



Universidad Complutense de Madrid

Escuela de Trabajo Social

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

Máster en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN

“Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”

*El Club Social de la Asociación Alonso Quijano de Usuarios de Servicios de Salud Mental
del Distrito Centro de Madrid*

por

Verónica Torreblanca Martín

Asignatura: Practicum

Tutor: Francisco Gómez Gómez

Fecha: octubre 2010 - junio 2011

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN
“Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”

Agradecimientos

En el desarrollo de la investigación he contado con la colaboración y apoyo incondicional de muchas personas a las cuales se lo quiero agradecer, ya que han hecho esta labor investigadora más amena y sencilla.

La colaboración de profesionales de la Salud Mental como Manuel Desviat, Doctor en Psiquiatría e impulsor de la Reforma Psiquiátrica en España, que me facilitó el contacto de diferentes informantes clave para orientarme en mi búsqueda sobre el objeto estudio. Machús San Pío, Diplomada en Educación Social y Responsable del Área de Programas y Relaciones Internacionales de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), que me ofreció sus amplios conocimientos sobre empoderamiento y me orientó en mi búsqueda de información. Ana Isabel Guillén Andrés, Doctora en Psicología, que me ayudó a centrar la investigación.

A los profesionales de la Educación Social que forman parte de la Comisión del Colegio Profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Madrid que me ayudaron a encontrar la Asociación Alonso Quijano.

Sin olvidar en ningún momento, y con todo mi cariño a Juan Carlos Casal Álvarez, Presidente de la Asociación Alonso Quijano y Diplomado en Trabajo Social, que en todo momento ha mostrado interés por la mejora de la Asociación ofreciéndome toda la información que ha considerado conveniente para la investigación. Diego Cazzaniga Pesenti, Licenciado en Psicología, Ricardo Guinea Roca Doctor en Psiquiatría, y la participación e implicación de todos/as y cada uno/a de los/as participantes de la Asociación Alonso Quijano, que han hecho posible la puesta en práctica de esta investigación.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN
“Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”

ÍNDICE

**A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL
OBJETO DE ESTUDIO**

Resumen y palabras clave	6
Abstract and key words	6
1. Introducción	7
2. Contexto	8
3. Conexión con los marcos teóricos y antecedentes	11
3.1. Personas con enfermedad mental	11
3.2. La atención a las personas con enfermedad mental	13
3.3. Actual modelo de atención a personas con enfermedad mental	15
3.4. El modelo comunitario	17
3.5. Movimiento asociativo	18
3.6. Empoderamiento	21
3.7. Ocio y salud mental	25
4. Hipótesis	31
5. Objetivos de la investigación	31

B. DISEÑO METODOLÓGICO

7. Orientación metodológica y tipo de investigación	32
8. Técnicas de producción de la información	33
8.1. Entrevistas exploratorias	33
8.2. Entrevista semiestructurada grupal exploratoria	33
8.3. Cuestionarios y escalas	33
8.4. Análisis documental	34
9. Selección muestral	35

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN
“Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”

10. Plan de análisis	35
10.1. Resultados de las entrevistas con el presidente	35
10.2. Resultados de la entrevista grupal exploratoria	36
10.3. Resultados de los cuestionarios	36
10.4. Resultados del análisis documental	37
10.5. Resultados de la observación participante (trabajo de campo)	37
11. Viabilidad de la investigación	38
12. Periorización	39
13. Presupuesto	40
14. Composición del equipo de investigación	40
15. REFERENCIAS	41
ANEXOS	48
I: Relación entre hipótesis, subhipótesis, objetivos y técnicas del proyecto de investigación	48
II: Guión de preguntas entrevista presidente	49
III: Guión entrevista grupal exploratoria	50
IV: Escala de Empoderamiento	51
V: Cuestionario de Ocio	53
VI: Cronograma: Tareas y Temporalización	55
VII: Presupuesto de la Investigación	56

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN (ACCIÓN)

“OCIO Y EMPODERAMIENTO: Organiza tu propio tiempo”

Introducción	58
1. Justificación	59
2. Objetivos	63
3. Metodología de intervención	63
4. Diseño de actividades	66

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – ACCIÓN
“Ocio y Empoderamiento en Personas con Enfermedad Mental”

5. Calendario	71
6. Recursos	71
6.1. Recursos personales	71
6.2. Recursos materiales	72
6.3. Recursos espaciales	72
7. Presupuesto	73

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

8. Objetivos de evaluación	75
9. Tipos de evaluación	75
10. Indicadores de evaluación	78
11. Instrumentos de evaluación	80
12. REFERENCIAS	81
ANEXOS	83
I: Presupuesto de la Intervención	83
II: Cuestionario inicial	84
III: Cuestionario evaluación de proceso	85
IV: Cuestionario evaluación final	86
V: Cuestionario evaluación de impacto	87
VI: Escala de Empoderamiento	88

**NOTA* Para facilitar la lectura se utilizará el término masculino independientemente del sexo, y siempre que sea posible se utilizará el término genérico para evitar discriminaciones por razón de sexo.*

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

RESUMEN

La presente investigación se centra en el proyecto del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, entidad sin ánimo de lucro formada por personas con problemas de salud mental, familiares y amigos, ubicada en el Distrito Centro de Madrid.

El objetivo de la investigación es analizar la relación entre el empoderamiento (entendido como la capacidad percibida de llevar el control de la propia vida) de los participantes con enfermedad mental del Club Social de la Asociación y la organización de actividades de ocio.

El estudio se ha realizado a través de una metodología de investigación-acción descriptiva, utilizando técnicas cualitativas (análisis documental y entrevistas) y cuantitativas (cuestionarios). Tras el análisis de los resultados obtenidos se diseñará un proyecto de acción (intervención).

Todo ello teniendo en cuenta los principios de la salud mental comunitaria.

Palabras clave: empoderamiento, enfermedad mental, ocio, salud mental comunitaria.

ABSTRACT

This research focuses on the draft of the Association Social Club Alonso Quijano, nonprofit organization formed by people with mental health problems, family and friends, located in the central district of Madrid.

The objective of this research is to analyze the relationship between empowerment (defined as perceived ability to take control of their lives) of participants with mental illness Social Club of the Association and the organization of leisure activities.

The study was conducted through an action research methodology descriptive, using qualitative techniques (interviews and document analysis) and quantitative (questionnaires). After analyzing the results will design an action project (intervention).

All this taking into account the principles of community mental health.

Key words: empowerment, health mental, leisure, comunity health mental.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación e intervención se enmarca dentro del Máster en Trabajo Social Comunitario, Gestión y Evaluación de Servicios Sociales (60 ECTS). La investigación se ha llevado a cabo en la Asociación Alonso Quijano, en convenio con la Universidad Complutense de Madrid.

Dicha investigación surge con el objetivo de conocer el nivel de empoderamiento de los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, de usuarios de Salud Mental, en relación a la planificación y organización de actividades de ocio dentro del propio Club.

En el Club Social se realizan actividades de ocio y se percibe que son siempre las mismas personas, principalmente las que ostentan cargos directivos en la Asociación, las encargadas de llevar a cabo la planificación de las actividades de ocio. Bien es cierto que entre todos los participantes eligen las opciones que más les interesan, pero no muestran una iniciativa propia para la organización de las mismas.

Por ello, desde la Junta Directiva de la Asociación se cree conveniente investigar e identificar los factores que potencien la participación para la organización de las actividades de ocio. Para ello se lleva a cabo esta investigación mediante el análisis de la relación entre el nivel de empoderamiento de los participantes y la organización de actividades de ocio.

En la Asociación se pretende que los participantes tengan el máximo nivel de empoderamiento en función de sus potencialidades, tomando el control de sus propias vidas. Los resultados obtenidos con la realización de dicha investigación permitirán realizar un proyecto de intervención para la mejora.

Siguiendo a Ackoff (1953) y Miller (1977) (citado en Hernández, 1997), los cuales establecen una serie de criterios para la justificación de una investigación consideramos los siguientes: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas y valor teórico.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La conveniencia de la investigación se traduce en que con los resultados obtenidos se podrá llevar a cabo un proyecto de intervención. Asimismo se establece la importancia del ocio para las personas con enfermedad mental como momento y espacio libre donde puedan adquirir una mayor autonomía y tomar el control de su vida, mediante la propia elección de actividades, compañeros, momentos y lugares de realización, siendo conscientes de ese poder de elegir, de decidir, de participar y de compartir con los otros, mediante el uso de recursos normalizados y fuera de los recursos protegidos.

Las implicaciones prácticas que se obtendrán con los resultados derivados de esta investigación será comprobar la relación entre el ocio y el empoderamiento de las personas con enfermedad mental. Asimismo el disfrute de su tiempo libre con actividades de ocio normalizadas y satisfactorias aumentará su autoestima, ayudará a la eliminación del estigma y el autoestigma, lo que repercutirá favorablemente en su inclusión en la comunidad y en las relaciones familiares.

La conveniencia de la investigación tiene a su vez valor teórico. Partiendo de la base de estudios anteriores que analizaron la influencia del ocio en diferentes colectivos. Por otra parte, y pese a que esta investigación se centra en el marco de una asociación de usuarios de Salud Mental concreta, puede servir de guía, con las adaptaciones oportunas, para su realización en diferentes contextos.

Con todo lo dicho hasta el momento, su relevancia social estriba en los beneficios que aporta a las personas con enfermedad mental, a sus familias, a los profesionales de la rehabilitación psicosocial y a todas las personas que reivindican una sociedad igualitaria, sin discriminación ni estigma social.

2. CONTEXTO

El movimiento asociativo en relación a la Salud Mental, surge en España a partir de la década de los setenta, fundamentalmente formado por familiares de personas con enfermedad mental,

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

reivindicando una mejor calidad en los servicios y recursos de atención. Poco a poco este movimiento incluye la lucha contra el estigma y la reivindicación de derechos sociales y civiles.

A partir de 1991 aparece en España también el movimiento de usuarios, establecido ya en otros países como Canadá, Brasil y Suecia, dando voz a las propias personas afectadas como protagonistas de sus propias vidas, en la reivindicación de sus derechos como ciudadanos.

Con esta filosofía surge la Asociación Alonso Quijano bajo su lema “para pensar, acompañar y ayudar en la experiencia de la locura”, formada por personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, sus familiares, amigos y personas sensibles a esta situación. Su creación en 1999 surge a partir de la reflexión de algunos profesionales y usuarios de servicios de Salud Mental, preocupados por el establecimiento de un nuevo modelo de intervención y participación en la comunidad de las personas con enfermedad mental.

La Asociación considera que las personas con enfermedad mental necesitan de medios que faciliten su participación social de la manera más normalizada posible. Además estos modos de inclusión deben apoyar la dignidad de las personas, el tratamiento normalizado de la enfermedad y la correcta información a la sociedad sobre las condiciones de vida, difundiendo informaciones positivas que alienten la normalización y la esperanza de una vida digna y participativa. Por ello la Asociación establece una serie de fines donde prevalece luchar contra la discriminación, el aislamiento y el estigma asociado a las personas con enfermedad mental.

Para la consecución de los fines la Asociación realiza una serie de actuaciones, dentro del ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, entre las que destacan: maratones fotográficos, participación en el Día Mundial de la Salud Mental, participación en actividades deportivas adaptadas y normalizadas, convocatoria de actividades culturales en espacios normalizados de la ciudad, convocatoria de Certámenes Poéticos (2001, 2005, 2009, próxima en 2011), entre otras.

Desde la Asociación se considera que con la participación en actividades normalizadas se refuerza la autoestima de los participantes por sentirse apoyados a expresarse y desafiar los estereotipos sociales discriminatorios y estigmatizantes. Enviando un mensaje positivo a la

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

sociedad para que conozca la enfermedad y se refuerce la confianza en los medios asociativos para futuros proyectos.

La Asociación Alonso Quijano lleva a cabo dos programas de intervención diferenciados: Club Social y Escuela de Familias.

El programa del Club Social de la Asociación, en el que se inserta la presente investigación, es un grupo abierto que se reúne desde el año 1997, formado en un principio por un grupo de jóvenes que reciben el alta en el Hospital de Día de Madrid y expresan su voluntad de seguir quedando. Con el apoyo de profesionales se facilita un espacio de encuentro y estabilidad de reuniones semanales. En el Club charlan, comparten, disfrutan. Es un espacio de encuentro, en donde también planifican y organizan diversas actividades de ocio destinadas a procurar su bienestar.

El programa del Club surgió tras detectar una serie de necesidades: planificar proyectos para aumentar su bienestar y desarrollar sus capacidades y potencialidades; tener un grupo de amistad para disfrutar el tiempo libre; mejorar la convivencia familiar y vecinal; estar en otros espacios de encuentro diferentes a los socio-sanitarios; cubrir la necesidad de participación social de personas con diagnóstico psiquiátrico de enfermedad mental grave de larga duración; combatir los prejuicios hacia las personas con enfermedad mental y sus familiares; hacer vida social y potenciar su capacidad de decisión (empoderamiento).

Para todo ello la Asociación cuenta con profesionales voluntarios y con la cesión de un espacio para reunirse (en el Centro Social Comunitario Casino de La Reina), respecto a los recursos económicos cuentan con las cuotas de los socios y subvenciones.

En definitiva, teniendo en cuenta estos objetivos y reivindicaciones, esta investigación surge tras las necesidades detectadas en la Asociación a partir de la realización de una entrevista grupal exploratoria, donde se muestra que algunos participantes tienen iniciativa e ideas para organizarse, mejorar y reivindicar sus derechos, sin embargo no saben cómo materializar esas propuestas en proyectos de intervención. Tienen ganas de participar, de realizar actividades de ocio, pero necesitan de otras personas que les orienten para su planificación y desarrollo.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

3. CONEXIÓN CON LOS MARCOS TEÓRICOS Y ANTECEDENTES

3.1. PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

El Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid estimó que viven en la Comunidad de Madrid 16.000 personas con enfermedad mental grave y crónica, lo que supone el 0,3% de la población total de la Comunidad (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2006).

A lo largo de la historia, se ha limitado la capacidad de decisión de las personas con enfermedad mental grave. Tendiendo a la adopción de un modelo paternalista, en el que se trata a la persona como incapaz de cuidarse a sí misma y de tomar decisiones significativas sobre su vida. Como grupo de población que permanece vulnerable y estigmatizado, existe la gran necesidad de atención y apoyo comunitario.

Este rechazo se traduce en una serie de reacciones como son “piedad, comprensión y empatía”, en el caso de los familiares estas reacciones “se traduce en ocasiones en comportamientos de paternalismo excesivo y sobreprotección” (Muñoz et al., 2006, p. 10).

Todo ello agravado con las características actuales de la sociedad en la que vivimos, un entorno caracterizado por lo que el sociólogo, filósofo y ensayista polaco Zygmunt Bauman (2007) denomina la modernidad líquida, donde “las relaciones son frágiles” y se evidencia “un individualismo que pone límite a las experiencias de interacción con los demás” (Segado, 2011, p. 15).

En teoría y legislativamente, vivimos en una sociedad donde, todos tenemos los mismos derechos. Sin embargo, aún existen muchas personas y colectivos que, por diversas circunstancias, se encuentran al margen de la sociedad, no participan como ciudadanos y son excluidos socialmente.

Entre estos colectivos se encuentran muchas personas con enfermedad mental. Debido al miedo y al desconocimiento se producen una serie de actitudes de rechazo por tener una concepción

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

distorsionada de las enfermedades mentales. Estos prejuicios provocan lo que se conoce como estigma, e impide la inclusión plena de las personas con enfermedad mental en la sociedad (Muñoz et al., 2006; Libro Verde de la Salud Mental en Europa, 2005) perdiéndonos una gran diversidad de opiniones y puntos de vista al excluirles.

Las personas con enfermedad mental crónica (como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, depresión, etc.) tienen una serie de características asociadas al propio trastorno, que les produce diferentes necesidades, tanto sanitarias como sociales.

Debido a su sintomatología y al estigma tienen una serie de particularidades, como son la desmotivación, la tendencia al aislamiento social, más tiempo libre disponible, escasez de recursos económicos, la percepción de falta de habilidades sociales, falta de interés en el entretenimiento, incapacidad de disfrute y diversión, inhibición, dificultad de concentración, actividad incesante e improductiva, etc. (Rodríguez et al., 1997).

