



**La Recreación Guiada Como Mediación Interdisciplinar En Hospitalización De
Pacientes Con Comorbilidad Mental**

Leydi Dayana Portilla Cubillos

1644367

Narly Rodriguez Cruz

1642155

Directora: Mg. Gloria Patricia Rubio Lozano

Universidad del Valle

Facultad de Educación y Pedagogía

Programa Académico de Recreación

2022



**La Recreación Guiada Como Mediación Interdisciplinar En Hospitalización De
Pacientes Con Comorbilidad Mental**

Leydi Dayana Portilla Cubillos

1644367

Narly Rodriguez Cruz

1642155

Directora: Mg. Gloria Patricia Rubio Lozano

Universidad del Valle

Facultad de Educación y Pedagogía

Programa Académico de Recreación

**Trabajo de grado presentado con el fin de ostentar el título de Profesional En
Recreación**

2022

Resumen

El presente trabajo de grado es el resultado de la reflexión y posterior análisis de nuestra experiencia de Práctica Profesional en Recreación, articulada al Programa de Cuidados Integrados de la Clínica Imbanaco Quirón Salud en el periodo comprendido entre diciembre 2019 y diciembre 2020. El propósito de este trabajo de grado es reconocer el aporte de la recreación guiada y el desempeño del profesional en recreación al integrarse en un proceso de intervención con un equipo interdisciplinar, con pacientes que presentaban comorbilidad psiquiátrica en un contexto socio institucional clínico.

Este documento evidencia algunos aspectos relacionados entre salud mental y la recreación guiada, así como las reflexiones sobre la recreación como mediación interdisciplinar en dos patologías psiquiátricas (trastorno ansioso depresivo y delirium) y cómo la recreación permite optimizar procesos de recuperación en pacientes psiquiátricos. Finalmente, se destaca la interactividad entre el equipo de trabajo y las profesionales en recreación, en donde se evidencia el traspaso progresivo del control y la responsabilidad sobre la tarea en el equipo interdisciplinar y el reconocimiento de las técnicas lúdico-creativas como beneficio para las pacientes tratadas.

Palabras claves: Recreación guiada, pacientes psiquiátricos, trastorno ansioso depresivo, delirium, interactividad, mediación, equipo interdisciplinar.

Introducción

Dibujos, efusión de colores, formas, son medios espontáneos de expresión en la mayor parte de los niños. Les complace entonces “contar” lo que sus manos han traducido de sus fantasmas, verbalizando de este modo ante quien los escucha aquello que han dibujado y modelado. A veces esto que cuentan carece de relación lógica...

Dolto, 1986.

El presente trabajo de grado es el resultado del análisis de nuestra experiencia de práctica en el área de salud mental de la Clínica Imbanaco Grupo Quirón Salud, practica que realizamos en el Programa de Cuidados Integrados durante diciembre 2019-2020, cuyo objetivo era prevenir el suicidio intrahospitalario, mejorar la calidad y seguridad de la atención y disminuir la estancia hospitalaria.

En este contexto institucional clínico, analizaremos las intervenciones de la recreación guiada en dos casos escogidos, una paciente con trastorno ansioso depresivo y una paciente con delirium, con el objetivo de reconocer el aporte de la recreación guiada y el desempeño de los profesionales en recreación, al integrarse en un proceso de intervención con un equipo interdisciplinar con pacientes con comorbilidad psiquiátrica. En los dos casos de análisis se llevó a cabo un proceso terapéutico por parte de todo el equipo interdisciplinar (psicología, trabajo social, terapia ocupacional, psiquiatría y recreación), en el que se evidenciaron mejoras significativas en el estado mental y emocional.

El interés del presente trabajo de grado surgió a partir del análisis de la recreación en situaciones terapéuticas y de los lenguajes lúdico-creativos (Mesa, 2004) en el área de salud mental, ya que se logró tener un acercamiento profundo y espontáneo con las paciente que les permitió por una parte, desinhibirse de ser analizadas, cuestionadas o

diagnosticadas; se construyó junto con ellas un espacio de creación y juego en el que eran libres de imaginar, expresar, crear y soltar todo aquello que se encontraba en ellas de forma interna y que habían construido a partir de sus propias experiencias, o aquellas ideas irracionales que temían comunicar de forma verbal. Por otra parte, se logró reorientar y activar a las pacientes ayudándoles a conectar de nuevo con la realidad. Todo ello se realizó junto con el acompañamiento del equipo interdisciplinar que profundizaba o elaboraba con las pacientes lo que surgía en las intervenciones que realizamos desde la recreación guiada. Por lo tanto, la mejoría de un paciente psiquiátrico va acompañada del trabajo holístico e integral que realiza todo el equipo.

Hemos organizado la presentación de nuestro trabajo de grado en 5 capítulos. En el primer capítulo se expondrá el planteamiento del problema que dará cuenta del contexto situacional, es decir, del lugar en donde se desarrolla la práctica profesional, la formulación de la pregunta problema, los objetivos del trabajo de grado, la justificación y los antecedentes en donde se narran algunos artículos y trabajos de grados que articulan la recreación, la salud y la salud mental.

