandas que se hacen en el servicio de rehabilitación son estrategias que se pueden y deben implementar, estas deben estar presentes no solo en la evaluación, sino a lo largo y ancho de todo el proceso de rehabilitación <sup>(27)</sup>".

El programa de ocio de jóvenes debe situarse "en un plano rehabilitador y por tanto comunitario e integrador, trascendiendo viejas concepciones del ocio ocupacional, marginador o en el peor de los casos alienador <sup>(28)</sup>".

El programa se basa en los principios de la rehabilitación psicosocial y la recuperación e integración comunitaria, huyendo de ciertos estándares y clichés de los programas de ocio, como confundir ocio con entretenimiento "es un contrasentido realizar distintos tipos de actividades estandarizadas que terminan siendo una suerte de hacer por hacer, o hacer para entretenerse <sup>(29)</sup>", no evaluar la motivación real, no tener en cuenta las preferencias personales, no considerar el entorno familiar, hacer prevalecer la opinión del profesional o mantener demasiado protagonismo, sobreproteger, pensar que ciertas actividades deben gustar a todo el mundo o usar una metodología rígida que aboque en aburrimiento o monotonía de la propuesta.

Lo que este artículo plantea es un modelo de programa de ocio alternativo a otros modelos de programas de ocio comunes.

## Desde el punto de vista ocupacional

Las personas requieren y experimentan significado en sus ocupaciones y actividades diarias. El programa procura crear oportunidades para la participación, en este caso en actividades relacionadas con ocio, y pretende huir de propuestas basadas exclusivamente en las preferencias de los profesionales y no de los participantes. Las ocupaciones "las elegimos en función de nuestros deseos, expectativas e inclinaciones y es a través de ellas como más nos definimos como personas <sup>(30)</sup>".

Early (2009) afirma que "a menos que estas actividades sean elegidas por el cliente, no hay razón para creer que él o ella las encuentren estimulantes. La exploración del ocio requiere energía e iniciativa, implicar al cliente en una o más actividades o en un grupo diseñado para presentar oportunidades de ocio <sup>(31)</sup>".

Respecto al abordaje, la actividad no está concebida como medio recuperador únicamente, sino principalmente como fin en sí mismo. Mediante la actividad propositiva, conocer mediante el proceso de hacer y la propia experiencia de participación en las actividades. Csikszentmihalyi (2008) afirma que: "el elemento clave de una experiencia óptima es que tiene un fin en sí mismo. Incluso si inicialmente la llevamos a cabo por otras razones, la actividad que nos ocupa se convierte en algo intrínsecamente gratificante <sup>(32)</sup>".

La propia AOTA define la actividad de ocio como "una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada <sup>(33)</sup>".

Habitualmente se usan actividades terapéuticas como medio, incluidas de ocio. Pierce recuerda que "los profesionales que abordan el ocio como fin son raros <sup>(34)</sup>". También existe cierto "desacuerdo sobre el fin último del ocio: si el ocio es un fin en sí mismo, o si es un medio para la consecución de otros

fines como la salud, el bienestar y la calidad de vida <sup>(35)</sup>”.

Primeau afirma que “si bien se han propuesto múltiples definiciones de ocio en la literatura, no se ha logrado consenso. Sin embargo, la falta de claridad en la definición no debe impedir que los profesionales de terapia ocupacional consideren el desempeño de sus clientes en estas áreas de la ocupación <sup>(36)</sup>”.