Además la experiencia del estigma puede llevar a las personas con problemas de salud mental a desarrollar “cierto autoestigma, que se manifiesta, según sus familiares, en la autolimitación en el trabajo, la no asistencia a la rehabilitación, el rechazo a la enfermedad, la baja autoestima y la falta de expectativas de recuperación [...] hasta tal punto que provoque, mantenga o agrave algunos de sus principales problemas y dificultades de integración social” (Muñoz et al., 2006, p.13).

A pesar de la mejoría y control de la sintomatología psiquiátrica que se derivan de los tratamientos farmacológicos y otras terapias en Salud Mental, estas problemáticas no se reducen sólo a la sintomatología sino que también afecta a otros aspectos de tipo funcional y de desenvolvimiento autónomo y participación en la comunidad (Cañamares, 2001).

Muchas de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social para afrontar las demandas de la vida diaria, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, en dificultades para afrontar situaciones de estrés, falta de competencia personal, dificultad para hacer un buen uso del tiempo libre, en la pérdida de redes sociales de apoyo y en limitaciones a su

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

participación e integración y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social, sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas. Así como el estigma y autoestigma asociado a la propia enfermedad, que impide tanto la inclusión social de las personas que padece la enfermedad como de las familias (Muñoz et al., 2006). Estas actitudes de rechazo debidas a la imagen social negativa que se tiene de las personas con enfermedad mental aumentan el riesgo de marginación, soledad y aislamiento, si no se establecen los sistemas de soporte social adecuados (Poll i Borràs, 2006).

Por ello necesitan programas y servicios de rehabilitación psicosocial que les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad; y que les apoyen en un modo flexible y continuado para favorecer su integración social efectiva en entornos sociales y familiares (Cañamares, 2001).

A pesar de estas dificultades asociadas a la enfermedad las personas con enfermedad mental tienen muchas capacidades y potencialidades. Por ello, teniendo en cuenta los nuevos modelos de atención e integración en la comunidad, hemos de dejar a un lado las limitaciones y centrarnos en las capacidades y potencialidades de cada persona. Ya que gracias a los nuevos tratamientos existentes las personas con enfermedad mental pueden disfrutar y participar en la comunidad con las mismas motivaciones que cualquier persona. Por ello, es importante que no nos centremos sólo en la enfermedad, sino que tengamos en cuenta a la personas como tal, siendo la enfermedad mental, o los síntomas asociados, parte de la persona.

3.2. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

Debido a estas necesidades de las personas con enfermedad mental, se hace necesaria la implementación de un modelo de atención para cubrirlas. Sin embargo, el modelo existente en la actualidad basado en la atención integral y comunitaria no siempre ha sido así, sino que ha ido pasando por diferentes etapas, en gran parte relacionadas con el concepto de enfermedad mental que se tenía en cada época.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En 1885 en España se promulgó un Decreto que permitía la larga estancia y permanencia perpetua de personas con enfermedad mental en asilos. Entre 1910 y 1936 se produjeron ciertas reformas para acabar con estas prácticas, lo que tuvo un impacto positivo en la mortalidad de las personas internadas. Sin embargo, tras la Guerra Civil Española (1936-1939) el Estado construyó más hospitales psiquiátricos (Rivera y Gallardo, 2003).

En el modelo de atención sanitario, en España, la Reforma Psiquiátrica rompió con el modelo hospitalocentrista anterior. El hospitalocentrismo se basaba en el internamiento de forma permanente, en la mayoría de casos, de la persona con enfermedad mental, en centros psiquiátricos (Rodríguez, 1997). Poco a poco, gracias a los cambios producidos en la sociedad, en su mentalidad, y en el sistema sanitario, a partir de la elaboración de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el destino de las personas con enfermedad mental cambió (Desviat, 1994). Se hizo posible la Reforma Psiquiátrica (1985), cuyos pilares eran la integración de la psiquiatría y la salud mental dentro del marco sanitario; la planificación basada en los postulados de la psiquiatría comunitaria; una concepción biopsicosocial de la enfermedad, equipos interdisciplinares en Salud Mental; la base de la asistencia tenía que ser ambulatoria; la hospitalización psiquiátrica se haría en los hospitales generales y se garantizarían los derechos civiles de las personas con enfermedad mental (Menéndez, 2005). Es decir, el modelo sanitario dejaba atrás su modelo biomédico y asistencial para comenzar con un nuevo modelo comunitario, defendido con la Reforma Psiquiátrica, que apostaba por una intervención y un nuevo modelo de atención a las personas con enfermedad mental dentro de la comunidad.

Con esta Reforma se huye del concepto diabólico asociado a la enfermedad mental que se tenía en la antigüedad y se comienza a ver a las personas con enfermedad mental como personas. Considerándose imprescindible una atención integral dentro de la comunidad, con una coordinación de los recursos sanitarios y sociales que intervienen para conseguir la inclusión social de las personas con enfermedad mental. Comienza la Salud Mental Comunitaria. Los principios

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental son: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensión, equidad, responsabilidad y calidad.

En la década de los ochenta, se produce un nuevo acercamiento a las personas con enfermedad mental más allá del tratamiento de sus síntomas dando mayor importancia a su dimensión familiar y social (Rivera y Gallardo, 2003).

Es decir, la desintitucionalización llevó a un modelo centrado en la comunidad. Entre los principios que vertebran la Reforma destacan el desplazamiento de la atención hacia equipos comunitarios, considerando a la comunidad “no sólo como usuaria, sino como agente partícipe en el proceso de planificación-programación y como generadora de recursos que deben aliarse con los específicamente técnicos” (Desviat, 2010, p. 256).

El sistema de atención social a personas con enfermedad mental en la Comunidad de Madrid se inició con un programa de la Consejería de Servicios Sociales (1988). Dicho plan desarrolló una red de recursos sociales para personas con enfermedad mental colaborando y complementando la red sanitaria de servicios de Salud Mental. En la actualidad continúa con el denominado Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003 – 2007) de la Comunidad de Madrid, puesto en práctica por la actual Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

En la actualidad surge la “necesidad de nuevos diseños terapéuticos, la creación de recursos más eficaces y solidarios” (Desviat, 2010, p. 254) devolviendo la dignidad a las personas con problemas de salud mental.

3.3. ACTUAL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL:

En la actualidad, en el modelo de atención a las personas con enfermedad mental crónica en España se ha producido una gran transformación de mejora, tanto a nivel sanitario como social.

En la Comunidad de Madrid existen dos planes de atención y se llevan a cabo desde la Consejería de Sanidad y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, denominados Plan Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014 (basado en el Plan de Acción de

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Helsinki) y Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003 – 2007), respectivamente.

Dentro del Plan Estratégico de Salud Mental se establecen una serie de recursos y servicios de atención sanitaria en función de las necesidades de cada persona. En ellos se incluyen las Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día de adultos, Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia), Unidades Hospitalarias de Cuidados Prolongados (Larga Estancia), Atención ambulatoria en hospitales, Centros de Día, entre otros servicios específicos para trastornos de la conducta alimentaria, trastornos adictivos y trastornos de personalidad.

Respecto al Plan de Atención Social, al igual que el sistema sanitario, impulsa un modelo de atención centrado en la comunidad. Dentro de este modelo comunitario, la ayuda informal es una fuente muy importante de protección del contexto sociocultural (Rodríguez, 1997). La principal finalidad de este plan es la de ampliar y mejorar la atención social a las personas con enfermedad mental y a sus familias para favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

El Plan de Atención Social recoge diversos centros y recursos de atención social específica y especializada, con diferentes actividades y programas para atender las necesidades sociales existentes de las personas con enfermedad mental. En régimen de atención diurna se encuentran los Centros de Día de Soporte Social (CD), los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL). A su vez existen centros de atención residencial como son las Miniresidencias (MR), los Pisos Supervisados y plazas de alojamiento en Pensiones de forma supervisada. Asimismo cuentan con servicios complementarios como son los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

enfermedad mental grave como el Servicio de Apoyo a la Reinserción Social de Persona con Enfermedad Mental Crónica sin Hogar (PRISEMI).

Esta red de recursos ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales severos, que son derivadas desde los servicios de Salud Mental de la red pública sanitaria como responsables de su tratamiento y seguimiento psiquiátrico.

Con el Plan de Atención Social se potenció el desarrollo de una red de centros de atención social amplia, diversificada y territorializada que trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Salud Mental para asegurar una atención sociosanitaria integral. Es decir, ambos planes, tanto el sanitario como el social, son planes diferenciados, aunque coordinados, para la atención integral a personas con enfermedad mental. A su vez estos planes apuestan por la necesidad de seguir investigando en Salud Mental.

3.4. EL MODELO COMUNITARIO:

Todo este modelo comunitario dentro de una red integrada y coordinada ha de tener presente a la comunidad, a los ciudadanos que la conforman, y en ella, como es lógico, se encuentran todas las personas incluidas las que padecen algún tipo de enfermedad mental.

Desde el modelo comunitario se defiende el trabajo en red. La acción colectiva, la participación e implicación ciudadana, son fundamentales para el desarrollo comunitario.

“Lo comunitario es el trabajo en red, es la acción en un territorio en continua interacción con sus ciudadanos y sus organizaciones. Una ciudadanía que forma parte del proceso, que hace suyo el proceso asistencial” (Desviat, 2010, p. 260).

Dumas y Séguier (1997) diferencian tres procesos en la acción comunitaria: concienciación (Freire) organización (Ross, Henderson y Thomas) y movilización (Alinsky) para la consecución de una acción transformadora real (citado en Barbero y Cortés, 2005). En definitiva la organización, concienciación y movilización ciudadana posibilitan la reivindicación de los derechos sociales y ayuda a la lucha contra el estigma debido al desconocimiento existente. Todo

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

ello posibilita la integración real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho. Evitando el aislamiento que han sufrido durante tanto tiempo y siendo escuchados. Teniendo en cuenta que como personas son expertos de su propia vida (Rodríguez, 1999) y tienen mucho que decir al respecto, tomando conciencia de su situación (Freire, 1970) y reivindicando su posición en la sociedad.

Asimismo el modelo del desarrollo comunitario se fundamenta en que para conseguir la mejora de la comunidad, y por tanto el beneficio de cada uno de sus ciudadanos, se han de localizar los bienes de la comunidad, los recursos escondidos, tener en cuenta las habilidades y capacidades de las personas que la integran (Segado, 2011).

Para buscar estos recursos escondidos es necesario contar con todas las personas que forman parte de la comunidad, y en ella se encuentran también las personas con enfermedad mental.

3.5. MOVIMIENTO ASOCIATIVO:

En todo este modelo comunitario también tuvo mucha importancia el movimiento asociativo, principalmente de familiares de personas con enfermedad mental, que reivindicaban una mejor atención y un apoyo en el cuidado de sus familiares.

Desde una perspectiva internacional, desde los últimos 30 años, las necesidades y derechos de las personas con enfermedad mental se han reivindicado a través del movimiento asociativo de familiares y posteriormente de personas con enfermedad mental que han logrado ser escuchados. Estos movimientos asociativos se guían por los principios de la Salud Mental Comunitaria, evitando la institucionalización psiquiátrica y reivindicando la inclusión dentro de la comunidad.

Desde los años sesenta en Europa comienza a surgir el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental, reivindicando los derechos fundamentalmente respecto a la atención y calidad de servicios y recursos para atender sus necesidades; poco a poco este movimiento asociativo incluye la lucha contra el estigma y la reivindicación de derechos sociales y civiles.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En España poco a poco empiezan a surgir los movimientos asociativos de familiares. Los familiares debido a las situaciones concretas que viven deciden agruparse creando asociaciones. Se convierten en agentes sociales que cuestionan los modelos establecidos planteando soluciones diferentes (Rivera y Gallardo, 2003).

Éstas se constituyen como redes de apoyo fundamentales. Sus objetivos suelen ser la ayuda mutua, la defensa de los derechos e intereses de las personas con enfermedad mental, denunciar el estigma y la discriminación y reivindicar la mejora de los servicios (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental, CEIFEM).

A partir de 1976 en España algunos familiares de personas con enfermedad mental crean la cooperativa Nueva Vida, que años más tarde (1981) se constituirá en la Asociación Psiquiatría y Vida de Madrid.

Desde 1983 la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), declarada de utilidad pública en 1991, agrupa a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y sus familiares de todo el territorio nacional.

En Junio de 1990 se celebra el primer Congreso Europeo de Familiares en *De Haan*. Y en 1992 se crea la Federación Europea de Familias de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI), compuesta por 17 entidades europeas, que defiende los derechos e intereses de las personas con enfermedad mental y apoya las reivindicaciones de las familias.

FEAFES considera que la Estrategia de Salud Mental constituye un hito en la atención en Salud Mental en España y supone la consecución de una reivindicación histórica del movimiento asociativo, donde se establece un marco de trabajo común, que unifica las acciones en todas las regiones del Estado en materia de Salud Mental e incluye y asume diferentes aspectos críticos para las personas con enfermedad mental y sus familias, un importante proceso dialógico y consensuado de los diversos agentes implicados, un claro compromiso en la evaluación de la implementación y actualización de las acciones contempladas en la Estrategia de Salud Mental.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Las asociaciones tienen un rol complementario en la estructura socio-sanitaria y su objetivo es ser un soporte y complemento para dar cobertura a ámbitos que el sistema de salud mental no es capaz de llegar. Las asociaciones pretenden ocupar un espacio de poder, que normalmente corresponde al sistema público, consistente no sólo en generar demandas y reivindicaciones sino participar en el diseño de políticas sociales (Rivera y Gallardo, 2003).

En los últimos años se han logrado grandes avances dentro del movimiento asociativo para la consecución de mejoras legislativas y políticas, de recursos y servicios y actuaciones de sensibilización. Aunque algunos autores señalan que las personas con enfermedad mental y sus familias siguen siendo discriminadas, los presupuestos para la atención son bajos, no se realiza suficiente investigación, el desconocimiento generalizado continúa, las imágenes negativas de las personas con enfermedad mental en los medios de comunicación siguen alimentando el estigma, etc. Por lo que es necesario seguir investigando y realizando actuaciones de sensibilización, educación e intervención para la lucha contra el estigma y la reivindicación de los derechos civiles. Para ello el empoderamiento individual, grupal y organizacional permitirá la capacitación, toma de conciencia y desarrollo de actuaciones para la inclusión social (Ariño y San Pío, 2007).

El movimiento asociativo de personas con enfermedad mental en España comenzó a surgir de forma más tardía y normalmente a raíz de las asociaciones de familiares. Ha ido evolucionando y adaptándose a los nuevos tiempos y situaciones.

Las asociaciones de usuarios de servicios de Salud Mental luchan por la defensa y reivindicación de los derechos civiles. Lo que implica, entre otras cosas, que se permita la participación activa de las personas con enfermedad mental en las acciones políticas que puedan contribuir a la mejora del bienestar de la sociedad en la que viven. Permitiendo la implicación activa en la comunidad para lograr mejoras en la calidad de los Servicios de Salud Mental. Entre sus funciones destaca el papel de sensibilización y educación social, las actuaciones de denuncia de prácticas percibidas de forma negativa y protección de sus derechos.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En la actualidad, en España existen 216 asociaciones federadas de familiares, amigos y/o personas con enfermedad mental (FEAFES, 2011). De las cuales 19 están inscritas en el territorio de la Comunidad de Madrid (18 asociaciones y la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental, FEMASAM), asimismo en Madrid conocemos una asociación dirigida por personas con enfermedad mental que en la actualidad no está federada.

Sin embargo es de destacar que aún en un 12% de países no existe ninguna organización activa en materia de Salud Mental (Saxena, 2007).

3.6. EMPODERAMIENTO:

Estas formas de organización ciudadana, dentro del movimiento asociativo, para la reivindicación de los derechos civiles de las personas con enfermedad mental y la lucha contra el estigma, posibilitan el empoderamiento tanto de las personas con enfermedad mental, como de sus familias y del propio movimiento asociativo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el empoderamiento es un concepto fundamental de la promoción de la salud. La Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) reconocen su importancia para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La Estrategia Europea de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles establece que las personas deben ser empoderadas para promocionar su propia salud, interactuar con los servicios sanitarios y participar activamente en la gestión de la enfermedad.

A pesar que en la actualidad se habla del empoderamiento como un término emergente, es ya en la época de los setenta cuando comienza su uso, dejando atrás otros modelos más tradicionales centrados en los problemas, patologías e incapacidades. Según el *Oxford English Dictionary* la palabra *empowerment* aparece en textos de la segunda mitad del siglo XVII (León, 1997).