En el segundo capítulo, expondremos el marco teórico en el que se presentarán cuatro conceptos claves que nos permitirán aproximarnos a entender cómo la recreación guiada sirve de mediación en un trabajo interdisciplinar con pacientes con comorbilidad psiquiátrica. Estos conceptos son: la *Recreación Guiada*, *Recreación y salud mental*, *enfermedades mentales*, y *el juego terapéutico*, entendiendo que la recreación guiada es el campo mediador, la salud mental es una nueva área de estudio e interés para la recreación cómo la conocemos en el programa académico de Recreación de la Universidad del Valle; y el juego terapéutico es una herramienta lúdica utilizada como método de intervención. En el tercer capítulo se encuentra la metodología de investigación que permitió recoger y analizar los datos; seguido del capítulo cuatro, donde recogemos todos aquellos resultados

obtenidos del proceso de análisis. Por último, encontraremos el capítulo de conclusiones donde recogemos todas las apreciaciones del proceso de análisis de este trabajo de grado.

Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Agradecimientos	9
Dedicatoria	12
Capítulo 1: Planteamiento del Problema	13
1.1. Contexto situacional e institucional	14
1. 2 Pregunta investigativa	15
1.3 Objetivos	16
1.4 Justificación	16
1.5. Antecedentes	18
Capítulo 2: Marco teórico	22
2.1 La Noción de Influencia Educativa:	22
2.1.1 Los mecanismos de influencia educativa:	25
2.3. Recreación y salud mental	31
2.4. Trastornos mentales	33
2.4.1 Trastorno ansioso depresivo	34
2.4.2 Delirium	36
2.5. Juego terapéutico	37
Capítulo 3. Metodología	44
4. Análisis y Resultados	50
4.1. Estructura de organización de la actividad recreativa en un proceso individual:	51

	8
4.2. Mediación interdisciplinar	85
4.3. Interacción entre los profesionales de recreación y el equipo interdisciplinar	94
4.4. Reconocimiento de la recreación en el área de salud mental por parte del equipo interdisciplinar.	99
5. Conclusiones	107
Referencias	111

Agradecimientos

Narly Rodríguez Cruz

Principalmente quisiera agradecer a mi mamá, sin innumerables esfuerzos y dedicación no sería posible que yo iniciará y culminará mi formación profesional, para ella todo lo mejor que pueda venir de mí.

Agradezco a cada una de las personas que, a lo largo de este camino, y en silencio, han aportado su grano de arena para apoyar mi formación; desde quienes me daban palabras de apoyo, quienes me motivaban a continuar cada día, quienes me cuestionaron, quienes se burlaron y dijeron que no podría; a quienes me acompañaron desde las aulas, la distancia y el recuerdo.

Agradezco enormemente a la Universidad del Valle por permitirme ser la primera de mi familia en ingresar y culminar mis estudios superiores. Gracias Univalle por enseñarme el poder del colectivo, la lucha y el poder de mi voz. Igualmente agradezco a cada uno de los docentes del Programa Académico de Recreación por sus conocimientos impartidos, por su paciencia, determinación y amor; en especial a la profesora Gloria Rubio, sus conocimientos y compañía fueron determinantes para la escritura de este trabajo de grado, espero poder retribuirle de la mejor manera posible.

Agradezco a mi compañera Dayana Portilla por su paciencia, constancia, perseverancia y amor entregados, no solo en la práctica sino también en la escritura de este trabajo de grado, que la vida siempre te premie con lo mejor.

Finalmente agradezco a quienes vayan a evaluar este trabajo de grado, sé que sus comentarios sobre lo aquí serán de gran aporte para mi persona y mi futuro profesional.

Leydi Dayana Portilla

Mis primeros agradecimientos van dirigidos a mis padres, los responsables de mi vida y de mi ser. Agradezco por su apoyo incondicional durante todo este camino, porque ellos más que nadie, saben lo arduo que han sido estos años de estudio, me han acompañado con todo su amor, me han enseñado a resistir y a no desistir, me han escuchado, me han corregido y me han abrazado en cada momento. consignado

Agradezco también a mi pequeña luz y guía, mi hermana, que con su ser ilumina mi vida, ella, que me protege y me cuida, ha sido mi resistencia, mi mejor amiga y mi confidente. Agradezco porque ha sido un excelente ejemplo de vida, porque su amor y confianza en mí me han dado la suficiente fortaleza para no rendirme las veces que no tuve fuerzas para continuar.

Agradezco a cada docente del Programa Académico de Recreación por todas las experiencias que me permitió explorar, porque cada uno me reto como persona y como profesional, me hizo salir de mi zona de confort, algunos me hicieron pasar noches en vela, otros me hicieron actuar, salir de mí, llorar, dudar. Cada experiencia me la llevaré como un grato recuerdo que perdurará en mí.

Agradezco a la profe Gloria Rubio porque cada una de sus materias me dejaron grandes aprendizajes, porque fue ella quien me anclo a la carrera de Recreación, y aunque no lo sabe, es mi admiración y mi motor para continuar fortaleciendo y demostrando nuestro papel como profesionales, me enseñó amar la profesión con sus defectos y fortalezas. Agradezco por su paciencia, dedicación, compromiso, por su firmeza y determinación como persona y como profesional.