Obviamente la actividad siempre sirve como medio, y de hecho la propuesta originaria era precisamente esa, que la participación en el grupo de ocio sirviese como medio de enganche a otras actividades y al proceso de rehabilitación y sin embargo, no se concibe el grupo de esta manera, es decir, las actividades que realiza el grupo en sí mismas ya se consideran terapéuticas, y no se contempla nada más al respecto. En los programas de ocio y rehabilitación, según Gorbeña (2000) “hay un elemento común, el doble propósito de utilizar la recreación como medio para mejorar la salud y la provisión de una oferta para poder llevar a cabo actividades de ocio libremente elegidas <sup>(37)</sup>”. Romero y Moruno (2004) afirman que “la ocupación en sí misma puede ser considerada como una entidad que permite al ser humano adaptarse al entorno o adaptar el entorno a sí mismo” y que “la implicación de los seres humanos en actividades productivas, juegos y actividades lúdicas y actividades de la vida diaria genera y mantiene cambios en las capacidades, creencias y disposiciones del individuo <sup>(38)</sup>”. Por eso decimos que el fin de la participación es el disfrute en sí mismo, sin mayor pretensión y más allá del poder terapéutico de la actividad. El ocio “debe incluir tres aspectos característicos: libertad de elección y voluntariedad, vivencia placentera y deseable por sí mismo y con carácter final, no en función de lo que produce <sup>(39)</sup>”.

Este planteamiento ha funcionado porque efectivamente, si se disfruta de las actividades se mantiene la participación y se favorece la implicación en el proceso de recuperación. El planteamiento general es compartir espacio, tiempo y actividad con otros compañeros y compañeras y disfrutar de actividades agradables. Sencillo pero efectivo.

El grupo también se ajusta a un sencillo modelo de exploración-competencia-logro: es capaz de plantear realización de actividades como parte de la exploración de intereses y valoración, es capaz de detectar dificultades, dotarse de recursos para mejorar la calidad y participación en actividades reconocidas como gratificantes y de reproducir con calidad la realización de actividades ya consolidadas e incluso generalizarlas en la vida privada, el mayor de los logros. Este proceso permite realizar un abordaje más profundo acerca del ocio y se observa continua y claramente a lo largo de la historia del grupo, tanto en actividades concretas como en personas y a nivel global.

El programa se basa en modelos de ocio inclusivo, promoviendo la aceptación de la diversidad y la participación en la comunidad, realizando, según AEN “énfasis en sus derechos como ciudadanos a tener una vida lo más plena y digna en la sociedad <sup>(40)</sup>”.

Según el Manifiesto por un Ocio Inclusivo de la Universidad de Deusto “en la gestión de los proyectos de ocio, el fomento de la equiparación de oportunidades y la participación son elementos necesarios en la puesta en práctica de la filosofía de la inclusión <sup>(41)</sup>”, “el elemento clave es la garantía del ejercicio de los derechos de toda persona: la persona es la que debe decidir sobre su propio ocio. Se subraya el papel activo que tienen las organizaciones y sus familias como protectores y garantes del ejercicio de dicho derecho <sup>(42)</sup>”.

Asimismo, según el Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha “el objetivo de los terapeutas ocupacionales es generar líneas de actuación como agentes de cambio que fomenten la justicia ocupacional, cuyo fin último reside en vincular la ocupación con los procesos de recuperación, la participación comunitaria y la ciudadanía de pleno derecho <sup>(43)</sup>”.

Por otra parte, el programa cumple la función de comunicar y “asesorar sobre las mejoras posibles en el dispositivo en base a la perspectiva de la terapia ocupacional <sup>(44)</sup>”, especialmente a profesionales de ASAEM y del PT-PEP, por mayor reconocimiento a la disciplina y un equilibrio entre paradigmas y profesionales.

Recomendamos usar este modelo de programa de ocio si se trabaja con un perfil de población similar (jóvenes en general, y con trastornos psicóticos en particular). No estamos en contra de otros modelos, pero tras más de 4 años usando esta metodología hemos constatado que funciona, sobre todo en base a algunos resultados más significativos respecto la adherencia al proceso de recuperación: “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 <sup>(45)</sup>.”

### Limitaciones del estudio

La principal limitación que puede tener el programa es que los Terapeutas Ocupacionales que lo llevan a cabo dependen de dos dispositivos diferentes que han acordado ceder parte de este personal al Programa, de manera que si los gestores de dichos dispositivos cambian de opinión, el programa objeto del estudio podría desaparecer.