El término empoderamiento ha sido discutido en diversas ocasiones en la literatura científica (Vernier, 1996). Proviene del término inglés *empowerment*, y ha sido adaptado al castellano como empoderamiento, entendido como conceder a alguien el ejercicio del poder.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

“Etimológicamente, el término *empowerment* es un término anglosajón que no tiene una traducción al castellano suficientemente consensuada. Las traducciones más frecuentes suelen ser ‘potenciación’, ‘capacitación’ o ‘fortalecimiento’” (Segado, 2011, p. 20).

“El empowerment es un proceso social multidimensional que ayuda a las personas a obtener el control sobre sus vidas (...) está relacionado con el poder y la forma en la que se distribuye entre las personas” (Segado, 2011, pp. 74 – 75).

Para Gutiérrez (1994) el *empowerment* puede definirse como “el proceso de aumentar el poder personal, interpersonal o político de modo que los individuos, las familias y las comunidades pueden actuar para mejorar sus situaciones” (p. 202).

“Filosóficamente podríamos decir que con la noción de *empowerment* se hace referencia al potencial de cada persona para alcanzar metas y fines definidos por ellas mismas” (Segado, 2011, p. 20). Abordando la vida en término de oportunidades personales y sociales.

Respecto a la Salud Mental, las primeras definiciones de empoderamiento surgen de los estudios realizados por Rappaport (1988) que definió el empoderamiento como la conexión entre un sentido de competencia personal, y el deseo y voluntad de tomar medidas en el dominio del sector público. Mc Lean (1995) señaló que el empoderamiento se define como la acción de los que son impotentes y actúan para empoderarse. Segal (1995) lo define como un proceso de obtener el control sobre la propia vida y que influye en la organización y estructura de la sociedad.

El enfoque de empoderamiento potencia el reconocimiento y desarrollo de los recursos, fortalezas y habilidades de las personas con enfermedad mental. Comprometiéndose en identificar, facilitar y crear contextos donde las personas que han sido silenciadas obtengan comprensión, voz e influyan en las decisiones que afectan a sus vidas (Fitzimmons y Fuller, 2002).

Es decir, se basa en desarrollar las capacidades de las personas, grupos y comunidades teniendo en cuenta sus plenas potencialidades. “Se basa en la idea de que las personas tienen mayor éxito en su vida cuando identifican y usan sus fortalezas, habilidades y activos; y también asume que los

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

seres humanos tienen capacidad de crecer y cambiar” (Weick, 1992, citado en Segado, 2011, p.73).

A nivel individual, el empoderamiento es un elemento fundamental para el desarrollo, como proceso de toma de control y responsabilidad para alcanzar la mayor autonomía y adquirir el control de su propia vida. Dicho proceso, según la OMS, consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, y pertenencia y contribución a una sociedad más plural.

La OMS considera que en el proceso de empoderamiento se han de llevar una serie de acciones a nivel social / estructural, provisión de servicios y desarrollo provisional, comunitario e individual.

El empoderamiento de la comunidad comprende un mayor grado de empoderamiento individual, un mayor sentimiento de pertenencia, de participación, de liderazgo en la toma de decisiones y de acceso a los recursos (Israel et al., 1994).

En esta toma de poder, de participación, y control de la propia vida, Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) llevaron a cabo un estudio donde los grupos de usuarios y cuidadores formularon varios atributos clave del empoderamiento como son: poder para tomar decisiones, acceso a la información y a los recursos, y abanico de opciones donde elegir.

Judi Chamberlain (1944 – 2010), activista estadounidense, líder y educadora en el movimiento de los supervivientes psiquiátricos, considera elementos prioritarios de empoderamiento: el poder para la toma de decisiones; acceso a la información y a los recursos; disponer de opciones para elegir; asertividad; aprender a pensar de forma crítica; conocer y expresar la ira; no sentirse solo, tener la sensación de formar parte de un grupo; entender que las personas tenemos derechos; efectuar cambios individuales y comunitarios; aprender habilidades percibidas como importantes; cambiar la percepción de los otros sobre nuestra competencia y capacidad de acción; “salir del armario”; fijarse más en los procesos de cambio que en los resultados esperados; fomentar una autoimagen positiva superando el estigma.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La perspectiva del *empowerment* busca analizar las capacidades de las personas para potenciarlas. Sin embargo “el atractivo del concepto de *empowerment* ha ido unido a una cierta dificultad para desarrollar herramientas prácticas con vistas a la evaluación y la intervención” (Segado, 2011, p. 15). Sobre todo en el ámbito de la literatura científica en castellano, pero también en el de la literatura al respecto en inglés, apenas existen cuestionarios, estrategias y técnicas de intervención vinculados de forma explícita con el concepto de *empowerment*, que hagan operativo este concepto (...) en el trato directo con los ciudadanos (ib., p. 19).

Según el estudio realizado por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) el empoderamiento se relaciona con la calidad de vida y los ingresos, pero no con las variables demográficas de edad, género, origen étnico, estado civil, nivel de educación o situación laboral. Los resultados de dicha investigación mostraron que existen cinco factores relacionados con el nivel de empoderamiento como son la autoeficacia, la autoestima, el activismo de la comunidad, el optimismo y control sobre el futuro y la honradez o el enfado. Esta escala de empoderamiento tiene alta consistencia interna, y los resultados del estudio establecieron una mejor comprensión del concepto impreciso de empoderamiento, como la autoestima, la autoeficacia y el optimismo y control sobre el futuro. Considerando el empoderamiento con el sentido de autoestima y la creencia de que uno mismo puede controlar su destino y acontecimientos vitales. Teniendo en cuenta también el convertir la impotencia en acción y activismo comunitario.

Desde la ciudadanía emancipada la participación de todos los actores es fundamental. La noción del nosotros, de la inclusión, de la acción colectiva en torno a la generación de condiciones apropiadas para todos, garantiza el posicionamiento y empoderamiento de las personas.

Por todo ello, se considera necesario la creación de espacios de relación, participación, encuentro e inclusión, fuera de los recursos sociales y sanitarios, donde puedan crear vínculos afectivos y realizar actividades que les permitan formar parte de la comunidad como ciudadanos activos, mejorando su calidad de vida y su nivel de empoderamiento. Aquí el movimiento asociativo juega un papel fundamental.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El movimiento asociativo de personas con enfermedad mental, cada vez más, sigue esta línea de acción, posibilitando que se apoderen del control de sus vidas.

Diversos trabajos muestran que la participación de personas con enfermedad mental en acciones de gestión, programación, evaluación, investigación y docencia en aspectos relacionados con la Salud Mental favorece la mejora de la capacitación (*empowerment*) (Lammers y cols., 2004; Pietroni et al., 2003; Trivedi, 2002; Masters, 2002; Barnes, 2006; McAndrew y Samociuk, 2003; Howe, 2003; Walters, 2003).

En definitiva, siguiendo a autores como Goodare (1999) “los usuarios tienen la experiencia y habilidades que complementan las de los investigadores, y que si se tienen en cuenta sus puntos de vista es más probable que se alcancen resultados que mejoren la práctica” (citado en Carmona y Del Río, 2009, p. 143). Y ello, aunque requiere un mayor esfuerzo organizativo beneficiará tanto a personas con enfermedad mental como a profesionales de la Salud Mental (Salvi, 2005; Shanley, 2007).

3.7. OCIO Y SALUD MENTAL:

Como acción comunitaria, desde el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental, cada vez más, se potencia el empoderamiento de estas personas, para que tomen el control de sus vidas. Para ello llevan a cabo diversos programas, como son los Clubs de Ocio, donde en su tiempo libre acuden a un espacio de encuentro y relación con otras personas con las que comparten intereses y con las que llevan a cabo actividades de ocio.

El uso de recursos sociocomunitarios normalizados es fundamental en la inclusión social que se pretende (Baura, 2003).

El sociólogo Daniel Bell considera que vivimos en una sociedad postindustrial y postmoderna caracterizada, entre otras cosas, por ser una sociedad del ocio y del tiempo libre. En muchas ocasiones se considera el tiempo libre y el ocio como conceptos sinónimos. Sin embargo diversos autores (Ander – Egg; Quintana, 1994; Cembranos, Montesinos, y Bustelo, 1988; Puig y Trilla, 2000) han esclarecido el uso de estos términos, definiendo el tiempo libre como aquel que queda

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

tras la realización de las obligaciones diarias y una vez cubiertas nuestras necesidades básicas. Mientras que el ocio es el uso creativo, libre y satisfactorio que hacemos de nuestro tiempo libre, y que cumple con una serie de funciones como ya defendía el sociólogo francés Joffre Dumazedier, que son el descanso, el desarrollo personal y la diversión.

Estos autores coinciden en resaltar los beneficios del ocio, en relación a la socialización, el desarrollo personal, el disfrute y el descanso; dentro de la elección libre y deseada de las actividades a realizar. Entendido como una experiencia satisfactoria, positiva y gratificante.

A lo largo de la historia el ocio ha sido muy importante en la vida de las personas, como promotor de salud. Considerado un ingrediente esencial del bienestar y la calidad de vida (Compton, 1993) y como derecho fundamental, tal y como expone la Carta Fundacional de la Asociación Mundial de Ocio y Recreación y como lo recoge la Constitución Española de 1978. Sin embargo las personas con diversidad funcional se enfrentan a numerosas barreras o impedimentos para su disfrute en actividades deseadas y elegidas libremente. El ocio es necesario para cualquier persona, para su inclusión y participación en la comunidad como ciudadana, donde tenga acceso a las actividades que desee realizar y no se le discrimine por ningún tipo de razón, condición u opinión.

La inclusión y la acción colectiva en torno a la generación de condiciones apropiadas para todos, garantiza el posicionamiento y empoderamiento de las personas en la garantía de su derecho al ocio. Por tanto las formas de intervención dejan de estar ubicadas en el ofrecimiento de actividades de ocio y apuestan por la generación de procesos mediante los cuales las personas y las comunidades generen procesos de empoderamiento (Molina y Jaramillo, 2007, pp. 4-5).

Diversos estudios (Shank, 1998; Austin y Crawford, 1991; Gorbeña, 2000; Wilcock, 1998) señalan los déficits que existen en relación al uso del ocio colectivo entre las personas con enfermedad mental, y destacan el impacto positivo que tienen los programas y recursos que fomentan las actividades de ocio como elemento terapéutico para la mejora de la calidad de vida de estas personas.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La participación en actividades vinculadas al ocio influye positivamente en la salud y el bienestar de las personas, ayudando a facilitar conductas de afrontamiento como una respuesta a los cambios y transiciones que las personas experimentan durante el curso vital, incluyendo las producidas por una enfermedad, trastorno o discapacidad. (Coleman e Iso-Ahola, 1993; Kleiber, 1985; Verdugo, López y Gómez, 2004).

La relación entre el ocio y la salud mental ha sido debatida en numerosas ocasiones en la literatura (Driver, Brown y Peterson, 1991; Compton e Iso-Ahola, 1994; Ouellet, 1995). Llegando a la investigación del 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). Los modelos de rehabilitación psiquiátrica siempre han tenido en cuenta la esfera de ocio como un área de capital importancia para la plena inclusión social (Anthony, 1979; Desviat, 1995; Liberman, 1993; Rebolledo, 1997; Rodríguez, 1997; Talbott, 1995; Watts y Bennet, 1990).

La investigación más relevante en España sobre ocio y salud mental es la realizada por Susana Gorbeña Etxebarria (2000) en el Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto con el nombre “Prácticas de ocio en las personas con trastornos mentales crónicos” publicado en su libro Ocio y Salud Mental. Se recogieron datos de un total de 157 personas adultas con diagnóstico de trastorno mental. Las conclusiones más relevantes señalan que:

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 del trastorno y de la respuesta social a éste (Gorbeña, 2000, p. 110).

Entre otros resultados, concluyó Gorbeña que las personas adultas con trastornos mentales crónicos tienen intereses y necesidades de ocio que necesitan ser solventadas. 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, experimentando diversos tipos de barreras que en muchos

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

casos podrían ser minimizadas mediante diversos programas e intervenciones. A su vez hace referencia a la reivindicación del derecho al ocio para todos los ciudadanos.

Westlan (1992) aboga por una postura política encaminada a hacer el ocio accesible a todos los ciudadanos como herramienta para mejorar la calidad de vida. En la misma línea se sitúan las propias demandas del colectivo (Primer Encuentro Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental, 1997). Considerando los principios de accesibilidad universal y diseño para todos, donde todas las personas se beneficien de diversas actividades de ocio según sus gustos e intereses, el mayor tiempo posible y con la mayor autonomía, donde no sea necesarias las adaptaciones individuales porque los servicios y recursos están pensados para todas las personas que quieran participar de ellos.

En ocasiones, las personas con enfermedad mental sufren el estigma y el autoestigma que les aísla de la comunidad haciendo uso de los recursos comunitarios normalmente cuando las actividades son llevadas a cabo por profesionales y en entornos protegidos. Por ello se considera necesaria la creación de espacios de relación, participación, encuentro e inclusión, fuera de los recursos sociales y sanitarios, donde puedan crear vínculos afectivos y realizar actividades de ocio que mejoren su calidad de vida y su nivel de empoderamiento, como pueden ser los Clubes Sociales. El club social se entiende como el medio para incidir y promover la inclusión social y la participación activa en y con la comunidad de las personas que participan.

Dentro del documento de consenso sobre: “Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave” se considera que los clubes sociales:

Son un recurso de apoyo social destinados a ofrecer soporte a la población con enfermedad mental que presenta dificultades para un desenvolvimiento adecuado, especialmente en el área de ocio y entretenimiento en ambientes totalmente normalizados. Entre sus objetivos destacan la promoción de una red de apoyo que permita romper el aislamiento, el fomento de uso de recursos comunitarios, el aumento del desempeño de roles socialmente valiosos, la mejora de las relaciones interpersonales y el uso y disfrute del tiempo libre (Baura, 2003, p. 79).

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El Club Social con su intervención rehabilitadora tiende a “Mejorar la calidad de vida y ayudar a las personas con enfermedad mental a asumir la responsabilidad de sus propias vidas, actuar en la comunidad tan activamente como sea posible y funcionar con la mayor independencia en su entorno social” (Gisbert, 2003, citado en Poll i Borràs, 2006).

Marta Poll i Borràs (2006) señala que las actividades de ocio conllevan un conjunto de beneficios, como el aumento de la autoestima, de la percepción de control y competencia, la oferta de experiencias de éxito, el desarrollo personal, nuevas vías de comunicación y relación, despierta un interés por el entorno cotidiano, promueve la participación y la inclusión, etc. En definitiva, las actividades de ocio inciden en los trastornos de socialización causados por la enfermedad mental.

Como señala Arnol S. Chamove el ocio será rehabilitador cuando la persona salga de su aislamiento y se vaya integrando con normalidad en su entorno comunitario, cuando ocupe su tiempo libre del modo más normalizado y autónomo que sea posible, cuando a través del ocio, favorezcamos la mejora cuantitativa y cualitativa de su red social.

En el paradigma dialéctico el ocio se orienta hacia el empoderamiento personal, social y político (Molina y Jaramillo, 2007, p. 9).

Muchos son los autores que han estudiado y defienden los beneficios del ocio relacionados con su aspecto de libre elección, de toma de decisiones autónoma. “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, citado en Gorbeña, 2000, p. 15). “Es un estado subjetivo o experiencia psicológica producida por la implicación en actividades” (Gorbeña, 2000, p.15). En suma, “el ocio es una oportunidad para vivir la vida en que cada uno quiera vivirla” (Gorbeña, 2000, p. 16). Coleman e Iso-Ahola (1993) argumentan que “las características clave del ocio – libertad percibida y control – ayudan a confortar un sentido estable de autodeterminación, causando mayores sentimientos de control de la propia vida (citado en Gorbeña, 2000, p. 17).

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

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

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” (Gorbeña, 2000, pp. 18 – 19).

En Estados Unidos se apuesta por un modelo de ocio terapéutico conocido como “la habilidad de ocio”, donde se pretende utilizar la recreación y el ocio para alcanzar y mantener la salud, la independencia y la calidad de vida (Peterson y Stumbo, 1999). Las oportunidades de ocio ayudan a las personas con enfermedad mental a sentir el control de sus vidas, fomentando mayores sentimientos de autonomía y autodeterminación (Gorbeña, 2000).

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 definitiva, como hemos visto, diferentes investigadores han analizado y descrito la influencia del ocio para la salud, en concreto para la salud mental, los beneficios que aporta el ocio para las personas con enfermedad mental y las posibilidades para su empoderamiento.