Finalmente, quiero agradecer a mi existencia, a la vida, y a todos los que han pasado por ella, agradezco porque cada momento, bueno o malo, han dejado una marca en mí que me han hecho la persona que soy hoy, agradezco a mis compañeros, a mi familia, a

mi compañera de trabajo de grado Narly Rodríguez y a cada persona que se cruzó en mi camino.

Dedicatoria

Narly Rodríguez Cruz

Quiero dedicar este trabajo de grado a todos aquellos que lo intentaron y no lo lograron, a quienes en el camino se quedaron, a quienes sueñan por intentarlo. A quienes están detrás de mí y nunca lo imaginaron, a quienes vienen después de mí y pueda inspirarlos.

Leydi Dayana Portilla

Este trabajo de grado va dedicado a mi abuelita, quien fue mi madre, mi formadora, mi amor. Aunque no pudo acompañarme hasta el final, estuvo en cada momento, no solo de mi carrera, si no en mi vida, ella que pesé a su ausencia en los últimos meses, me dio la fortaleza para no rendirme, es mi razón para culminar esta etapa.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

Hay enfermedades mentales que se manifiestan a través del cuerpo: la sudoración, dolor o vacío en el pecho, temblores, somnolencia, desorientación, hormigueo en las manos, son algunos de los síntomas que pueden presentar los pacientes que padecen alguna comorbilidad mental. En algunos casos estas enfermedades se producen por alteraciones emocionales no tratadas convirtiéndose a largo plazo en una patología mental, por lo tanto, los pacientes diagnosticados con estas enfermedades requieren de un acompañamiento integral y terapéutico, es aquí donde la recreación juega un papel fundamental como mediación, entre la realidad del paciente y su psiquis, es decir, la situaciones que lo afectan, la forma en cómo las interpreta, resignificándolas, recreándolas y transformándolas a partir de los lenguajes lúdico-creativos (Mesa, 2004).

El trabajo realizado con los pacientes que presentaban estas patologías o alteraciones puso en evidencia que a partir de actividades lúdicas y las técnicas artísticas mediante las cuales se construyen los lenguajes lúdico-creativos (Mesa, 2004), los pacientes lograban simbolizar alguna situación específica que les afectaba, experiencias pasadas, miedos, anhelos, frustraciones, deseos, recuerdos, logrando expresar situaciones y emociones. Cabe resaltar que por su patología mental algunos pacientes eran agresivos, reservados, estaban en estado de desorientación, tenían comportamientos apáticos, etc., por ende, se considera un logro el acercamiento que desde recreación se hacía con estos pacientes.

En el presente capítulo se dará apertura a un proceso de observación y análisis a la práctica profesional, como un primer acercamiento al ejercicio investigativo. Para ello, nos centraremos en contextualizar tanto la situación que enmarcan la investigación como la población intervenida. Igualmente se expondrá el contexto situacional, que más que

describir el lugar del cual se desprende la información, se explica la situación en torno a la que se desarrolla la investigación. Posteriormente, se plantea la pregunta investigativa, así como los objetivos y la justificación, en la cual presentaremos los principales intereses que nos llevaron a realizar esta investigación, de igual forma, los aportes que este trae a nivel social y académico. Por último, se recogen algunos antecedentes y publicaciones que hablan del tema y han sido tenidos en cuenta para el desarrollo de este estudio.

1.1. Contexto situacional e institucional

El desarrollo de la práctica se llevó a cabo en el Programa de Cuidados Integrados, de la clínica Imbanaco Grupo Quirón Salud, durante el periodo de diciembre 2019-2020. Este programa funciona como el área de salud mental de la clínica, cuenta con un equipo interdisciplinar conformado por profesionales de Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Recreación. El objetivo del programa es prevenir el suicidio intrahospitalario, mejorar la calidad y seguridad de la atención y disminuir la estancia hospitalaria en pacientes que además de presentar una enfermedad orgánica, presentaban comorbilidad psiquiátrica, es decir, alguna enfermedad o alteración mental.

El Programa de Cuidados Integrados contaba con dos proyectos. Uno de ellos era *Escuela para la Vida*, que se realizaba con pacientes de sala (quienes hacían parte del programa y estaban ubicados en el piso 8 de la IPS), en donde se trabajan cinco (5) patologías atendidas por el programa, estas eran: ansiedad, depresión, delirium, consumo de sustancias psicoactivas, y riesgo suicida. Este proyecto tenía el objetivo de psico-educar a los pacientes y a sus familiares sobre las patologías mencionadas; adicionalmente, se brindaba herramientas para desarrollar habilidades para la vida (métodos de expresión emocional, estrategias para lograr una comunicación asertiva, actividades de

autoconocimiento, autoestima, resignificación de experiencias, entre otras).