También cabría la posibilidad que se decidiera mantener el programa pero dedicar profesionales con un perfil diferente al de Terapeuta Ocupacional, con lo que se podría perder la esencia del programa. Este tipo de programas son exportables a otras áreas de salud, siempre que se cuente con la voluntad de los gestores para contar con Terapeutas Ocupacionales que lo lleven a cabo.

Para poder crecer y ampliar el tipo de actividades de ocio que se ofrecen sería necesaria una mejor financiación.

### líneas futuras de investigación

Una de las líneas futuras de investigación es la elaboración de una Guía de recursos por parte del grupo, con valoración de las actividades realizadas por los participantes, para su difusión a todos los recursos locales y comarcales que deseen realizar un programa de ocio con estas características.

## CONCLUSIÓN

La hipótesis inicial era que participar en el programa aumenta o mejora la adherencia al tratamiento. 26 de los 45 participantes (57,7%) tienen o han solicitado plaza en CRIS y se han generado 11 nuevos socios (24,4 %). Se han contabilizado 13 participantes que han causado baja por abandono o no adhesión al grupo (han asistido una o dos veces), otros 10 de asistencia puntual y 22 participantes del total (48,9%) ha asistido a más de diez sesiones, conformando el grupo más regular. El programa también demuestra que participar de una experiencia en la que se comparte tiempo, actividad y espacios dota de recursos y habilidades. Podemos considerar que algunas actividades proveen una experiencia de ocio, o de socialización. El programa ofrece la oportunidad para realizar actividades de ocio de las que se pueden beneficiar, proporcionando espacios, actividades y recursos.

Además el programa se ajusta a la realidad y es flexible, adaptándose en cada sesión a las circunstancias específicas de ese día: número de participantes, altas o bajas del grupo, disponibilidad de vehículo, clima, etc. Para nosotros cada sesión supone un buen ejercicio de aceptación, tolerancia a la frustración y adaptación: cada día nos tenemos que ajustar a las circunstancias que se presentan, quitándonos el corsé clínico, como la vida misma. La ilusión es el motor principal del grupo.

Una de las sensaciones más maravillosas es la conciliación entre el deber y el disfrute: normalmente tanto participantes como profesionales nos encontramos dentro de nuestro deber, pero el componente de disfrute del grupo lo convierte en una experiencia singular. Una anécdota recurrente es encontrar algún familiar o conocido durante alguna de las salidas (a la playa, por ejemplo), y explicar que en realidad estamos trabajando.

El programa es capaz de identificar perfiles de beneficiarios, realizar descripciones sobre el tipo de ocio que mejor funciona con la población a la que va dirigido, evalúa factores de apoyo o limitación y remite resultados de forma constante.

### Dificultades detectadas

La regularidad en la asistencia está condicionada por muchos factores, principalmente clínicos (por ejemplo citas médicas: pedimos a enfermeras y psiquiatras no poner citas los jueves, a ser posible), pero también por otros, como el acceso de quienes son de fuera de Gandía (el 45% de participantes son de fuera de Gandía), ya que generalmente no disponen de vehículo propio (sólo el 15%) o existen dificultades para costearse el transporte o bien dependen de otras personas para desplazarse. Además, la red de servicios de transporte público de la comarca, especialmente autobús, es escasa y apenas ofrece horarios válidos. Este mismo problema existe tanto en el grupo como en sus vidas privadas, siendo el principal motivo por el que tampoco





pueden quedar con otros amigos los fines de semana.

Otra dificultad es la económica: muchos de los participantes son dependientes económicamente o no disponen de ingresos (prácticamente el 95% vive con padres o familia y/o no tiene ingresos propios, aunque ha habido un 20% de participantes que han conseguido ingresos puntuales en proyectos de inserción laboral). Además, los recursos limitados del programa a menudo no son suficientes para solventar estas situaciones: el programa recibe apoyo logístico y de recursos humanos pero escasa financiación.