En función de esta revisión bibliográfica realizada, a continuación exponemos las hipótesis establecidas para nuestra investigación concreta dentro del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, formada por personas con enfermedad mental, y ubicada en el Distrito Centro de Madrid.

A. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

4. HIPÓTESIS

1. Las personas con enfermedad mental que muestran un mayor nivel de empoderamiento:
 - 1.1. Mostrarán mayor implicación en la organización de actividades de ocio del Club Social.
 - 1.2. Realizarán un mayor uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
 - 1.3. Asistirán a actividades de ocio en recursos normalizados del entorno.
 - 1.4. Mostrarán mayor iniciativa en la propuesta de actividades de ocio.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer las dimensiones del ocio que están relacionadas con un mayor nivel de empoderamiento de las personas con enfermedad mental del Club Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de empoderamiento de los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano.
- Analizar los factores de empoderamiento que influyen en la organización y planificación de actividades de ocio.
- Relacionar el nivel de empoderamiento con factores de ocio (como la iniciativa y organización de actividades y el uso de recursos normalizados y de tecnologías de la información).

7. ORIENTACIÓN METODOLÓGICA Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de metodología empleada en la presente investigación es descriptiva, ya que se pretende medir el nivel de empoderamiento y describir la participación e implicación en la organización de las actividades de ocio de los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, en función de dicho nivel de empoderamiento.

Dicha metodología combina el uso conjunto de estrategias cuantitativas y cualitativas, lo que se conoce, siguiendo a Javier Callejo (1998), como diseño metodológico mixto. Es decir, se emplearán diferentes técnicas de ambos paradigmas en función de los objetivos planteados. Esta opción de combinar estrategias cualitativas y cuantitativas se basa fundamentalmente en añadir potencialidades en la investigación, proporcionar diferentes puntos de vista y alcanzar una mayor complementariedad metodológica.

La investigación comenzará con una aproximación al campo objeto de estudio, mediante entrevista abierta con el presidente, continuando con observación participante asistiendo a las reuniones que celebra el Club Social de la Asociación y realizando posteriormente una entrevista grupal exploratoria para conocer la percepción de los participantes sobre la Asociación, lo que permitirá realizar una primera aproximación al objeto de estudio y encaminar el estudio en función de las necesidades del Club enfocándolo a sus potencialidades. Se proseguirá con el análisis de los documentos de la Asociación y del Club Social, como son los programas de intervención, las memorias de años anteriores y las actas de reunión, analizado las actividades realizadas y la participación en la organización de las actividades por parte de los participantes. Posteriormente se realizarán dos cuestionarios a los participantes del Club Social, el primero de ellos será una Escala de Empoderamiento elaborada por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997), traducida al castellano, para conocer el nivel de empoderamiento de los participantes; posteriormente, en otra sesión, se pasará un cuestionario de elaboración propia para conocer las actividades de ocio que

B. DISEÑO METODOLÓGICO

realizan, su nivel de implicación respecto a la organización de actividades dentro del Club y el interés por formarse en dicha planificación.

(Véase Anexo I: “Relación entre hipótesis, subhipótesis, objetivos y técnicas del proyecto de investigación”, p. 48).

8. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

8.1. ENTREVISTAS EXPLORATORIAS:

Desde el comienzo de la investigación se proponen entrevistas con el presidente de la Asociación para conocer su percepción sobre la implicación de los participantes en el Club Social y su nivel de empoderamiento. Lo que nos ayudará a describir el cuestionario que posteriormente elaboramos y diseñar el proyecto de intervención, ya que él, al igual que los participantes, son expertos de dicho proceso. (Véase Anexo II: Guión de preguntas entrevista presidente, p. 49).

8.2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA GRUPAL EXPLORATORIA:

La entrevista semiestructurada grupal se realiza con el fin de obtener una primera aproximación con los participantes de la Asociación y conocer la percepción que tienen del Club Social, qué necesidades detectan ellos, cuáles son las potencialidades de la Asociación y qué propuestas de mejora realizan, así como valorar su nivel de implicación en el Club. Para ello propusimos un guión de preguntas llevado a cabo para posibilitar la participación de todos los participantes mediante una lluvia de ideas y reflexión final. (Véase Anexo III: Guión entrevista grupal exploratoria, p. 50).

8.3. CUESTIONARIOS Y ESCALAS:

La elección de la técnica cuantitativa de los cuestionarios se realiza porque permite la medición del nivel de empoderamiento de los participantes del Club Social, de forma individual. Según la Escala de Empoderamiento elaborada por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) que tras un amplio desarrollo, pruebas piloto y análisis, fue probada con 271 sujetos.

B. DISEÑO METODOLÓGICO

A su vez realizamos un cuestionario para conocer la dedicación de los participantes a actividades de ocio, los recursos utilizados y su implicación en las actividades del Club, teniendo en cuenta diferentes autores y escalas de valoración del ocio y tiempo libre (Larrínaga, 2000; Jiménez y Novoa, 1995; Verdugo, 2004).

Estos cuestionarios individuales se administrarán en dos sesiones diferentes y serán autoadministrados, cumplimentándose por escrito y de forma anónima, con el consentimiento informado requerido.

El primer cuestionario elaborado por Rogers et al. (1997) medirá el nivel de empoderamiento de las personas con enfermedad mental, ha sido traducido al castellano. Está formado por un total de 28 ítems, mediante preguntas con respuesta de la escala de tipo Lickert (de totalmente en desacuerdo a muy de acuerdo). La información solicitada recoge aspectos en relación a la percepción del propio sujeto en función de la capacidad para la toma de decisiones. Los 28 ítems se suman y promedian para llegar a la puntuación general de empoderamiento, de una puntuación máxima posible de 4. (Véase Anexo IV: Escala de Empoderamiento, pp. 51 – 52).

El segundo cuestionario pretende describir las actividades de ocio de los participantes del Club Social así como su implicación y organización en el mismo. Ha sido elaborado para la presente investigación en función de la literatura científica y los datos obtenidos en las entrevistas exploratorias y observación participante. Está formado por 15 preguntas con opción múltiple, escala de Lickert y/o posibilidad de respuesta abierta. (Véase Anexo V: Cuestionario de Ocio, pp. 53 – 54).

8.4. ANÁLISIS DOCUMENTAL:

Se realizará un análisis documental de los Estatutos, proyecto del Club Social y memorias de la Asociación del año 2008 y 2009 y de las actas de reuniones semanales de 2010 y 2011. Para estudiar y conocer el trabajo de la/s persona/s encargada/s en la realización de la planificación, organización y gestión de las actividades, la implicación de los participantes en ello y las propuestas realizadas.

B. DISEÑO METODOLÓGICO

Asimismo realizaremos un análisis de diversas investigaciones y estudios relacionados con nuestro objeto de estudio, tanto nacionales como internacionales.

8. SELECCIÓN MUESTRAL

Dadas las particularidades del Club Social y el número reducido de participantes en el mismo (un total de 20) para la realización de los cuestionarios se tendrá en cuenta el universo total, es decir, todos los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, personas con enfermedad mental crónica, hombres y mujeres mayores de 18 años.

10. PLAN DE ANÁLISIS

10.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS CON EL PRESIDENTE:

En la primera entrevista que se efectúa con Juan Carlos Casal, presidente de la Asociación, realiza una breve explicación de la situación de la Asociación (evolución, situación actual y necesidades detectadas a lo largo del tiempo y que aún no se han solventado, así como las solventadas) y recibe el potencial proyecto de investigación – acción con gran entusiasmo.

En la primera entrevista se observa el alto nivel de implicación, compromiso y organización por parte del presidente. Asimismo considera que existen cosas que mejorar en la Asociación, y que la implicación de los participantes en la organización de la Asociación aún es muy guiada, por lo que considera conveniente la realización de la investigación para conocer el nivel de empoderamiento de los participantes y analizar los factores que influyen en la organización de actividades de ocio en el Club, así como la motivación de los participantes para ello.

En diferentes entrevistas, el presidente considera que un factor de empoderamiento es la financiación ya que sin ella no pueden llevar a cabo actividades en recursos normalizados, por lo

B. DISEÑO METODOLÓGICO

que el diseño de un proyecto de intervención para el empoderamiento puede ser favorable para la búsqueda y obtención de subvenciones por parte de los participantes del Club.

10.2. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA GRUPAL EXPLORATORIA:

Con la entrevista grupal exploratoria realizada a los participantes del Club se establecieron una serie de conclusiones en función de las aportaciones ofrecidas. Entre todos los participantes se analizaron los puntos fuertes, necesidades o aspectos de mejora de la Asociación y propuestas para el proyecto de intervención. Con dicho análisis los participantes expresaron su implicación, satisfacción y empoderamiento, lo que animó a continuar su participación en el Club con aspectos organizativos y no sólo lúdicos.

Entre los puntos fuertes destacaron mejora en las relaciones familiares, apoyo, realización de actividades de ocio, desconexión, aumento de las relaciones sociales, sentimiento de pertenencia, posibilidad de participar y organizar actividades en grupo, descubrimiento de recursos y posibilidades, etc. Aspecto que difiere de la opinión del presidente, que aunque bien es cierto que se organizan, el peso real de la planificación y gestión del Club recae sobre él.

Tras estas conclusiones valoramos y reflexionamos sobre posibles aspectos a mejorar, aquí destacaron mayor organización e implicación grupal, necesidad de financiación externa, aumento de actividades, coordinación con otras asociaciones, necesidad de un aumento de participantes y más jóvenes, creación de grupos de trabajo, espacio propio que permita una mayor flexibilidad horaria, etc.

Teniendo en cuenta los puntos fuertes de la asociación y las necesidades detectadas como propuestas de mejora los participantes establecen principalmente la organización del Club mediante la creación de diferentes grupos de trabajo (financiero, acogida, apoyo, organización actividades, etc.), institucionalizar la asociación y la participación en cursos de formación.

10.3. RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS:

Con los resultados obtenidos en la investigación se refleja que el nivel medio de empoderamiento de los participantes es de 2,9 sobre 4 que es la puntuación máxima. Al igual que

B. DISEÑO METODOLÓGICO

la investigación de Rogers et al. (1997) no se observan diferencias significativas en variables sociodemográficas como edad o género.

Los resultados obtenidos con los cuestionarios de ocio reflejan que el nivel de empoderamiento correlaciona de forma positiva con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, y la percepción de implicación en la organización de las actividades del Club. Y se observa que el uso de recursos normalizados de ocio destaca en las personas con un mayor nivel de empoderamiento.

Por lo que se concluye mediante los resultados obtenidos con ambos cuestionarios que las personas con un nivel mayor de empoderamiento, perciben una mayor implicación en la organización de las actividades del Club Social, consideran que hacen un uso óptimo de las tecnologías de la información (como ordenadores, internet y teléfonos móviles) y hacen un mayor uso de los recursos normalizados de ocio. Coincidiendo a su vez con el estudio de Rogers et al. (1997) respecto a mayor nivel de empoderamiento, también un mayor nivel de autoestima, de sensación de poder, autonomía en la comunidad y de optimismo y control sobre el futuro, y viceversa. Asimismo destacar que las personas con un menor nivel de empoderamiento realizan más actividades de ocio de forma individual.

10.4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DOCUMENTAL:

Lo primordial que se obtuvo con el análisis documental fue lo que ya había corroborado el presidente de la Asociación, donde la planificación y gestión de las actividades corría a cargo de él y que los participantes proponían actividades pero, en ocasiones, debido a su desconocimiento, no sabían cómo organizarlas y ponerlas en práctica, por lo que era necesaria la participación del presidente.

10.5. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE (TRABAJO DE CAMPO):

En las seis sesiones de dos horas de duración cada sesión en las que se realizó observación, se ha podido observar la dinámica grupal (al principio se centran en la acogida, la cohesión grupal, compartiendo su situación personal durante la semana). Posteriormente pasan a tratar el tema del

B. DISEÑO METODOLÓGICO

orden del día recogido en la anterior sesión y posteriormente deciden qué actividad de ocio hacer, en ocasiones organizan la actividad de ocio del fin de semana o de la siguiente sesión.

La gran mayoría de los participantes acuden a las actividades programadas en función de su tiempo libre y su motivación e interés por la misma, sin embargo parecen esperar la opinión y el consentimiento del presidente para la realización y programación de las diferentes actividades.

Algunos participantes exponen abiertamente que ellos quieren hacer actividades y programarlas, pero que no saben cómo organizarlas, no conocen recursos y no disponen de financiación. Normalmente cuando un participante expresa una idea, alguien la rescata (habitualmente el presidente o los profesionales voluntarios que participan) y empoderan a esa persona para que reflexione sobre las posibilidades de operatividad de la idea, el interés del resto de participantes y su motivación por organizar dicha actividad.

Frecuentemente son los mismos participantes, además del presidente, los que organizan las actividades del fin de semana, y los demás asisten a ellas. Ya que en las actividades (a las cuales no asisten todas las personas del Club Social al mismo tiempo) hay personas más habladoras que suelen llevar el discurso, y el grupo suele subdividirse en grupos más pequeños. Todos suelen participar cuando creen oportuno tener algo interesante que decir, disfrutando del poder compartir actividades de ocio con otras personas.

11. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La viabilidad de la investigación ha sido posible gracias al trabajo constante, el apoyo de diversos profesionales y la implicación e interés de los participantes de la Asociación Alonso Quijano en el proceso de investigación.

Asimismo para la realización de la investigación se ha dispuesto de diversos recursos tanto materiales, personales y espaciales que han permitido que el proceso haya sido factible. La

B. DISEÑO METODOLÓGICO

investigación ha sido apropiada en la organización del tiempo con los recursos y medios disponibles.

A su vez, al ser una investigación basada en la metodología de investigación-acción, los resultados obtenidos en la misma posibilitarán el diseño y realización de un proyecto de intervención, en función de las necesidades detectadas y el estudio de las hipótesis planteadas, influyendo de forma positiva en los propios participantes de la Asociación, y habiendo tenido en cuenta su interés, tanto por el estudio como por el proyecto de intervención.

12. PERIORIZACIÓN

La presente investigación ha pasado por una serie de fases que enumeramos a continuación:

1ª FASE: Aproximación al objeto de estudio.

2ª FASE: Presentación y conocimiento de la entidad.

3ª FASE: Elección del objeto de estudio.

4ª FASE: Búsqueda y análisis documental.

5ª FASE: Elaboración de las técnicas de recogida de información.

6ª FASE: Puesta en práctica de las técnicas y análisis de resultados.

7ª FASE: Elaboración del proyecto de intervención.

(Véase Anexo VI: Cronograma: Tareas y Temporalización, p. 55).

B. DISEÑO METODOLÓGICO

13. PRESUPUESTO

Para la realización de la investigación se ha invertido una serie de recursos económicos para la compra de recursos materiales fungibles (folios, fotocopias, tinta de impresora, etc.) e inventariables (ordenador, teléfono, impresora, etc.). Uso de transporte público, luz, teléfono y conexión a internet ADSL. Recursos personales (tiempo y trabajo dedicado a la investigación). Recursos espaciales (sala para reuniones con los participantes y con el tutor), etc.

Toda esta investigación ha sido posible gracias a la financiación propia de la investigadora, excepto los recursos espaciales que han sido cedidos por entidades como la Universidad Complutense de Madrid y el Centro Social Comunitario Casino de La Reina, perteneciente al Ayuntamiento de Madrid.

(Véase Anexo VII: Presupuesto de la Investigación, p. 56).

14. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

El equipo de investigación ha estado formado por la Diplomada en Educación Social, Verónica Torreblanca Martín, que ha realizado el diseño, ejecución y análisis de la investigación. A su vez ha contado con la tutorización del profesor titular de la Universidad Complutense de Madrid D. Francisco Gómez Gómez, Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología.