El otro proyecto, *Grupo de Apoyo*, tenía el objetivo de generar un espacio de diálogo entre pacientes egresados, (también llamados expertos) y los pacientes que aún estaban en el Programa. De esta forma, las experiencias de los egresados se convertían en un apoyo para los que aún estaban hospitalizados. Los talleres se realizaban con el fin de motivar y mostrar que es posible seguir viviendo con una enfermedad mental o con alguna limitación física. Estos dos proyectos se llevaban a cabo en compañía de una psicóloga y una profesional en recreación.

Las actividades se realizaban de acuerdo al estado de afectación del paciente. Para ello, las psicólogas y algunas veces nosotras como profesionales en recreación, aplicamos encuestas psicosociales con el fin de categorizar al paciente como leve, moderado o severo, e identificar necesidades adicionales al diagnóstico psiquiátrico. Igualmente, se tenía en cuenta la patología orgánica y mental; esto permitía realizar intervenciones que estuvieran ligadas a las necesidades identificadas al ingresar al Programa. Por ejemplo, si era una paciente con depresión se realizaban actividades de expresión y/o reconocimiento emocional.

De este trabajo colaborativo entre profesionales, es que nos surge la siguiente pregunta de investigación.

1. 2 Pregunta investigativa

¿Cuál fue el aporte de la recreación guiada durante la intervención conjunta con un equipo interdisciplinario en el tratamiento de pacientes con comorbilidad psiquiátrica en un contexto socio institucional clínico durante diciembre 2019-2020?

1.3 Objetivos

- **Objetivo general**

Reconocer el aporte de la recreación guiada y el desempeño de los profesionales en recreación al integrarse en un proceso de intervención con un equipo interdisciplinar con pacientes con comorbilidad psiquiátrica en un contexto socio institucional clínico.

Específicos

- Identificar y caracterizar la estructura de organización de la actividad recreativa cuando la interacción se produce en un proceso cara a cara con pacientes con comorbilidad psiquiátrica con el apoyo de un equipo interdisciplinario en contextos clínicos.
- Contrastar y verificar juntamente con el equipo interdisciplinario el diagnóstico inicial con los cambios que se produjeron en los pacientes a partir de la integración en la intervención de los profesionales en recreación.
- Describir las relaciones entre el profesional en recreación y el equipo interdisciplinario durante el proceso de la práctica profesional.
- Identificar la percepción de los profesionales del equipo interdisciplinario respecto al aporte de la recreación guiada y el desempeño de los profesionales en recreación en el proceso de recuperación de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

1.4 Justificación

Los motivos que nos llevaron a realizar este ejercicio investigativo sobre los procesos de la Recreación Guiada como mediación en el tratamiento interdisciplinario de

pacientes con comorbilidad mental, surgen de 12 meses de trabajo en la práctica profesional -tiempo que estuvimos de manera presencial, virtual y semipresencial-, requisito que exige la Universidad del Valle para optar al título de Profesional en Recreación.

Durante el desarrollo de las actividades recreativas mediadas por los lenguajes lúdico-creativos logramos tener un acercamiento más amplio con el paciente, evidenciamos junto con el equipo interdisciplinar, algunas mejoras o estabilidad en su estado mental y afectivo, como también mayor facilidad para reconocer y/o expresarse. Igualmente pudimos observar en las intervenciones, que algunos pacientes lograron recrear y crear nuevos sentidos y significados sobre su condición médica o situaciones traumáticas que habían vivenciado.

A partir de estas observaciones y de comentarios que nos hacían los colegas profesionales del equipo interdisciplinar, fue que empezamos a cuestionarnos ¿Qué estábamos haciendo desde la recreación guiada que estaba beneficiando el proceso terapéutico del paciente?

Entusiasmadas con los logros obtenidos, comenzamos a revisar estudios sobre la recreación y la salud mental, el juego terapéutico, la animación hospitalaria, y otros artículos, tesis y teorías similares. Al respecto, nos encontramos, en primer lugar, que las actividades propuestas por nosotras ayudaban a los pacientes en el proceso de externalización y canalización de sus preocupaciones, sus angustias, deseos, anhelos, de una manera más espontánea que con los otros profesionales del equipo, tal vez porque esas actividades llevaban un contenido simbólico. Sabíamos que los resultados se estaban dando porque había un equipo interdisciplinar que constantemente dialogaba sobre la salud del paciente en donde identificaban logros interesantes en la evolución de su patología, muchas veces a raíz de nuestras intervenciones.

Desde la intervención en Psicología, el paciente elaboraba y reconocía aquello que expresaba; el Trabajador Social intervenía las redes de apoyo y los factores psicosociales que estaban afectando al paciente; la Terapeuta Ocupacional realizaba actividades para favorecer su autonomía y así mismo beneficiar su estado de ánimo; y Psiquiatría medicaba al paciente de acuerdo con las necesidades que identificaba. Nuestro papel en el equipo era facilitar el diálogo con los pacientes apoyándonos con los lenguajes lúdicos y artísticos no convencionales, es decir, los lenguajes lúdico-creativos.