## Expectativas

El grupo de jóvenes aspira a mantenerse en el tiempo, consolidarse y aumentar el número de jóvenes participantes; desde su creación el programa se ha mantenido activo ininterrumpidamente debido al interés de profesionales de todos los recursos de la red y de los propios participantes, tanto de quienes se mantienen en el grupo a lo largo del tiempo como de aquellos que asisten puntualmente. Asimismo pretende servir como medio de seguimiento a los servicios de salud mental y rehabilitación psicosocial. También se pretende realizar difusión del programa a través de charlas formativas en el Hospital de Gandía e información a los posibles derivantes. Todos los datos son continuamente revisables con el fin de obtener estadísticas significativas que validen el programa.

De hecho el programa continúa en activo y con previsión de continuidad, ya que el grupo ha creado una identidad propia y es conocido y por otros usuarios, profesionales y familiares. En el momento de la finalización de este artículo (octubre de 2019) se habían derivado 8 participantes nuevos (3 de PT-PEP, 3 de CRIS y 2 socios de ASAEM) y el promedio de asistencia aumentó a 8 participantes por sesión. Dos antiguos participantes se reincorporaron. Además, el Programa recibió el Premio Solidario de ASAEM en la VII Entrega de Premios de la asociación.

## AGRADECIMIENTOS

Principalmente a la Unidad de Salud mental de Gandía por ser promotor del proyecto, aportar profesionales para la realización del programa y financiar puntualmente algunas de las actividades. Asimismo, a ASAEM por proporcionar profesionales, espacios y material, así como transporte, para facilitar la realización de las actividades. Cabe destacar que la investigación no sufre conflictos de intereses y no dispone de partida presupuestaria: los aportes económicos puntuales provienen de la asociación y están justificados dentro de la subvención como gastos de taller.

Agradecemos en particular por su ayuda con el artículo a María Lacruz (Psiquiatra USM Fuente de San Luis. Departamento de Salud Hospital Peset. Valencia. Psiquiatra del PT-PEP (2008-2018). Hospital Francesc de Borja, Gandía), Rubén Femenía (Psicólogo CD-CRIS La Safor), Ana Miñana (Educadora CD-CRIS La Safor), Juan Miguel García Moncho (Psiquiatra Departamento Salud Gandía), Lucía Estrugo (Referente Educación Social del Centro de Referencia Estatal CREAP Valencia), Sergio Lacámara ( Director de Gestión de Conocimiento del Centro de Referencia Estatal CREAP Valencia), Eva Maurí (Psicóloga ASAEM), David Picó (Psicólogo Centro de Psicología y Terapia Gestalt Terapiados Valencia), Cristina Guijarro (Pedagoga. Técnico Inserción Laboral CD-CRIS La Safor) y Miriam Pérez (Profesora de inglés) por su ayuda para la revisión bibliográfica, corrección de estilo y recopilación de datos.

Asimismo agradecemos la participación de las 8 voluntarias y 12 alumnas y alumnos de prácticas que a lo largo de este tiempo han participado en el grupo como apoyo a profesionales y dinamizadores naturales del grupo y la actividad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert, C (coord.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002. 6: 26.
2. Arango C, Crespo-Facorro B (coord.). Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis [Internet]. [ 6 de marzo de 2019]. 2018; 261-267 Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf>
3. Dimbwadyo, I. TO en Investigación: ¿de dónde venimos, hacia dónde vamos? En: Corregidor A, Romero D, López O (Coord.) Práctica clínica e investigación en Terapia Ocupacional. Cuenca: Universidad de Castilla la Mancha; 2011: 175
4. Sánchez Cabeza, A. Investigar en Terapia Ocupacional: cómo y por qué. En: Corregidor A, Romero D, López O (Coord.)