15. REFERENCIAS

- Abella, B. (2011). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010 – 2014*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad.
- Andrés, C. (2009). Atención a la Enfermedad Mental Grave: el Papel de los Usuarios, la Familia y la Sociedad en los Avances Hacia la Integración de las Personas con Enfermedad Mental Grave. *Norte de Salud Mental*, (35), 107 – 109.
- Ariño, B. y San Pío, M.J. (2007). El Papel de las Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. [Versión electrónica] *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7 (2), 115 – 126.
- Barbero, J.M. y Cortés, F. (2005). *Trabajo Comunitario, Organización y Desarrollo Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos Líquidos*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Baura Ortega, J.C. y cols. (2003). Rehabilitación e Integración de Personas con Enfermedad Mental Grave: Documento de Consenso. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). [En línea] Consultado: (28 abril, 2011) Disponible en: http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/F59D3BFC-6C16-4661-B8C1-BFC6C690866A/11809/Rehab_Integraci%c3%b3n_Doc_de_consenso.pdf
- Brown, C.; Rempfer, M. y Hamera, E. (2008). *Correlates of Insider and Outsider Conceptualizations of Recovery*. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 1 (2), 23 – 31.
- Callejo, J. (1998). Sobre el uso Conjunto de Prácticas Cualitativas y Cuantitativas. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, (21), 101 – 126.
- Cantero Garlito, P.A. y Blanco Vila, M. (2004). La Terapia Ocupacional en un Centro de Rehabilitación Psicosocial. [En línea] Consultado: (27 abril, 2011) Disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/TO_centro_rhb_psicosocial.shtml

REFERENCIAS

- Cañamares, J.M., Castejón, M.A., Florit, A., González, J., Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Casal Álvarez, J.C. (2010). Derechos y Participación de las Personas con Diversidad Mental. [Versión electrónica] *Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 301 – 321.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2005). *Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en Materia de Salud Mental*. [En línea] Consultado: (13 enero, 2011) Disponible en:
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf
- Compton, D.M. e Iso-Ahola, S.E. (eds.) (1994). *Leisure and Mental Health*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.
- Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (2003). Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003 – 2007.
- Consejería de Sanidad y Consejería de Familia y Asuntos Sociales (2011). Declaración de Madrid Contra el Estigma y la Discriminación de las Personas con Enfermedad Mental [En línea] Consultado: (02 febrero, 2011) Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=DECLARACION+DE+MADRID+CONTRA+EL+ESTIGMA+DE+LA+ENFERMEDAD+MENTAL+11.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalJoseGermain&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271864789780&ssbinary=true>
- Custo, E. (2008). *Salud Mental y Ciudadanía. Una Perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Espacio Editorial.
- Daumerie, N. (2010). “WHO - EC Project Empowerment of Users and Carers 2009-2011” *The Use of WHO Empowerment Indicators in Mental Health*. [En línea] Consultado: (02 febrero, 2011) Disponible en:

REFERENCIAS

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf

- Del Val Cid, C. y Gutiérrez (2005). *Prácticas para la Comprensión de la Realidad Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Desviat, M (1994). *La Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, M. (2007). Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica. *Revista GPU. Psiquiatría Comunitaria*, (3), 88 – 96.
- Desviat, M. (2010). Los Avatares de una Ilusión: la Reforma Psiquiátrica en España. [Versión electrónica] *Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 253 – 263.
- Driver, B.L., Brown, J.P. y Peterson, G.L. (eds.) (1991). *Benefits of leisure*. State College, PA: Venture.
- Dumazedier, J. y cols. (1971). *Ocio y sociedad de clases*. Barcelona: Ed. Fontanella.
- Escudero, J. (2004). *Análisis de la Realidad Local. Técnicas y Métodos de Investigación Desde la Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea.
- FEAFES (2007). *Estrategia en Salud Mental. Una aproximación para su conocimiento y desarrollo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del Oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- García Ferrando, M, Ibáñez, J. y Alvira, F. (comp.) (2005). *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de Investigación* (3ª edición). Madrid: Alianza Editorial.
- Garrido, C., González, M. y Hernández, M. (2008).. Buscando la Reconstrucción Personal, Retomando el Control de la Propia Vida (un Diseño para Favorecer Procesos de "Recovery" y "Empowerment"). *Revista Hermanas Hospitalarias*. [En línea] Consultado el 22 de diciembre, 2010. En: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/04_194_05.htm
- Golberg, D. y Huxley, P. (1990). *Enfermedad Mental en la Comunidad*. Madrid: Ediciones Nieva.
- Gorbeña, S. (2000). *Modelos de Intervención en Ocio Terapéutico*. Bilbao: Universidad de Deusto. ADOZ.

REFERENCIAS

- Gorbeña, S. (2000). *Ocio y Salud Mental*. Bilbao: Universidad de Deusto. ADOZ.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- 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.
- Jiménez, J.F. y Novoa, E. (1995). Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre. URA Granada – Sur. [En línea] Consultado el 22 de diciembre, 2010. En: <http://www.portalsaludmental.com/pdf/Evaluacion/TIEMPO%20LIBRE.pdf>
- Lázaro Fernández, Y. (1994). *WLRA (World Leisure And Recreation Association)*, «*International Charter for Leisure Education*», en *ELRA (European Leisure and Recreation Association)*. 13-16. [En línea] Consultado: (10 mayo, 2011) Disponible en: <http://www.asociacionotium.org/wp-content/uploads/2009/03/carta-de-la-educacion-del-ocio.pdf>
- León, M. (1997). *Poder y Empoderamiento de las Mujeres*. Bogotá: Tercer Mundo.
- Liberman, R.P. y Kopelwicz, A. (2004). Un Enfoque Empírico de la Recuperación de la Esquizofrenia: Definir la Recuperación e Identificar los Factores que Pueden Facilitarla. [Versión electrónica] *Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 12 – 29.
- Martí Tusquets, J.L. y Murcia Grau, M.J. (1988). *Enfermedad Mental y Entorno Urbano. Metodología e Investigación*. Barcelona: Anthropos Editorial del Hombre.
- Molina, Tabares, Franco, Jaramillo (2006). El Ocio como Acción Transformadora de las Prácticas Sociales y Culturales en una Sociedad en Conflicto. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*, 1 (1), Colombia.
- Moruno, P. (2003). La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental. [Versión electrónica] *SISO/SAUDE, Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental*, (38), 95 – 102.

REFERENCIAS

- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A.I. (2006). El estigma de la Enfermedad Mental. [En línea] Consultado (18 noviembre, 2010) Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1273078188154&pv=1142600132793
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo Comunitario y Potenciación. En Musitu, G., Herrero, J., Cantera, H. y Montenegro, M. (eds.). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UOC, 167 – 195.
- Oficina Regional para Europa de la OMS (2010). Empoderamiento del Usuario de Salud Mental. [En línea] Consultado: (04 diciembre, 2011) Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/7483D3E2-D5DB-4D8C-A193-4C2D25BF524E/37425/Empoderamientodelusuariodesaludmental.pdf>
- Orviz García, S., Fernández Blanco, J., Gómez Pérez-Cacho, O., Grande de Lucas, A., Sanz Caja, M., González Cases, J. (2003). Tiempo de Ocio en Personas con Problemas Mentales Crónicos. [En línea] Consultado: (27 abril, 2011) Disponible en: http://www.sie.es/crl/archivo_pdf/Tiempo_de_ocio.pdf
- Pérez Serrano, G. (2000). *Modelos de Investigación Cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural*. Aplicaciones Prácticas. Madrid: Narcea.
- Puig, J.M. y Trilla, J. (2000). *La Pedagogía del Ocio*. Barcelona: Laertes.
- Poll i Borràs, M. (2006). La Inclusión Social a Través del Ocio: el Club Social. *Informaciones Psiquiátricas*, (183). [En línea] Consultado: (28 abril, 2011) Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/01_183_09.htm
- Quintana, J.M. (1994). *Pedagogía Social*. Madrid: Libros Dykinson.
- Quivy-Campendhoudt (1998). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa-Noriega Editores.

REFERENCIAS

- Rivera Navarro, J. y Gallardo Pino, C. (2003). El Movimiento Asociativo en el Ámbito de la Salud Mental. Un Estudio Cualitativo Realizado en Madrid. *Psiquis*, (24), 129-136.[En línea] Consultado: (25 abril, 2011) Disponible en:
http://www.psiquis.com/art/03_24_n03_A04.pdf
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Rodríguez del Barrio, L. (1999). Salud Mental y Rehabilitación: la Dinámica de Diversificación y Homoginización de Organizaciones, Discursos y Prácticas. *Revista Argentina de Psiquiatría*, X (36).
- Rogers, S., Chamberlin, J., Ellison, M.L. y Crean, T. (1997). *A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services*. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042-1047. [En línea] Consultado: (04 diciembre, 2011) Disponible en:
<http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1997/rogers1997c.pdf>
- Ruelas, E. y Poblano, O. (2008). *Participación Ciudadana en la Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Rullas, M., Gómez, O., Sánchez, M., Sanz, M. (2003). Tiempo de Ocio en Personas con Problemas Mentales Crónicos. *Intervención Psicosocial: Revista Sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 12 (1), 35 – 45.
- San Martín, J.E. (1997). *Psicosociología del Ocio y el Turismo*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Segado Sánchez-Cabezudo, S. (2011). *Nuevas Tendencias en Trabajo Social con Familias. Una propuesta para la Práctica Desde el Empowerment*. Editorial Trotta.
- Verdugo, M. A., Martín, M., López, D. y Gómez, A. (2004). Aplicación de un Programa de Habilidades de Autonomía Personal y Sociales Para Mejorar la Calidad de Vida y Autodeterminación de Personas con Enfermedad Mental Grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 1 (2), 47-55.

REFERENCIAS

- Verdugo, M.A., López D., Gómez, A. y Rodríguez M. (2002). *Rehabilitación en Salud Mental. Situación y Perspectivas*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Vernier, M.E. (1996). Por qué Apoderar. *El colegio de México*, 67. México.

ANEXOS

ANEXO I: RELACIÓN ENTRE HIPÓTESIS, SUBHIPÓTESIS, OBJETIVOS Y TÉCNICAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

HIPÓTESIS	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1. Las personas con enfermedad mental que muestran un mayor nivel de empoderamiento:	OBJETIVO GENERAL: Conocer las dimensiones del ocio que están relacionadas con un mayor nivel de empoderamiento de las personas con enfermedad mental del Club Social.	- Entrevistas exploratorias. - Análisis documental. - Cuestionarios. - Observación participante.
	Identificar el nivel de empoderamiento de los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano.	- Escala de Empoderamiento (cuestionario).
1.1. Mostrarán mayor implicación en la organización de actividades de ocio del Club Social.	Analizar los factores de empoderamiento que influyen en la organización y planificación de actividades de ocio.	- Cuestionario. - Análisis documental.
1.2. Realizarán un mayor uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.	Relacionar el nivel de empoderamiento con factores de ocio (como la iniciativa y organización de actividades y el uso de recursos normalizados y de tecnologías de la información).	- Entrevistas exploratorias grupal.
1.3. Asistirán a actividades de ocio en recursos normalizados del entorno.		- Análisis documental.
1.4. Mostrarán mayor iniciativa en la propuesta de actividades de ocio.		- Cuestionarios
		- Observación participante.

ANEXOS

ANEXO II: GUIÓN DE PREGUNTAS ENTREVISTA PRESIDENTE.

- ¿Qué es para ti el empoderamiento?
- ¿Qué factores consideras de empoderamiento?
- ¿Crees que el ocio influye en el empoderamiento? ¿por qué?
- ¿Qué aporta el ocio?
- ¿Por qué consideras importante un Club Social?
- ¿Crees que los participantes de la asociación se involucran en ella como tu esperabas?
- ¿Cómo te gustaría que se involucraran los participantes?
- ¿Qué crees que hace falta en el Club Social para el empoderamiento?
- Desde que comenzó el Club Social, ¿crees que hay un mayor nivel de empoderamiento entre los participantes? ¿a qué crees que es debido?
- ¿Qué falta en el Club para llevar a cabo el proyecto ideal?

ANEXO III: GUIÓN ENTREVISTA GRUPAL EXPLORATORIA.

¡Buenas tardes! Como sabéis estoy realizando en la asociación las prácticas del Máster de Trabajo Social Comunitario de la UCM, y en ellas tengo que estudiar una entidad, en este caso la AAQ, y realizar un proyecto de mejora para la asociación.

Por ello me gustaría contar con vuestras opiniones para que el proyecto, que podamos disfrutar todos, se ajuste a vuestras necesidades e intereses.

Muchas gracias por colaborar con este proyecto.

- ¿Cuáles consideráis que son los puntos fuertes de la Asociación?
- ¿Qué puntos consideráis claves y necesarios de la asociación? ¿Qué es lo que más os gusta?
- ¿Por qué AAQ y no otra asociación o recurso? ¿Qué os aporta?
- Como sabéis siempre se puede mejorar ¿qué mejoraríais /cambiaríais de la asociación?
- ¿Cuáles creéis que son los puntos débiles?
- ¿Qué es lo que menos os gusta de la asociación?
- ¿Qué necesidades / carencias encontráis en la asociación?
- ¿Qué echáis en falta?
- ¿Qué se podría hacer para aumentar las coordinaciones / colaboraciones con otros recursos?
- ¿Qué se podría hacer para que hubiera más participantes en la asociación?
- ¿Pensáis que os hace falta algo para poder organizaros, luchar contra el estigma, reivindicar vuestros derechos como ciudadanos, etc.?
- ¿Qué haríais para mejorar la Asociación? Propuestas de mejora.
- ¿De qué os gustaría que realizara el proyecto de mejora?
- Describidme vuestra “asociación ideal”.
- ¿Queréis hacerme alguna sugerencia o propuesta más?

Muchas gracias por vuestra colaboración si queréis decidme algo más podéis llamadme o mandarme un mail que estaré encantada de recibir cualquier sugerencia y propuesta. De nuevo muchas gracias por vuestra colaboración y participación.

ANEXOS

ANEXO IV: ESCALA DE EMPODERAMIENTO.

<p align="center">Instrucciones para realizar la Escala de Empoderamiento (E. Sally Rogers, Sc.D.; Judi Chamberlin; Marsha Langer Ellison, Ph.D.; Tim Crean, B.A.)</p>									
<p><i>A continuación se presentan varias frases relativas a la propia visión sobre la vida y la toma de decisiones.</i> <i>Copie el número en la casilla en blanco a la derecha.</i> <i>Una (R) junto a una frase indica que la puntuación se invierte.</i></p>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Autoestima	Poder / Impotencia	Activismo de la comunidad y Autonomía	Optimismo y Control sobre el futuro	Honradez Enfado
1. Casi puedo determinar qué va a pasar en mi vida.	1	2	3	4					
2. La gente está limitada solamente por lo que creen que es posible.	1	2	3	4					
3. La gente tiene más poder si se une como grupo.	1	2	3	4					
4. Enfadarse por algo nunca sirve de ayuda. (R)	4	3	2	1					
5. Tengo una actitud positiva acerca de mí mismo/a.	1	2	3	4					
6. Por lo general confío en las decisiones que tomo.	1	2	3	4					
7. La gente no tiene derecho a enfadarse porque no les guste algo. (R)	4	3	2	1					
8. La mayoría de las desgracias de mi vida se debieron a la mala suerte. (R)	4	3	2	1					
9. Me veo como una persona capaz.	1	2	3	4					
10. Causar problemas nunca te lleva a ninguna parte. (R)	4	3	2	1					
11. Las personas que trabajan juntas pueden tener un efecto en su comunidad.	1	2	3	4					
12. A menudo me siento capaz de superar las barreras.	1	2	3	4					
13. En general soy optimista sobre el futuro.	1	2	3	4					
14. Cuando hago planes, estoy casi seguro/a de que funcionarán.	1	2	3	4					
15. Enfadarse por algo es a menudo el primer paso para cambiarlo.	1	2	3	4					
16. Por lo general, me siento solo/a. (R)	4	3	2	1					

ANEXOS

17. Los expertos están en mejor posición para decidir lo que la gente debe hacer o aprender. (R)	4	3	2	1					
18. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4					
19. Generalmente logro lo que me propongo hacer.	1	2	3	4					
20. La gente debe tratar de vivir sus vidas de la manera que quieran.	1	2	3	4					
21. No puedes luchar contra la administración (autoridad). (R)	4	3	2	1					
22. La mayoría del tiempo me siento impotente. (R)	4	3	2	1					
23. Cuando no estoy seguro/a de algo, normalmente sigo al grupo. (R)	4	3	2	1					
24. Siento que como persona tengo valor, al menos en igualdad de condiciones que las demás.	1	2	3	4					
25. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones, aunque sean malas.	1	2	3	4					
26. Siento que tengo una serie de buenas cualidades.	1	2	3	4					
27. Muy a menudo, un problema puede ser resuelto mediante la adopción de medidas.	1	2	3	4					
28. Trabajar con otros/as en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas para mejor.	1	2	3	4					
A) Suma de las puntuaciones de la columna									
B) Ítems necesarios para calcular la puntuación en la escala	8	7	5	3	3				
C) Número de ítems completados									
Puntuación de la escala: divida la suma (A) por número (C), si (B) es mayor o igual a (C)									

ANEXO V: CUESTIONARIO DE OCIO.