En segundo lugar, identificamos que los antecedentes sobre los trastornos psiquiátricos mediados por lo lúdico se centraban en el infante, ya que desde el psicoanálisis y la psicología la técnica del juego es el método que han identificado los terapeutas para facilitar la comunicación con el niño. No obstante, nosotras observamos durante nuestra práctica que también a los adultos, sobre todo cuando tenían alguna afectación mental, se les dificultaba expresarse de forma verbal, muchas veces ni siquiera sabían lo que sentían y solo con un juego y/o actividad gráfico-plástica lograban externalizar sus emociones.

Fue así como nos interesamos por indagar a profundidad sobre los procesos de la recreación guiada como mediación en un trabajo interdisciplinar, ya que desde la recreación no sólo se genera un espacio de catarsis sino también un reconocimiento sobre sí mismo o la situación específica que afecta al recreando, abriendo las posibilidades de intervención tanto para recreación como para las otras disciplinas.

1.5. Antecedentes

La recreación en el campo de la salud hospitalaria ha ido ganando espacio gracias a la vinculación de practicantes de Recreación en este ámbito. Hoy día son más conocidos los alcances de la recreación gracias a las propuestas, proyectos, programas que los

practicantes han llevado a centros hospitalarios, como el Hospital Universitario del Valle, El Centro Médico Imbanaco ahora llamada Clínica Imbanaco Quirón Salud, la Clínica Valle de Lili y en proyectos sociales con la Secretaría de salud. No obstante, la relación entre la Recreación y la salud mental en Latinoamérica, y mucho más en Colombia, aún es un campo nuevo en cuanto a investigación y práctica.

Aunque para nosotras, la Terapia Recreativa sea nueva en nuestro campo, sabemos que no somos las primeras en trabajar este concepto. *Neva Leona Boyd* es nuestro principal referente sobre este tema y aunque no hemos tenido la fortuna de poder leer sus documentos, pues se encuentran en el idioma inglés y no existen traducciones autorizadas de estos, hemos podido conocer un poco de este campo que nos demuestra el inicio del recorrido de la recreación en salud mental.

Aun así, se han realizado algunos trabajos de grado como consecuencia de algunas experiencias de practicantes de recreación. A continuación, se resumen los principales aportes de algunas investigaciones que se han realizado con relación a la recreación y la salud mental:

- Reflexiones sobre la relación entre Recreación Guiada y la Salud Mental, concebida desde un punto de vista integral, Autores: Morales Paztas, Juan David; Bolaños Santiago, Luis Fernando; Umbarila Quintana, Juan Sebastián. Es un trabajo de grado presentado en el año 2020 por un grupo de estudiantes que aspiran a graduarse como profesionales en recreación. Esta tesis surge como resultado de la práctica profesional de los estudiantes con la Secretaría de Salud Municipal de Cali. El documento hace una aproximación a los conceptos recreación dirigida y salud mental haciendo énfasis en un contexto comunitario y social en el que se estaba construyendo la política pública de salud mental y Convivencia Social; durante el desarrollo de la tesis los estudiantes brindan pistas sobre la relación entre la recreación y la salud mental.

- La recreación guiada en la transformación de significados y emociones en niños oncológicos hospitalizados en el Centro Médico Imbanaco, Autores: Parra Flórez, Leidy Johanna; Vidal Carabalí, Delry Alexandra. Trabajo de grado presentado en el año 2014 por dos estudiantes con el fin de ostentar el título de profesional en recreación. Esta tesis surge a partir de la experiencia de práctica universitaria dentro del Centro Médico Imbanaco, exactamente en el área de Oncología pediátrica. Aunque este estudio no enfatiza en la salud mental, hace una aproximación a la transformación de significados y emociones por medio de la recreación guiada en un contexto hospitalario, con el fin de minimizar los síntomas provocados por el tratamiento y la estancia hospitalaria, siendo de algún modo, influyente en el estado mental de los pacientes.

- Interpretación de comportamientos en personas con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar institucionalizados en las habilidades para la vida con la aplicación de un programa de recreación terapéutica, autores: Claudia Milena Arango y José Manuel Moreno. Este antecedente es un artículo presentado en el 2008 y aprobado por la revista lúdica pedagógica de Investigación Científica y Desarrollo. Esta investigación se focalizó en identificar las conductas de pacientes del Refugio Nazareth de Pereira con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar en las habilidades para la vida mediante la aplicación de un programa de Recreación Terapéutica, con el fin de fortalecer mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El programa que se empleó en esta institución para el desarrollo del estudio, fortaleció las habilidades sociales, cognitivas y emocionales demostrando la influencia de la terapia recreativa en pacientes psiquiátricos, permitiéndoles participar en diferentes actividades lúdicas y de ocio que se ven limitadas en su vida cotidiana por su enfermedad mental, de esta manera, el programa permitió transformar interna y externamente la vida del paciente, pues, los participantes lograron

participar en las actividades propuestas, socializar, integrarse, canalizar emociones y adquirir nuevos aprendizajes.