- Práctica clínica e investigación en Terapia Ocupacional. Cuenca: Universidad de Castilla la Mancha; 2011: 184
5. Duro, JC. Fases y diseño en la investigación cualitativa. Jano: Med hum [Revista de Internet] 2008 [6 de marzo de 2019]:1709(5): 48.
  6. Sánchez Cabeza, A. Investigar en Terapia Ocupacional: cómo y por qué. En: Corregidor A, Romero D, López O (Coord.) Práctica clínica e investigación en Terapia Ocupacional. Cuenca: Universidad de Castilla la Mancha; 2011. 185
  7. Sánchez Cabeza, A. Investigar en Terapia Ocupacional: cómo y por qué. En: Corregidor A, Romero D, López O (Coord.) Práctica clínica e investigación en Terapia Ocupacional. Cuenca: Universidad de Castilla la Mancha; 2011. 195
  8. Arenas de la Cruz, J (comp.) Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Monografía en Internet]. 1ª edición. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha; 2018 [6 de marzo de 2019]: 6. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/LIBRO%20BLANCO%20DE%20LA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20EN%20SALUD%20MENTAL%20DE%20CASTILLA-LA%20MANCHA%20COFTO-CLM.pdf>
  9. Arenas de la Cruz, J (comp.) Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Monografía en Internet]. 1ª edición. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha; 2018 [6 de marzo de 2019]: 24. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/LIBRO%20BLANCO%20DE%20LA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20EN%20SALUD%20MENTAL%20DE%20CASTILLA-LA%20MANCHA%20COFTO-CLM.pdf>
  10. González J, Grande A, Fernández JI, Orviz S. Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Int Psic. 2003; 12 (1): 113-124
  11. Gisbert, C (coord.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002. 6: 24.
  12. García JV, Jiménez, D. Programación del área del juego y ocio y tiempo libre. Programación en la Participación Social. En: Gómez, C (coord.). Monsa-Prayma. Intervención desde Terapia Ocupacional en Salud Mental.. 1ª edición. Barcelona: Monsa-Prayma; 2013. 161-163
  13. Orviz S, Fernández J, Gómez O, Grande A, Sanz M, González J. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos [Internet]. Madrid: Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares; 2000 [citado el 6 de marzo de 2019]. Disponible en: [http://www.sie.es/crl/archivo\\_pdf/Tiempo\\_de\\_ocio.pdf](http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/Tiempo_de_ocio.pdf)
  14. Gómez, O, Sánchez, M, Sanz C, Rullas, M. Tiempo de ocio en personas con problemas mentales crónicos. Revista: Intervención Psicosocial [Internet]. 2003, 12(1): 40. [citado el 6 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/80948.pdf>
  15. Arango C, Crespo-Facorro B (coord.). Libro Blanco de la Intervención Temprana en Psicosis [Internet]. [6 de marzo de 2019]. 2018; 58 Disponible en: <http://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf>
  16. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud; 2010:82.
  17. Guzmán, S. Transformación de realidades en contextos asistenciales para el desarrollo de proyectos de vida con personas con enfermedad mental grave. Rev info Asoc Prof Española Ter Ocup. 2018; 63: 15
  18. IMSERSO. Modelo de centro de rehabilitación psicosocial. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, IMSERSO; 2007: 16
  19. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. 2ª Edición. Buenos aires: Paidós; 1987: 105-106
  20. Arenas de la Cruz, J (comp.) Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Monografía en Internet]. 1ª edición. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha; 2018 [6 de marzo de 2019]: 24. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/LIBRO%20BLANCO%20DE%20LA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20EN%20SALUD%20MENTAL%20DE%20CASTILLA-LA%20MANCHA%20COFTO-CLM.pdf>
  21. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. 2ª Edición. Buenos aires: Paidós; 1987: 20
  22. Gisbert, C (coord.). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003. 4: 187.
  23. Jiménez Estévez J, Novoa Casasola E. Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre. Granada: Unidad de Rehabilitación Activa Granada-Sur;1995.
  24. Nieto Riveiro L, Groba González B, Reboredo Taboada S. Investigación en terapia ocupacional: proceso de búsqueda de conocimiento. TOG (A Coruña) [revista de Internet]. 2011. [citado el 6 de marzo de 2019]; 8(13):[19p.]+ Disponible en: <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/colaboraciones1.pdf>
  25. Sanz M, Gómez O, Cutanda A. Ocio y tiempo libre. En: Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 1ª edición. Madrid: Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid; 2001: 174.
  26. Gisbert, C (coord.). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003. 28: 188.
  27. Sandoval, C. Rehabilitación Psicosocial: reconsideraciones conceptuales y perspectivas actuales. Rev Cúpula. [revista de Internet]. 2011. [citado el 6 de marzo de 2019]; 25(1-2): 15. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v25n1-2/art2.pdf>
  28. González, J, Grande A, Fernández, J, Orviz, S. Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Intervención Psicosocial. [revista de Internet]. 2003. [citado el 6 de marzo de 2019]; 12(1): 123. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/81226.pdf>
  29. Fernández Blanco JI. El campo de la rehabilitación psicosocial y estilo de atención. En: González Cases JC, Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 1ª edición. Madrid: Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid; 2001: 71