Como sabe estamos realizando una investigación sobre el empoderamiento y el ocio de los/las participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano. Por ello nos será de gran utilidad que conteste a un breve cuestionario. Marque con una X o escriba según corresponda.

Los datos recogidos serán completamente anónimos y empleados exclusivamente para esta investigación.

Muchas gracias por su participación.

1. Edad:

2. Sexo: Hombre Mujer

3. ¿Dispone de tiempo libre? Sí No

De 0 a 5 horas al día De 5 a 10 horas al día De 10 a 15 horas al día

4. ¿Realiza actividades de ocio?

Sí No

5. ¿Qué actividades de ocio realiza habitualmente?

Teatro Informática Danza / Baile Ver la televisión Leer

Museos Escuchar música

Otras ¿cuáles?.....

.....

.....

6. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?

1 vez al día 2-3 veces por semana 1 vez a la semana los fines de semana

7. ¿Con quién realiza estas actividades de ocio? (Señala las que correspondan)

En grupo.

Individualmente.

Con familiares.

Con amigos/as.

Otros ¿cuáles?

.....

8. ¿Cómo considera su nivel en el uso de tecnologías de la información y la comunicación?

Donde 1 es el menor nivel y 4 el máximo.

Uso de ordenadores 1 2 3 4

Uso de internet 1 2 3 4

Uso de teléfono móvil 1 2 3 4

9. ¿Participa en actividades organizadas de ocio?

ANEXOS

Sí No

(Si la respuesta es afirmativa pase a la pregunta 10. Si la respuesta es negativa pase a la pregunta 11)

10. ¿Dónde realiza estas actividades organizadas?

En Centros de Rehabilitación Psicosocial / Centros de Día

En asociaciones

Otros ¿cuáles?

.....

11. ¿Considera que es usted quien planifica su propio tiempo libre y actividades de ocio?

Sí No

12. ¿Propone actividades de ocio para realizar en el Club Social?

Sí No

13. ¿Cómo considera su nivel de implicación en la organización de las actividades de ocio en el Club Social de la Asociación Alonso Quijano? Donde 1 es el menor nivel de implicación y 4 el máximo.

1 2 3 4

14. ¿Le gustaría aprender a planificar y organizar su tiempo de ocio?

Sí No

15. ¿Se ve capaz de organizar y planificar las actividades de ocio del Club Social?

Sí

No

Sí, junto a otros/as compañeros/as

Sí, con la formación correspondiente

No me interesa

Muchas gracias por su colaboración. Sus aportaciones nos serán de gran ayuda para la investigación.

ANEXOS

ANEXO VI: CRONOGRAMA: TAREAS Y TEMPORALIZACIÓN.

CRONOGRAMA										
Temporalización	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	
Tareas										
Aproximación al objeto de estudio										
Contacto con informantes clave										
Presentación y entrevista abierta al presidente de la Asociación Alonso Quijano										
Firma del Convenio de Colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid y la Asociación Alonso Quijano										
Aproximación a la comunidad (la asociación, el barrio, los recursos del entorno, etc.)										
Presentación en la Asociación a los participantes										
Elección del objeto de estudio										
Búsqueda de documentación										
Análisis de la documentación para la elaboración del marco teórico										
Elaboración del informe de investigación										
Entrevista grupal exploratoria										
Observación participante										
Análisis documental										
Entrevistas en profundidad a profesionales										
Cuestionarios a participantes										
Análisis de resultados										
Devolución de resultados a los participantes										
Diseño del proyecto de acción (intervención)										
Explicación del proyecto diseñado a los participantes										
Exposición y defensa del proyecto de investigación – acción ante tribunal de la Universidad Complutense de Madrid										
Tutorización										

ANEXO VII: PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN.

RECURSOS	COSTES CON FINANCIACIÓN PROPIA	RECURSOS ASIGNADOS
Recursos materiales		
Material de oficina (folios, bolígrafos, tinta impresora, rotuladores, etc.)	20 €	
Ordenador e impresora	100 €	
Pizarra Velleda		50 €
Transporte (RENFE)	30 €	
Conexión a internet	100 €	
Llamadas telefónicas	20 €	
Documentación		Gratis en Bibliotecas Públicas e internet
Recursos Espaciales		
Sala para sesiones formativas		200 €
Recursos Humanos		
Educadora Social – Investigadora (6 meses)	3.000 €	
Trabajador Social	1.000 €	
Psicólogo Clínico	200 €	
TOTAL	4.470 €	250 €
	4.720 €	

PROYECTO DE INTERVENCIÓN (ACCIÓN)

“OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de intervención se diseña a partir de la investigación realizada previamente en el Club Social de la Asociación Alonso Quijano de personas con enfermedad mental. Se midió el nivel de empoderamiento (capacidad de tomar decisiones y tomar el control de la propia vida) de los participantes y la organización de actividades de ocio.

El análisis de los resultados obtenidos en la investigación confirma la necesaria intervención para la formación de los participantes del Club Social en la planificación y organización de actividades de ocio.

El Club Social de la Asociación Alonso Quijano es un espacio de encuentro e intercambio donde los participantes se reúnen para relacionarse y compartir con otras personas sus momentos de ocio. Sin embargo, carecen de conocimientos para la planificación y organización de actividades de ocio, y les gustaría recibir la formación al respecto a la vez que toman conciencia de sus propias capacidades y toman las riendas de su vida en la organización de su ocio y en la organización de grupos de trabajo dentro del Club Social en función de sus intereses y potencialidades.

En definitiva, el presente proyecto de intervención está destinado a los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, personas con enfermedad mental mayores de 18 años, para que adquieran los conocimientos necesarios para la planificación de actividades de ocio y puedan elaborar programaciones para la obtención de financiación, mediante la creación de grupos de trabajo en función de las tareas y necesidades del Club.

“Ocio y empoderamiento: organiza tu tiempo” representa la autodeterminación de las personas con enfermedad mental para la planificación de sus actividades de ocio, siendo ellas mismas las que organizan su tiempo, en función de sus potencialidades, capacidades, intereses y motivaciones.

Este proyecto consiste en un conjunto de sesiones formativas que permitirán a los participantes adquirir los conocimientos y habilidades necesarios para poder planificar su propio tiempo libre en actividades de ocio, adquiriendo las estrategias necesarias para la búsqueda de información,

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

recursos y servicios para seguir aumentando sus posibilidades. Para la consecución de su empoderamiento dentro del ámbito del ocio y del tiempo libre.

El presente proyecto se incluye dentro de las actividades del Club Social, para posibilitar el empoderamiento de los participantes que así lo deseen y poder participar e implicarse de forma más activa en la planificación y organización de las actividades del Club, lo que posibilitará a su vez una mayor inclusión en la comunidad como ciudadanos de pleno derecho, con capacidad de decisión y gestión.

El proyecto tiene la duración de un año y el objetivo que se persigue es “Adquirir y desarrollar estrategias de planificación para la organización de actividades de ocio a través de grupos de trabajo”. Mediante la adquisición de determinados conocimientos y habilidades para la gestión autónoma de su propio tiempo libre y la planificación de actividades grupales dentro del Club haciendo un uso adecuado y consecuente de los recursos comunitarios de los que disponemos.

Durante las sesiones se posibilitará la reflexión, siendo un espacio de encuentro e intercambio para la mejora individual, grupal y organizacional.

Los destinatarios y beneficiarios directos del proyecto serán las personas con enfermedad mental del Club Social, e indirectos sus familiares y profesionales. Cuanto más nivel de empoderamiento tiene una persona menos depende de otras para su desarrollo vital.

El Club Social lleva a cabo reuniones en el Centro Casino de La Reina, sito en el distrito centro de Madrid, así como actividades de ocio en los recursos del entorno.

Las sesiones formativas serán llevadas a cabo por una Educadora Social en colaboración con un Trabajador Social y la participación activa de los participantes del proyecto.

1. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad existen pocas asociaciones - cada vez más - donde las propias personas con enfermedad mental son las que defienden sus derechos. Por ello es necesario fomentar y posibilitar

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

el empoderamiento de estas personas con las acciones necesarias para que cada vez más formen parte activa de la sociedad, y lo que es aún más importante, de la planificación de sus propias vidas.

Consideramos el ocio fundamental para el desarrollo integral de cualquier persona. La participación en actividades de ocio permite la relación, el conocimiento personal e interpersonal, aumenta la autoestima, las habilidades sociales, etc.. Por ello, la participación en actividades de ocio dentro de la comunidad de las personas con enfermedad mental no puede verse restringida por el estigma o el autoestigma, y mucho menos por el desconocimiento de los recursos existentes y de sus propias posibilidades para la organización de su tiempo.

De aquí la importancia de la puesta en práctica de este proyecto, con acciones formativas, que permitan a las personas con enfermedad mental empoderarse, tomar la iniciativa con capacidad y decisión en la organización de su ocio.

Para que una persona tenga una experiencia óptima de ocio debe percibir que es capaz de hacer, que tiene habilidades para su planificación, para la toma de decisiones. Por ello este proyecto busca crear un espacio adecuado para la adquisición y puesta en marcha de habilidades que permitan a los participantes alcanzar una mayor calidad del ocio, facilitando el acceso y conocimiento de los recursos comunitarios y la utilización satisfactoria de su tiempo libre.

Los resultados del estudio de Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) muestran que los programas que deseen promover la capacitación y el empoderamiento de sus miembros deben centrarse en el aumento de la autoestima y la autoeficacia, disminuyendo los sentimientos de impotencia y el aumento de los sentimientos de poder.

Rappaport (1987) reseña que el empoderamiento posee dos dimensiones complementarias en relación a la comunidad. Una se relaciona con la autodeterminación personal, que sería la capacidad de determinar la propia vida, y la otra se centra en la determinación social y se refiere la posibilidad de participación democrática.

Wehmeyer (1992) definió la autodeterminación como el proceso por el que la acción de una persona es el principal agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

sobre la calidad de su vida, libre de influencias externas o interferencias. Las acciones autodeterminadas reflejan cuatro características principales: autonomía, autorregulación, desarrollo psicológico (capacitación) y autorrealización. Los elementos componentes de la autodeterminación son la elección y toma de decisiones, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y la adquisición de habilidades, el lugar de control interno, la autoeficacia positiva y las expectativas de resultado, el autoconocimiento y la comprensión.

Teniendo en cuenta estas investigaciones y la propia investigación llevada a cabo, el proyecto “Ocio y Empoderamiento: organiza tu tiempo” se constituye por la necesidad existente dentro del Club Social de la Asociación Alonso Quijano. Tras los resultados obtenidos por la investigación se muestra el interés y necesidad de los participantes del Club y de la propia Asociación, de formar grupos de trabajo para planificar y organizar las actividades de ocio del Club.

La Junta Directiva de la Asociación, así como algunos de los participantes del Club, desean adquirir estos conocimientos que posibiliten su empoderamiento. De aquí la necesidad del diseño y puesta en práctica de este proyecto.

El Club Social de la Asociación Alonso Quijano ofrece un espacio de reunión, encuentro, distensión, reflexión e intercambio que posibilita la relación y el apoyo mutuo a personas con enfermedad mental con diversos intereses.

Entre los objetivos que persigue el Club destacan favorecer la convivencia social de las personas con una enfermedad mental crónica, evitar el aislamiento y la de-privación social; favorecer el establecimiento de vínculos afectivos fuera del contexto familiar y hospitalario; apoyar el disfrute del ocio y tiempo de los participantes de la manera más constructiva, creativa y enriquecedora posible; mejorar la inclusión social y la autoestima de los participantes; y establecer un espacio libre de estigma social.

Teniendo en cuenta los objetivos del Club y su filosofía el presente proyecto está dirigido a los participantes del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, con un máximo de 12 asistentes por

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

sesión, pudiéndose formar dos grupos en función de las capacidades, intereses y potencialidades de los participantes.

Asimismo se llevarán a cabo una serie de sesiones obligatorias de acercamiento al ámbito del ocio, la planificación y gestión de actividades, y el empoderamiento. Posteriormente se realizarán diferentes sesiones subdivididas en grupos de trabajo o comisiones en función de los intereses y motivaciones de los participantes, para que de este modo puedan encargarse de la organización de las actividades dentro del Club en función de las necesidades (como por ejemplo: nuevas tecnologías: página web y foro de asociaciones de usuarios de salud mental; actividades de ocio; plan de acogida; etc.).

Cañamares (2001) señala la importancia de trabajar con grupos pequeños, homogéneos, fomentando al máximo la opinión y la participación de todos en actividades de organización y desarrollo de la actividad, evaluándola posteriormente y reforzando los aspectos positivos (p. 188).

La profesional que planifica y lleva a cabo el proyecto es Diplomada en Educación Social, con conocimientos en Trabajo Comunitario y con personas con enfermedad mental. Siendo una figura adecuada para el puesto dadas sus competencias profesionales y su visión de la realidad social, ya que el principal objetivo de la Educación Social es dotar a la persona de los recursos necesarios para resolver los retos que se encuentra en el momento histórico y marco social donde se desenvuelve.

La enfermedad mental, en ocasiones, es abordada desde los psiquiatras, psicólogos y terapeutas ocupacionales desde una perspectiva más médica y terapéutica. En este caso la Educación Social es un campo adecuado de intervención a partir de los principios que postula, como la inclusión social, la participación y la consideración de las potencialidades de las personas, desde un ámbito de intervención socioeducativa. Teniendo en cuenta el modelo de competencia social. Trabajando desde la cercanía y el respeto mediante la comunicación y la coordinación.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Adquirir y desarrollar estrategias de planificación para la organización de actividades de ocio a través de grupos de trabajo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Adquirir conocimientos de planificación y gestión de actividades de ocio.
- Buscar alternativas de ocio dentro del entorno comunitario.
- Desarrollar habilidades sociales que favorezcan el empoderamiento respecto a la organización de actividades de ocio.
- Aumentar la autoestima y el sentimiento de capacidad.
- Organizarse en grupos de trabajo para la planificación de las actividades del Club Social.

3. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El presente proyecto de intervención tiene en cuenta el desarrollo del empoderamiento de las personas del Club Social de la Asociación Alonso Quijano, por ello, la principal estrategia metodológica que se tendrá en cuenta es considerar como primordial las potencialidades de los participantes.

Con este proyecto los participantes podrán adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para la planificación y organización de actividades de ocio dentro del Club Social, así como compartir un espacio de encuentro, intercambio, reflexión y apoyo mutuo dentro de las relaciones sociales que se establezcan en el grupo.