Como mencionamos al inicio del capítulo, la investigación en este campo es muy reciente por lo que nos tuvimos que valer de diferentes tipos de investigaciones como aproximaciones, ya que dentro de la recreación guiada, tal como la conocemos en el Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle, este estudio pionero en la aproximación al trabajo directo con pacientes psiquiátricos desde nuestro quehacer en la ciudad de Cali, por lo que tuvimos que valernos de ensayos de otros países y aproximaciones desde la psicología y la terapia ocupacional, tal como en el texto: *Aportes e Influencias de la génesis de la terapia ocupacional como profesión (Pastor et al.2014)* de las autoras, María Ángeles Pastor Montaña, Estíbaliz Martín Castillo, Cristina Rubio Ortega, quienes hablan del inicio de la profesión y su incursión en terapia y la implementación de lo lúdico dentro de la salud mental, encontrando similitud con lo que actualmente hacen los recreadores en el área de la salud, por lo cual fue tomado como una referencia.

Capítulo 2: Marco teórico

En este apartado vamos a comprender la definición de la recreación guiada desde el planteamiento de Mesa (2004), aplicada en un espacio clínico de salud mental, como lo realizado en la práctica profesional. Para ello, iniciaremos conociendo la noción de influencia educativa, a partir de una aproximación teórica, e igualmente a los mecanismos de influencia educativa dentro de la intervención, dando pie a su potencialidad en el área de la salud mental. De igual manera, realizaremos una relación conceptual entre la recreación guiada y salud mental; realizaremos un acercamiento teórico del trastorno mental, específicamente dos patologías con las que intervenimos dentro del espacio de práctica (trastorno ansioso depresivo y delirium); finalmente, en relación a los acercamientos que realizamos con los pacientes durante la práctica profesional, desarrollaremos el concepto de juego terapéutico de acuerdo a los aportes teóricos de la arte terapia, la psicología y la terapia ocupacional.

2.1 La Noción de Influencia Educativa:

La influencia educativa es un término que posee un gran valor en todo proceso de interactividad que se da en diferentes contextos sociales, culturales, educativos y clínicos, tal como se mostrará en la presente investigación, por tanto, este concepto no se encierra únicamente en las escuelas o en la educación formal.

La influencia educativa es un proceso de enseñanza y aprendizaje en el que interviene principalmente tres elementos: *el aprendiz* (alumno, paciente, recreando), *el facilitador* –profesor, recreador, psicólogo, etc.) y *los contenidos de aprendizaje* (temáticas de intervención/enseñanza), -estos tres elementos, Coll (1992) los denominó *triángulo interactivo*-, por tanto, es mediante la interactividad de estos elementos que se logra un aprendizaje significativo. A este respecto, debemos comprender que cuando se hace

mención a la interactividad diferimos de los procesos de interacción, ya que este último se centra únicamente en el intercambio de información entre varias personas, mientras que la interactividad “incluye no sólo los intercambios comunicativos directos entre los diferentes participantes en una actividad conjunta, sino también otras actuaciones que son en apariencia de naturaleza esencialmente individual” (Coll, et al; 1992, P. 191)

Estas actuaciones hacen referencia en primer lugar, a la actividad mental del aprendiz, es decir, su nivel de competencia cognitiva que en términos piagetianos hace referencia al desarrollo evolutivo y cognitivo del infante o adolescente. Para Piaget los niños construyen el significado y la comprensión de las cosas a través de la acción sobre los objetos, en dependencia de los mecanismos nerviosos y en función de la actividad verbal. (Piaget, 1988, como se citó en Rubio, 2014), en otras palabras, el aprendizaje para Piaget se construye mediante la interacción con los objetos y de acuerdo con la etapa de desarrollo del aprendiz, de esta forma, el sujeto conforme va desarrollándose e interactuando con el entorno, logra asimilar e integrar el material que le presenta la realidad.

En segundo lugar, el aprendizaje significativo se logra en la medida en que el aprendiz relaciona sus experiencias pasadas con el nuevo material que el facilitador le brinda. Por lo tanto, otras de las actuaciones individuales que influyen en el proceso de aprendizaje significativo, es el aprendizaje intrínseco en el que el aprendiz logra integrar y apropiar los valores culturales y sociales que le brinda el entorno. “Es a través de sus experiencias personales y de una serie de aprendizajes fundamentalmente intrínsecos, como aprendemos más sobre nosotros mismos y llegamos a descubrir y reconstruir nuestra propia identidad” (Coll, et al; 1988, P. 131), es precisamente la identidad del aprendiz y su actividad interna, la que interactúa con los nuevos conocimientos permitiéndole construir nuevos significados.

En tercer lugar, y no menos importante, “... influye también las actitudes, motivaciones, expectativas, atribuciones, etc.”(Coll, et al; 1988, P. 137), esta actuación individual es fundamental, sobre todo en el contexto socio institucional clínico en el que se desarrolla la presente investigación, puesto que, el factor motivacional en pacientes psiquiátricos que presentan trastorno ansioso depresivo o delirium, es de complejo manejo y requiere de estrategias del recreador o del equipo interdisciplinar. Si no se logra anclar al paciente al proceso terapéutico, muy difícilmente se desarrollará un aprendizaje significativo que lo ayude en su proceso de recuperación.