30. Morales M, Bravo I. El ocio terapéutico. En.: Joaquín Giró Miranda (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. 1ª ed. Logroño: Universidad de La Rioja; 2006: 133
31. Early MB. Mental Health concepts and techniques for the occupational therapist assistant. 5ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwers; 2017.
32. Csikszentmihalyi M. Fluir: Una psicología de la felicidad. 1ª edición. Barcelona: Kairós; 2008.
33. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2ª ed. [traducción]. [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) [portal en Internet] 2010 [23-11-2010]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association. 2008. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2nd ed.).
34. Pierce, D. The power of object play for infants and toddlers at risk for development delays. En: Parham & Fazio (Eds.). Play in occupational therapy for children. 4ª edición. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997: 86-111
35. González, J, Grande A, Fernandez, J, Orviz, S. Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Intervención Psicosocial. [Online] 2003 [citado el 6 de marzo de 2019]; 12(1): 114. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/81226.pdf>
36. Primeau, L. Juego y Ocio. En: Crepeau E, Cohn E, Schell, B. Willard & Spackman. 11ª edición. Madrid: Panamericana; 2011: 642
37. Gorbeña, S (editora). Ocio y salud mental. Documentos de Estudios de Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto; 2000; 14: 23
38. Moruno P, Romero D. Terapia ocupacional en Salud Mental. La ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. TOG (A Coruña) [revista de Internet]. 2004. [citado el 6 de marzo de 2019]; 1(3):10 Disponible en: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>
39. Morales M, Bravo I. El ocio terapéutico. En.: Joaquín Giró Miranda (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. Logroño: Universidad de La Rioja; 2006: 133
40. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: AEN; 2002. Cuadernos técnicos (6): 21.
41. Instituto de Estudios de Ocio. Manifiesto por un Ocio Inclusivo. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014: 4.
42. Instituto de Estudios de Ocio. Manifiesto por un Ocio Inclusivo. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014: 8.
43. Arenas de la Cruz, J (comp.) Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Monografía en Internet]. 1ª edición. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha; 2018 [6 de marzo de 2019]: 9. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/LIBRO%20BLANCO%20DE%20LA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20EN%20SALUD%20MENTAL%20DE%20CASTILLA-LA%20MANCHA%20COFTO-CLM.pdf>
44. Arenas de la Cruz, J (comp.) Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental en Castilla-la Mancha [Monografía en Internet]. 1ª edición. Toledo: Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha; 2018 [6 de marzo de 2019]: 22. Disponible en: <http://www.terapeutas-ocupacionales.es/assets/files/COFTO-CLM/LIBRO%20BLANCO%20DE%20LA%20TERAPIA%20OCUPACIONAL%20EN%20SALUD%20MENTAL%20DE%20CASTILLA-LA%20MANCHA%20COFTO-CLM.pdf>
45. Gorbeña, S (editora). Ocio y salud mental. Documentos de Estudios de Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto; 2000; 14: 46.

Derechos de autor