Para ello, la metodología que utilizaremos tendrá en cuenta la implicación y compromiso de los participantes. Por lo que se trabajará con ellos desde los siguientes principios metodológicos:

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

1. **PARTICIPACIÓN**, implicación y compromiso de todos los interesados en el proceso, para un buen desarrollo del proyecto, entendiendo su importancia para el proceso de empoderamiento – individual, grupal y organizacional. Considerando la participación tanto como medio como fin de la acción social. Participar conjuntamente en todas las actividades que se realicen y favorecer otras nuevas, tener iniciativas y proponerlas. Consideramos imprescindible la participación de todas las personas en la comunidad, y para ello, en relación al ocio se visibilizará mediante el uso inclusivo en los recursos comunitarios, en función de los intereses y necesidades de cada persona, formando grupos de trabajo para tal fin. Asimismo la cooperación y el trabajo grupal son imprescindibles para la creación de vínculos, asumir responsabilidades y potenciar la autonomía. El efecto multiplicador, principio defendido desde la Animación Sociocultural, consiste en capacitar a las personas para que aprendan unos de otros y poder compartir el conocimiento.
2. **RESPECTO**: en el trato con las personas, tanto participantes como demás profesionales; con y entre todos los implicados. Tener en cuenta a la persona y sus necesidades. Crear un clima afectuoso, abierto y de respeto que favorezca el diálogo y la comunicación, mediante el apoyo mutuo, escuchando todas las opiniones considerándolas valiosas. Creyendo en la experiencia de los participantes, en su capacidad de tomar decisiones y su responsabilidad.
3. **PROMOCIÓN DE LA DIVERSIDAD E INDIVIDUALIZACIÓN**: todos tenemos cabida con los mismos derechos. Así como el derecho a la diferencia: autoafirmación y reivindicación de la diferencia. Para ello, se respetarán los ritmos individuales, teniendo en cuenta las capacidades, intereses y potencialidades de cada participante. Con protagonismo de los participantes a la hora de encaminar las sesiones y actividades, así como la forma de llevarlo a cabo de acuerdo a sus intereses, opiniones y necesidades. Observar, escuchar y vivenciar, como defendía Bleger (1981), intentando comprender sin prejuzgar. Estando atentos a todo lo que podemos aprender.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

4. **FLEXIBILIDAD:** ser flexibles, aceptando nuevas experiencias y realizar las modificaciones oportunas. Flexibilidad y respeto a los ritmos individuales, intereses, necesidades y potencialidades de cada participante; ajustando las sesiones al grupo. Entendiendo a los participantes y sus situaciones, adaptando los conocimientos a los ritmos individuales y al ritmo grupal. Entender cada situación y las posibles dificultades, prejuicios y temores que puedan tener.
5. **COMPETENCIA Y AUTODETERMINACIÓN.** Toda persona y grupo es competente para dar respuesta a sus necesidades. Todos podemos aprender, cambiar, desarrollarnos. Las expectativas del profesional respecto a los participantes aumenta el rendimiento de los mismos (Carls Rogers). Creer en las capacidades y potencialidades de los participantes. Entendiendo la autodeterminación como “la capacidad de la persona para tomar decisiones referidas a sí misma, permite hacer elecciones y escoger, marcarse objetivos y metas personales” (Gorbeña, 2000).
6. **PROFESIONALIDAD:** realizar en todo momento nuestro trabajo de la mejor forma que sabemos, demostrando nuestras capacidades y escuchando las necesidades de los participantes, necesario para el desarrollo óptimo y exitoso del proyecto. Comprometiéndonos con el proyecto asumido, reconociendo los límites éticos y técnicos de la actuación. Con conciencia de que el participante es el protagonista y la razón de la acción. Esforzándonos en la actualización técnica y renovación profesional permanentemente. Profesionalidad entendida también como experiencia, y no sólo por parte de los profesionales sino teniendo en cuenta a los participantes como expertos de sus propias vidas, donde lo beneficioso es el intercambio de conocimientos y el efecto multiplicador que ello provoca.
7. **NORMALIZACIÓN E INCLUSIÓN.** Ofreciendo a los participantes los recursos y servicios culturalmente normalizados. Sin impedirles su vida en la comunidad, donde los servicios sean ofrecidos a todos sin discriminación. Ofreciendo un entorno inclusivo mediante el uso de recursos comunitarios, que potencien unas relaciones de plena inclusión en la comunidad.

4. DISEÑO DE ACTIVIDADES

El proyecto se centra principalmente en la adquisición de conocimientos y habilidades para la planificación y gestión de actividades de ocio, tanto a nivel individual como dentro del Club Social y la Asociación, para potenciar el máximo nivel de empoderamiento – individual, grupal y organizacional - en relación al ocio y que los participantes puedan organizarse en comisiones de trabajo para de forma grupal, autónoma e interdependiente planifiquen y organicen el Club Social. Por ello, las acciones estarán encaminadas a la consecución de los objetivos propuestos.

Se llevarán a cabo diversas ACCIONES y/o ACTIVIDADES para cumplir los objetivos planteados. Las acciones y fechas pueden cambiar ya que son previsiones y dependerán de la disponibilidad de los participantes y espacios. A continuación exponemos las acciones propuestas para llevar a cabo el desarrollo del “Proyecto Ocio y Empoderamiento: organiza tu tiempo”:

- ▣ *EXPLICACIÓN DEL PROYECTO* a los participantes del Club para que conozcan lo que se va a hacer y para qué, y así decidan participar y den sus opiniones respecto a los contenidos de las sesiones en función de sus intereses y necesidades del Club. Con ello realizaremos un recordatorio de los resultados obtenidos en la investigación.
- ▣ *CUESTIONARIO*. Se pasará un cuestionario individual a cada participante para conocer su nivel de conocimiento en planificación y gestión de actividades de ocio y de recursos comunitarios. Así como otro con sus habilidades, expectativas, intereses y motivaciones que puedan servir para el funcionamiento del proyecto y del Club (como por ejemplo su disponibilidad, conocimientos, etc.).
- ▣ *ACTIVIDADES PRÁCTICAS*. Se realizarán actividades donde los participantes tenga que poner en juego sus habilidades y los conocimientos adquiridos para la organización del ocio haciendo uso de los diferentes recursos comunitarios.
- ▣ *SESIONES FORMATIVAS*. Técnicas y dinámicas que se llevarán a cabo en las sesiones para trabajar los diversos contenidos propuestos para el Proyecto. Estas sesiones se realizarán en un

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

aula del Centro Casino de La Reina y en otros recursos comunitarios. La duración de las sesiones dependerá de la actividad formativa, de las necesidades, capacidades y ritmos de los participantes, por lo que se propone una estructura de las sesiones y un horario tipo que podrá ser modificado y adaptado en función de las circunstancias. La estructura tipo será:

- Saludo y bienvenida (5’).
- Comentarios sobre las actividades semanales. Aportaciones y dudas (10’).
- Exposición del tema del día (5’).
- Dinámica (45 – 60’).
- Conclusiones y resumen (10’).
- Evaluación (10 – 15’).
- Propuestas para próximas sesiones (10’).
- Despedida (5’).

Los contenidos concretos que se aborden dependerán de cada momento y especialmente de los intereses y necesidades específicas del grupo participante, estando abiertos a cualquier otra actividad que surja por parte de los participantes.

El Proyecto “Ocio y Empoderamiento” consta de un total de siete sesiones, una cada mes, con un total de 25 horas, donde se tratarán diversos temas y contenidos y se intercambiará información entre los participantes sobre la organización del Club a la vez que se forman; también será un espacio donde expresar inquietudes y opiniones por parte de todos los participantes implicados.

Las sesiones formativas tendrán una duración determinada en función de los conceptos clave, y se realizarán una vez al mes, el resto del mes se trabajará de forma práctica, autónoma y grupal los contenidos para el adecuado funcionamiento del Club, con el apoyo y supervisión correspondiente si fuera necesario.

1ª SESIÓN: PRESENTACIÓN (3 h.).

► **CONTENIDOS:**

- Dinámicas de presentación y conocimiento. Participantes y educador.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

- Presentación del proyecto y resultados de la investigación (Por qué. Para qué. Qué haremos. Cómo. Cuándo).
- Metodología de trabajo: comisiones.
- Funcionamiento y organización (importancia de la participación e implicación).

▶ **ACTIVIDADES:**

- Dinámicas de presentación y conocimiento.
- Paneles enfrentados con explicaciones de lo que consideran ocio y lo que consideran empoderamiento.
- Cuestionario inicial de expectativas y aportaciones.
- Evaluación de la sesión.

2ª SESIÓN: OCIO Y TIEMPO LIBRE (4 h.).

▶ **CONTENIDOS:**

- Definición de ocio y tiempo libre (relacionar con las aportaciones del día anterior).
- Qué es un Club Social.
- Actividades y recursos comunitarios de ocio.

▶ **ACTIVIDADES:**

- Búsqueda bibliográfica de las diferencias entre ocio y tiempo libre.
- Lluvia de ideas sobre diferentes posibilidades de actividades y recursos de ocio.
- Evaluación de la sesión.

3ª SESIÓN: NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (4h.).

▶ **CONTENIDOS:**

- Definición NTIC.
- Para qué sirven.
- El correo electrónico.
- Páginas web y foros.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

▶ *ACTIVIDADES:*

- Lluvia de ideas sobre el significado y uso de las NTIC.
- Creación de un correo electrónico individual.
- Importancia de los foros y páginas web.
- Evaluación de la sesión.

4ª SESIÓN: GESTIÓN DEL OCIO (4 h.).

▶ *CONTENIDOS:*

- El Club Social.
- Qué es planificación, programación, gestión, financiación y evaluación de actividades de ocio.

▶ *ACTIVIDADES:*

- Definición individual de lo que consideran que es un Club Social. Análisis y explicación.
- Planificación de una actividad grupal de ocio y otra individual teniendo en cuenta objetivos, metodología, recursos, destinatarios, presupuesto, etc.
- Evaluación de la sesión.

5ª SESIÓN: EMPODERAMIENTO (4 h.).

▶ *CONTENIDOS:*

- Definición de empoderamiento.

▶ *ACTIVIDADES:*

- Visionado documental *Voices*.
- Lluvia de ideas sobre el significado de empoderamiento.
- Lectura de definiciones sobre empoderamiento.
- Elaboración de una definición propia de empoderamiento.
- Ejemplos prácticos de personas y acciones que posibiliten / impidan el empoderamiento.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

- Evaluación de la sesión.

6ª SESIÓN: GRUPOS DE TRABAJO: COMISIONES (4 h.).

▶ *CONTENIDOS:*

- El trabajo en equipo: importancia y dificultades.
- Liderazgo.
- Qué son las comisiones y para qué sirven.

▶ *ACTIVIDADES:*

- Qué queremos en el Club Social.
- Organización por grupos en comisiones en función de intereses y potencialidades.
- Evaluación de sesión.

7ª SESIÓN: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO (2 h.).

▶ *CONTENIDOS:*

- Evaluación del Proyecto.
- Elaboración de un plan de seguimiento en función de posibles necesidades.

▶ *ACTIVIDADES:*

- Escala de Empoderamiento.
- Evaluación general del Proyecto.
- Entrega certificados.
- Fiesta de despedida (inicio Comisiones).

ORGANIZACIÓN EN COMISIONES:

▶ *CONTENIDOS Y ACTIVIDADES:*

- Grupo de Acogida: elaboración de protocolo de acogida, acogida de nuevos participantes, difusión de la Asociación y del Club por los recursos del entorno, captación de nuevos socios, etc.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

- Nuevas tecnologías: creación de foro virtual para el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental. Mantenimiento de la página web de la Asociación (información y novedades).
- Comisión gestora: gestión de las actividades. Búsqueda de financiación, formación, espacios, etc.
- Comisión programadora: planificación de actividades de ocio del Club.

5. CALENDARIO

Las diversas acciones formativas temporalizadas por meses son las siguientes:

- × SEPTIEMBRE: Presentación proyecto y resultados de la investigación.
- × OCTUBRE: 2ª sesión: Ocio y tiempo libre (4 h.).
- × NOVIEMBRE: 3ª sesión: Nuevas tecnologías de la información y comunicación (4 h.).
- × DICIEMBRE: 4ª sesión: Gestión del ocio (4 h.).
- × ENERO: 5ª sesión: Empoderamiento (4 h.).
- × FEBERO: 6ª sesión: Grupos de trabajo: comisiones (4 h.).
- × MARZO: 7ª sesión: Evaluación y seguimiento (3 h.).
- × ABRIL – SEPTIEMBRE: Organización en comisiones.
- × OCTUBRE: Evaluación anual de la organización.

6. RECURSOS

6.1. RECURSOS PERSONALES

El equipo estará formado por una persona Diplomada en Educación Social, que se encargará de impartir las sesiones formativas; el presidente de la Asociación, Diplomado en Trabajo Social que se encargará de evaluar el proyecto y un Psicólogo Clínico que forma parte de la Asociación, en caso de que fuera necesario.

C. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “OCIO Y EMPODERAMIENTO: *Organiza tu tiempo*”

El trabajo del equipo será interdisciplinar, teniendo en cuenta la complementariedad de las funciones de cada uno de los profesionales que forman parte de él. Entre todos los miembros del equipo, y los participantes como implicados en la organización de las actividades del Club, existirá una continua comunicación y coordinación para la marcha adecuada del proyecto.

El profesional que lleve a cabo el proyecto ha de tener en cuenta en todo momento es que lo que se pretende es el empoderamiento de los participantes del Club, por lo que sus funciones son dotar a los participantes de los conocimientos, herramientas y habilidades para ello, desarrollando al máximo sus competencias de forma autónoma y responsable. El profesional deberá desaparecer poco a poco, y servir de apoyo en los momentos necesarios. Con actitud receptiva a las sugerencias, capacidad organizativa, de toma de decisiones, motivadora y de análisis. El objetivo principal del profesional es dotar a la persona de los recursos necesarios para resolver lo retos que se encuentre en el momento histórico y marco social en el que se desenvuelve.

6.2. RECURSOS MATERIALES

Respecto a los recursos materiales contaremos con recurso fungibles como material de papelería (folios, bolígrafos, papel continuo, etc.) para las sesiones, y material inventariable como ordenadores, televisión, DVD, mesas, sillas, etc. (todo ello cedido por el Centro Social Comunitario Casino de La Reina para la realización del proyecto).

6.3. RECURSOS ESPACIALES

Para todo ello la Asociación cuenta la cesión de un espacio para reunirse en el Centro Social Comunitario Casino de La Reina, sito en la Calle Casino, 3, en Madrid, perteneciente al Distrito Centro. En dicho Centro se llevarán a cabo las sesiones formativas, acondicionada para la comodidad de los participantes, favoreciendo un clima adecuado para el buen desarrollo de las mismas. El aula es espaciosa, con buena iluminación y permite la disposición en círculo del grupo

participante así como el movimiento del mobiliario y de los participantes para el trabajo en pequeños grupos.

7. PRESUPUESTO

Dentro del presupuesto incluimos por tanto gastos e ingresos, así como la cesión de material inventariable, gastos de mantenimiento (limpieza, luz, teléfono, agua, etc.) y espacios (recursos asignados). Respecto a los gastos hemos de tener en cuenta los materiales fungibles e inventariables. También hemos de incluir los salarios de la Educadora Social, del Psicólogo y del Trabajador Social, teniendo en cuenta los gastos de Seguros Sociales y del IRPF (siendo conscientes de la dificultad de encajar a la perfección el salario correspondiente que se asigna al proyecto, teniendo en cuenta las horas trabajadas). A su vez se contará con un seguro de responsabilidad civil para los profesionales y de accidentes para participantes. Teniendo en cuenta un 5% por imprevistos que puedan surgir. Lo que hace un total del presupuesto, con costes a financiar y recursos asignados de 6.130 € (Véase Anexo I: Presupuesto de la Intervención, p. 83).

Respecto al plan de financiación, la Asociación cuenta con las cuotas de los socios y subvenciones. Para este proyecto en concreto se solicitarán subvenciones a la Obra Social de La Caixa y la Obra Social de Caja Madrid que realizan concursos para proyectos de intervención con personas en situación de riesgo o exclusión social. Asimismo consideraremos las posibles subvenciones de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) y la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Tendremos en cuenta las convocatorias anteriormente citadas para financiar nuestro proyecto y además estaremos muy pendientes de todas las convocatorias de ayudas que puedan surgir relacionadas.

PROYECTO DE EVALUACIÓN

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

8. OBJETIVOS DE EVALUACIÓN

En cualquier proceso de intervención es fundamental la evaluación del mismo, para valorar y comprobar si las acciones que se están llevando a cabo son las adecuadas o son necesarias modificaciones antes de finalizar la intervención, sin esperar a lo que nos ofrezcan los resultados.

Por ello, el presente proyecto será evaluado teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

- Identificar los intereses, necesidades y motivaciones de los participantes del Club Social respecto al proyecto.
- Valorar la adecuación del diseño de los diferentes elementos del proyecto (objetivos, metodología, actividades, presupuesto, etc.) entre sí.
- Comprobar la idoneidad del proyecto.
- Conocer la percepción y satisfacción de los participantes con el proyecto.

9. TIPOS DE EVALUACIÓN

Para la consecución de dichos objetivos y teniendo en cuenta que la evaluación ha de ser útil, práctica, factible y oportuna, llevaremos a cabo diferentes tipos de evaluación en función del momento en que se evalúa el proyecto (inicial, formativa, final y de impacto) y en función de los agentes evaluadores (educadora social, coordinador y participantes). Teniendo siempre presentes en la evaluación cada uno de los elementos que forman el proyecto (objetivos, metodología, acciones, participantes, profesionales, recursos, evaluación, etc.) y la adecuación y relación existente entre dichos elementos. En definitiva, lo que se pretende con la evaluación es la valoración del diseño general del proyecto, su puesta en práctica, la consecución de objetivos y resultados y la propia evaluación, mediante la implicación de todos los participantes.