Ahora bien, una vez hemos expuesto las actuaciones individuales del aprendiz, las cuales no se visualizan directamente en el triángulo interactivo, pero intervienen y son fundamentales en el proceso de aprendizaje significativo; nos centraremos en el proceso de enseñanza que emerge del triángulo interactivo que se da entre el facilitador, quien aprende y las temáticas o contenidos, precisamente porque “en esa interacción se ejerce la **influencia educativa** dirigida a lograr una sintonización progresiva entre los significados que construye el alumno y los significados que vehiculan los contenidos (Coll, et al; 1990, p.441).¹

Desde la perspectiva socio-constructivista que plantea Coll (1990) el rol del facilitador es importante en tanto es quien guía y ayuda a sostener la actividad constructiva de significados del aprendiz; en otras palabras, es quien apoya y facilita todo el proceso de aprendizaje, sin embargo, la responsabilidad de construir nuevos significados es únicamente del que aprende ya que es él, quien se mantiene activo mentalmente cuando interactúa con otros, ancla el nuevo contenido con sus experiencias pasadas, crea, escucha, lee, etc. En el contexto clínico, el paciente/aprendiz, si no se relaciona con el recreador, mediante la actividad, si no participa de las intervenciones que se han construido con el equipo interdisciplinar, muy difícilmente se llevará a cabo el aprendizaje significativo y

posiblemente su recuperación. De igual forma, en este proceso intervienen los contenidos ya que estos median la interacción entre el aprendiz y el facilitador.

En definitiva, estos tres elementos son fundamentales para la influencia educativa y es únicamente mediante la interactividad que se logra influir en el sujeto que aprende. En relación con la presente investigación este triángulo interactivo se ve fuertemente nutrido porque no solo había un facilitador sino todo un equipo interdisciplinar que mediaba estos procesos de aprendizaje del paciente/aprendiz, a partir de un enfoque terapéutico dirigido desde cada disciplina. Por ende, en la práctica profesional surgían diferentes contenidos que se dialogaban y construían en conjunto con los terapeutas de las distintas disciplinas y el paciente, en este proceso de construcción de la actividad conjunta, encontrábamos que el equipo interdisciplinar, aunque tenía el rol de facilitador, también se convertía en aprendiz cuando empezaba a apropiarse y a hacer uso de las técnicas mediadas desde la recreación guiada. Este hallazgo se desarrollará posteriormente en el apartado de resultados; de esta misma manera observaremos como los mecanismos de influencia educativa actúan dentro del espacio clínico.

2.1.1 Los mecanismos de influencia educativa:

Es la forma en que se manifiestan o actúa la interacción entre profesor/alumno. Entre todos los mecanismos se resaltan dos como principales para el proceso de interacción. El primero habla de la cesión y traspaso progresivos del control y la responsabilidad, esto quiere decir que en la medida como se van desarrollando las actividades, los estudiantes adquieren responsabilidad sobre las tareas asignadas y de ese modo el profesor traspasa la responsabilidad sobre ellas. No quiere decir que el profesor abandone la actividad a merced de los estudiantes, sino que permite que estos interactúen de tal manera que el control y la responsabilidad se vuelve tarea del grupo.

La segunda trata sobre la construcción progresiva de sistemas de significados compartidos, vitales no solo dentro de un proceso de escolarización, sino también dentro de cualquier proceso de interacción. Para esto se empieza a hablar de agente educativo y no de profesor; esta trata de cómo los procesos de interacción entre agente educativo y agentes educados permite la construcción de nuevos aprendizajes.

Ahora bien, el objetivo de los mecanismos de influencia educativa es “comprender mejor cómo unos alumnos concretos aprenden determinados contenidos gracias a la ayuda que reciben de su profesor, como consecuencia de la influencia que ejerce sobre ellos” (Coll & Cols, 1992, P. 2).

Para este estudio, buscaremos evidenciar en qué momentos se dan estos dos mecanismos desde lo que pudimos observar en las intervenciones realizadas con los pacientes, quienes serán conocidos como los recreandos; de igual forma en el contexto en que se escribe este trabajo de grado el agente educativo es el recreador y el agente educado es el recreando.

Ahora bien, como se viene esbozando en este apartado, uno de los mecanismos fundamentales para el proceso de influencia educativa, es la construcción progresiva del sistema de significados compartidos. En este sentido Coll explica que...

La construcción progresiva de significados compartidos... tiene lugar en el proceso educativo- escolar o extraescolar- presenta similitudes, por una parte, con el proceso mediante el cual dos interlocutores cualesquiera llegan a ponerse de acuerdo sobre el significado que posee un enunciado en un determinado contexto, y por otra parte, con el proceso de negociación que se produce entre los participantes en la interacción en el marco de la zona de desarrollo próximo Coll & Cols 1992, pág. 8.

Este mecanismo no solo permite de una mejor manera el proceso de interactividad entre el agente educativo y el agente educado (recreador- recreando), sino que también se

puede observar el compartir de experiencias significativas que se aportan en el proceso de aprendizaje, las cuales se nutren en ambas vías de interacción.

De esta manera nos interesa ver cómo en un contexto hospitalario y mediante un proceso de actividad recreativa, se pueden evidenciar la función de estos dos mecanismos.