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

a) EVALUACIÓN INICIAL:

Antes del comienzo de las sesiones formativas realizaremos una evaluación inicial para conocer los intereses, motivaciones, necesidades y demandas de los participantes del Club Social respecto al proyecto. Así como las necesidades de la Asociación, más concretamente del Club Social, en función de las opiniones de la Junta Directiva y de los resultados obtenidos con la investigación. Posteriormente se les pasa un cuestionario a los participantes del proyecto para recoger sus datos personales, necesidades, demandas, opiniones, expectativas, intereses, temas a tratar... y todo lo que pueda interesarles y favorezca el buen desarrollo de las sesiones para su mayor implicación. Toda esta información se analizará y se archivará para facilitar sus posibles consultas. (Véase Anexo II: Cuestionario inicial, p. 84).

La educadora que llevará a cabo el proyecto, junto al presidente y trabajador social de la Asociación, serán los encargados de realizar esta evaluación inicial de necesidades y demandas.

b) EVALUACIÓN DE PROCESO:

Los últimos minutos de las sesiones y acciones, que se lleven a cabo se utilizarán para hacer una evaluación de lo acontecido. Los participantes junto al educador evaluarán la sesión, aspectos positivos, propuestas de mejora y sugerencias. Se evaluará el tema tratado y contenidos, lo que más ha gustado y lo que cambiarían, si el tiempo era el adecuado, cómo se han sentido, etc. Posteriormente a la sesión, el educador encargado de la sesión, y del proyecto, evaluará el desarrollo de la misma, al grupo participante, objetivos conseguidos, metodología empleada, adecuación de las actividades realizadas, etc. y todos los aspectos relacionados con la misma; así como propuestas para próximas sesiones. Igualmente evaluará la evaluación de los participantes, sacando conclusiones al respecto. Este tipo de evaluación permitirá realizar las modificaciones oportunas sobre la marcha, sin esperar a la finalización del proyecto para el análisis. (Véase Anexo III: Cuestionario evaluación de proceso, p. 85).

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

c) EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS:

Los participantes harán una evaluación después de cada acción para comprobar si se han cumplido sus expectativas, entendiendo éstas como objetivos. El educador después de cada acción evaluará los objetivos del proyecto, los propuestos y los conseguidos, así como la adecuación de los mismos al momento concreto y al grupo participante. Al principio, mitad y final de la puesta en práctica del proyecto evaluará junto al presidente los objetivos, su idoneidad y cumplimiento.

d) EVALUACIÓN FINAL:

En la última sesión se realizará una sesión evaluativa del proyecto de forma general (objetivos, metodología, educador, grupo participante, etc.). El educador junto con el presidente evaluará también todo el proceso y propondrá actuaciones al respecto si fuera necesario. (Véase Anexo IV: Cuestionario evaluación final, p. 86).

e) EVALUACIÓN DE IMPACTO:

Al cabo de seis meses de la finalización del proyecto, se realizará una evaluación de impacto con los participantes para valorar la adquisición y puesta en práctica de los conocimientos, tanto a nivel individual como dentro del Club. Asimismo se tendrá en cuenta las opiniones y reflexiones de otros participantes de la Asociación que no han participado en el Proyecto, para conocer qué cambios han encontrado. También se tendrá en cuenta la evaluación de los profesionales de los recursos comunitarios de la zona, para valorar el uso que se hace de dichos recursos por parte de los participantes del Club (frecuencia, coordinación, etc.). (Véase Anexo V: Cuestionario evaluación de impacto, p. 87).

f) EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PROYECTO

Con la puesta en práctica del Proyecto evaluaremos, el presidente junto a la educadora, la planificación y diseño del proyecto. Se evaluarán todos los aspectos relacionados con el mismo (objetivos, metodología, actividades, presupuesto, etc.), y si estos son adecuados al grupo concreto de participantes potenciales y al momento concreto en que se encuentran.

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

Realizaremos una autoevaluación de la planificación y diseño, equipo, recursos empleados, contenido.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Es necesario tener en cuenta una serie de criterios de evaluación como: pertinencia (adecuación a las necesidades y/o problemas), suficiencia (si los recursos disponibles han sido suficientes), progreso (si el proyecto se desarrolla en función de lo establecido), evaluabilidad (si su formulación, diseño e implementación hacen posible que sea evaluado), eficacia (si consigue los objetivos previstos), efectividad (consigue efectos positivos, previstos o no), eficiencia (relación entre los recursos utilizados y los efectos conseguidos), resultados (efectos previstos e imprevistos) e impacto (en relación al conjunto de la población). Estos criterios se traducen en los siguientes indicadores de evaluación:

→ Participantes:

- Número de asistentes a las sesiones.
- Nivel de implicación en la organización de actividades.
- Nivel de participación en la propuesta de actividades.
- Grado de interés por los contenidos impartidos.
- Grado de interés por mejorar.
- Grado de interés por aprender.
- Nivel de implicación y responsabilidad en las comisiones.
- Número de actividades propuestas y realizadas por iniciativa de los participantes.
- Grado de satisfacción con el proyecto.

→ Profesionales:

- Número de profesionales para cada actividad.
- Grado de profesionalidad en el trato a los participantes.

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

- Nivel de conocimiento de las sesiones impartidas.
- Grado de motivación hacia el proyecto.
- Momentos de coordinación con los demás profesionales y los participantes.
- Organización de las actividades.
- Planificación previa de las actividades.
- Dinamización de las sesiones.
- Mediación ante situaciones de conflicto.

→ Recursos Materiales:

- Grado de utilización.
- Idoneidad.
- Disponibilidad.
- Cantidad de recursos materiales empleados.

→ Recursos económicos:

- Suficiencia.
- Disponibilidad en el tiempo oportuno.

→ Objetivos:

- Cumplimiento.
- Idoneidad.

→ Metodología:

- Idoneidad.
- Flexibilidad: adaptaciones a situaciones concretas.

→ Actividades:

- Planificación y diseño adecuado.
- Flexibilidad: adaptación a distintos ritmos.

D. PROYECTO DE EVALUACIÓN

→ Evaluación:

- Diseño.
- Idoneidad.
- Personas que la realizan.

11. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Como ya hemos mencionado, se realizará la evaluación en diferentes momentos, para ello pasaremos una serie de cuestionarios de evaluación inicial, evaluación de proceso, evaluación final y evaluación de impacto (Véanse Anexos II: Cuestionario inicial, p. 84; III: Cuestionario evaluación de proceso, p. 85; IV: Cuestionario evaluación final, p. 86; y V: Cuestionario evaluación de impacto, p. 87).

A su vez, al finalizar el proyecto se pasará de nuevo la Escala de Empoderamiento elaborada por Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean (1997) para valorar si el nivel de empoderamiento ha variado respecto a los resultados obtenidos en la investigación (Véase Anexo VI: Escala de Empoderamiento, pp. 88 – 89).

REFERENCIAS

- Ander – Egg, E. y Aguilar Idañez, M.J. (2008). *Cómo Elaborar un Proyecto: Guía Para Diseñar Proyectos Sociales y Culturales*. Argentina: Lumen.
- Cañamares Yelmo, J.M. (2001). *Esquizofrenia*. Síntesis Editorial: Madrid.
- Cembranos, F., Montesinos, D.H. y Bustelo, M. (1999). *La Animación Sociocultural: una Propuesta Metodológica*. Madrid: Editorial Popular.
- Cortés, F.; Llobet, M. (2006). *La Acción Comunitaria Desde el Trabajo Social*. Barcelona: Graó.
- Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (1991). *Manual Para el Educador Social 1. Habilidades de Comunicación en la Relación de Ayuda*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.
- Costa Cabanillas, M. y López Méndez, E. (1994). *Manual Para el Educador Social 2. Afrontando Situaciones*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.
- Escudero, J. (2004). *Análisis de la Realidad Local. Técnicas y Métodos de Investigación Desde la Animación Sociocultural*. Madrid: Narcea.
- Espinosa, A., Gimeno, A., Martínez, R., Ordoño, E., Ortega, J. y Relaño, P. (1995). *Iguals, Pero Diferentes. Un Modelo de Integración en el Tiempo Libre*. Madrid: Editorial Popular.
- FEAPS (2004). *El Aprendizaje Para la Autodeterminación*. Madrid.
- Gómez Serra, M. (2004). *Evaluación de los Servicios Sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, Participación y Desarrollo*. Madrid: Editorial Popular.
- Merino Pareja, R. (2004). *Comunicación: ¿Siempre es Bueno Participar? 10 Condiciones Para Promover la Participación, dos Paradojas y un Reto*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2000). *Innovaciones en la Evaluación de Programas y Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Piados.

REFERENCIAS

- Observatorio internacional de la Democracia Participativa (OIDP) (2005). *Guía Práctica Para la Elaboración de Proyectos Participativos*. Barcelona: Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Observatorio internacional de la Democracia Participativa (OIDP) (2005). *Guía Para la Detección de Buenas Prácticas en Procesos Participativos*. Barcelona: Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Página web de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid: “Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental”:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109265843983
- Úcar, X. y Llena, A. (coords.) (2006). *Miradas y Diálogos en Torno a la Acción Comunitaria*. Barcelona: Graó.

ANEXOS

ANEXO I: PRESUPUESTO DE LA INTERVENCIÓN.

RECURSOS	COSTE A FINANCIAR	RECURSOS ASIGNADOS
Recursos materiales		
Material de papelería	200 €	
Fotocopias	100 €	
Ordenadores		400 €
Pantalla proyección		100 €
Cañón de proyección		250 €
Recursos Espaciales		
Sala para sesiones formativas		200 €
Recursos Humanos		
Educadora Social (horas formación, coordinación y seguimiento)	3.000 €	
Trabajador Social (horas coordinación)	1.000 €	
Psicólogo Clínico	200 €	
Otros		
Pólizas de Seguros de responsabilidad civil y de accidentes	100 €	
Suministros y mantenimiento		350 €
Imprevistos (5 %)	230 €	
TOTAL	4.830 €	1.300 €
	6.130 €	

ANEXOS

ANEXO II: CUESTIONARIO INICIAL.

1. Nombre y apellidos:
2. Edad:
3. Sexo: Hombre Mujer
4. ¿Qué esperas de este proyecto?
5. ¿Qué es lo que te gustaría aprender tras las realización del presente proyecto?
6. ¿Qué puedes aportar al proyecto?
7. ¿De qué temas te gustaría que se trata en las sesiones?
8. Teniendo en cuenta lo que conoces del proyecto ¿cuál es tu nivel de conocimiento respecto al tema? 1 – 2 – 3 – 4.
9. Observaciones:

.....

.....

ANEXOS

ANEXO III: CUESTIONARIO EVALUACIÓN DE PROCESO.

1. Nombre y apellidos:
2. Tema de la sesión:
3. Interés inicial por el tema: 1 – 2 – 3 – 4.
4. ¿Qué es lo que más te ha gustado?
5. ¿Qué es lo que menos te ha gustado?
6. ¿Has realizado propuestas en la sesión?
7. ¿Cuál ha sido tu nivel de participación? 1 – 2 – 3 – 4.
8. Interés por el tema tras la finalización de la sesión: 1 – 2 – 3 – 4.
9. ¿El formador permite la participación en la organización de las actividades? 1 – 2 – 3 – 4.
10. ¿Cuál ha sido tu nivel de implicación? 1 – 2 – 3 – 4.
11. ¿Y el de tus compañeros/as? 1 – 2 – 3 – 4.
12. Sugerencias para próximas sesiones:

.....

.....

ANEXOS

ANEXO IV: CUESTIONARIO EVALUACIÓN FINAL.

1. Nombre y apellidos:
2. ¿Cómo crees que ha sido tu grado de conocimiento del proyecto? 1 – 2 – 3 – 4.
3. ¿Cuál ha sido tu nivel de implicación en la organización de actividades? 1 – 2 – 3 – 4.
4. Respecto a tu conocimiento inicial de los temas tratados ¿cómo consideras tu nivel de conocimiento actual? 1 – 2 – 3 – 4.
5. Valora la metodología implicada en las sesiones: 1 – 2 – 3 – 4.
6. Puntúa al profesional que ha impartido las sesiones: 1 – 2 – 3 – 4.
7. Valora la coordinación de los profesionales: 1 – 2 – 3 – 4.
8. Evalúa la posibilidad de participación en la organización de las actividades: 1 – 2 – 3 – 4.
9. Valora la implicación de tus compañeros/as: 1 – 2 – 3 – 4.
10. ¿Crees que se han cumplido los objetivos previstos? 1 – 2 – 3 – 4.
11. ¿Consideras la metodología empleada apropiada? 1 – 2 – 3 – 4.
12. Sugerencias y observaciones:

.....
.....

ANEXOS

ANEXO V: CUESTIONARIO EVALUACIÓN DE IMPACTO:

1. Nombre y apellidos:
2. ¿Cómo crees que ha sido tu grado de conocimiento del proyecto? 1 – 2 – 3 – 4.
3. ¿Cuál crees que era el nivel de participación en la organización de actividades del Club por los participantes antes de la realización del proyecto? 1 – 2 – 3 – 4.
4. ¿Y al finalizar el proyecto? 1 – 2 – 3 – 4.
5. ¿Crees que la realización de este proyecto beneficiará al Club Social? Sí No
6. ¿Por qué?
.....
7. ¿Y a la Asociación? Sí No
8. ¿Por qué?
.....
9. Sugerencias y observaciones:
.....
.....

ANEXOS

ANEXO VI: ESCALA DE EMPODERAMIENTO.

Instrucciones para realizar la Escala de Empoderamiento (E. Sally Rogers, Sc.D.; Judi Chamberlin; Marsha Langer Ellison, Ph.D.; Tim Crean, B.A.)									
<p><i>A continuación se presentan varias frases relativas a la propia visión sobre la vida y la toma de decisiones. Copie el número en la casilla en blanco a la derecha. Una (R) junto a una frase indica que la puntuación se invierte.</i></p>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Autoestima	Poder / Impotencia	Activismo de la comunidad y Autonomía	Optimismo y Control sobre el futuro	Honradez Enfado
	1. Casi puedo determinar qué va a pasar en mi vida.	1	2	3	4				
2. La gente está limitada solamente por lo que creen que es posible.	1	2	3	4					
3. La gente tiene más poder si se une como grupo.	1	2	3	4					
4. Enfadarse por algo nunca sirve de ayuda. (R)	4	3	2	1					
5. Tengo una actitud positiva acerca de mí mismo/a.	1	2	3	4					
6. Por lo general confío en las decisiones que tomo.	1	2	3	4					
7. La gente no tiene derecho a enfadarse porque no les guste algo. (R)	4	3	2	1					
8. La mayoría de las desgracias de mi vida se debieron a la mala suerte. (R)	4	3	2	1					
9. Me veo como una persona capaz.	1	2	3	4					
10. Causar problemas nunca te lleva a ninguna parte. (R)	4	3	2	1					
11. Las personas que trabajan juntas pueden tener un efecto en su comunidad.	1	2	3	4					
12. A menudo me siento capaz de superar las barreras.	1	2	3	4					
13. En general soy optimista sobre el futuro.	1	2	3	4					
14. Cuando hago planes, estoy casi seguro/a de que funcionarán.	1	2	3	4					
15. Enfadarse por algo es a menudo el primer paso para cambiarlo.	1	2	3	4					
16. Por lo general, me siento solo/a. (R)	4	3	2	1					

ANEXOS

17. Los expertos están en mejor posición para decidir lo que la gente debe hacer o aprender. (R)	4	3	2	1					
18. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4					
19. Generalmente logro lo que me propongo hacer.	1	2	3	4					
20. La gente debe tratar de vivir sus vidas de la manera que quieran.	1	2	3	4					
21. No puedes luchar contra la administración (autoridad). (R)	4	3	2	1					
22. La mayoría del tiempo me siento impotente. (R)	4	3	2	1					
23. Cuando no estoy seguro/a de algo, normalmente sigo al grupo. (R)	4	3	2	1					
24. Siento que como persona tengo valor, al menos en igualdad de condiciones que las demás.	1	2	3	4					
25. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones, aunque sean malas.	1	2	3	4					
26. Siento que tengo una serie de buenas cualidades.	1	2	3	4					
27. Muy a menudo, un problema puede ser resuelto mediante la adopción de medidas.	1	2	3	4					
28. Trabajar con otros/as en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas para mejor.	1	2	3	4					
D) Suma de las puntuaciones de la columna									
E) Ítems necesarios para calcular la puntuación en la escala					8	7	5	3	3
F) Número de ítems completados									
Puntuación de la escala: divida la suma (A) por número (C), si (B) es mayor o igual a (C)									