2.2 Recreación guiada.

La recreación guiada viene siendo estudiada, con una larga trayectoria investigativa, como un campo de carácter polisémico e interdisciplinar. De acuerdo con Mesa (2004) a lo largo de la historia este término ha tenido diferentes connotaciones. Ha sido equiparada con el ocio, el tiempo libre, el entretenimiento, el juego, o la animación socio cultural. En el proceso de investigación que Mesa viene adelantando, ha logrado desligar los conceptos anteriores a la recreación guiada. Lo importante a destacar en toda esta trayectoria investigativa, es que la recreación tiene un origen histórico y por ello es importante esclarecer el significado y el sentido que tiene desde lo social, pedagógico e interno como mediación semiótica en distintos contextos y situaciones educativas.

Para abordar este concepto y delimitarlo, Mesa (2004) propone tres dimensiones que permiten ampliar el análisis de la recreación guiada, y son fundamentadas desde las aportaciones que, sobre el juego, la educación y la cultura hacen (Piaget, 1961; Vygotsky, 1982; Bajtín, 1990; Martín-Barbero, 1987, Coll, 1995, entre otros) citado en Mesa, (1998). Sin embargo, estas dimensiones surgen principalmente a partir del enfoque socio histórico cultural del psicólogo ruso Vygotsky quien afirma que todos los procesos del pensamiento llamados también procesos psicológicos superiores (aprendizaje, memoria, lenguaje, etc.), tienen origen en la interacción y a partir de experiencias sociales significativas “toda función aparece dos veces, primero a nivel social (interpsicológica) y después a nivel individual (intrapsicológica)”. Vygotsky citado en (Mesa,2004, p.3)

Las tres dimensiones que propone Mesa (2004) para fundamentar la recreación guiada son: *la recreación como actividad social general*, *la recreación como práctica pedagógica* y finalmente *la recreación como actividad interna*.

La recreación como actividad social general está ligada a todo aquello que viene desde la cultura y la historia, en esta dimensión se valoran todos los procesos lúdicos, festivos y contemplativos que tiene la sociedad. En el ámbito de la salud mental, esta dimensión permite un primer acercamiento al contexto social, histórico y cultural del paciente que entra en tratamiento.

La Recreación como práctica pedagógica la identifica (Mesa, 2004), como una acción educativa no escolarizada y formalizada. Es decir, quienes participan en una actividad recreativa están construyendo saberes desde el hacer. En ese sentido, la recreación guiada cumple con “la intencionalidad de enseñar y comunicar las tradiciones recreativas y propiciar el desarrollo de la imaginación creadora y transformadora de las mismas para influir en cambios internos y externos” (Mesa, 2004, p.3). Esta dimensión la logramos evidenciar cuando los pacientes psiquiátricos logran reconstruir sus vivencias y transformarlas en experiencias cargadas de aprendizajes.

La recreación como actividad interna o mediación semiótica se enfoca en el proceso de interiorización (intrapsicológico) de las actividades recreativas, por tanto, esta dimensión es vista como una mediación social que permite construir nuevos sentidos y significados a partir de la propia experiencia del individuo, en este caso del paciente/recreando.

Como ya se ha hecho mención, la actividad recreativa emerge de los procesos culturales, de los cuales surgen situaciones sociales significativas en las que interactúan sistemas simbólicos que proceden hacia un aprendizaje. Estas experiencias sociales van creando huellas en el individuo que se convierten en vivencias determinantes de sus

pensamientos, emociones y su cultura. En otras palabras, el desarrollo humano depende en gran medida de las situaciones sociales de las que se rodea, aquí es importante recordar a Vygotsky cuando plantea que “toda función antes de ser interna ha sido externa, es decir, social. Para que se produzca la influencia de la actividad externa sobre la interna se requiere de la interacción con otros mediadores sociales” Vygotsky citado en (Mesa, 2004, p.3).

Esta dimensión destaca el carácter mediador de la recreación y su influencia en la transformación y reinterpretación de la realidad, por lo tanto, la característica principal de la recreación como actividad interna, es su capacidad de incidir significativamente en los procesos mentales de los individuos o recreandos, “...pues se trata de actividades internas que se transforman en el curso del desarrollo humano” (Mesa, 2004, p.12).

De acuerdo con lo anterior, es fundamental tener en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentra el individuo ya que “ni las funciones psíquicas ni las actividades recreativas son las mismas y pertinentes para las distintas edades” (Mesa, 2004, p.12). Las experiencias sociales e individuales de un infante no son las mismas que las de un adulto. En definitiva, la etapa de desarrollo va a influir tanto en los procesos de interpretación, como en las expresiones de la producción cultural, ya que “las experiencias pasadas brindan el material para que la imaginación y la creación sean posible” (Vygotsky, 1999, como se citó en Mesa, 2004, p.12).

En esta dimensión se anuncia el juego como objeto de estudio de la recreación puesto que es una actividad que está presente durante todas las etapas de desarrollo, permite que las personas exterioricen lo que ha aprendido de su entorno a través de los objetos y de su propio cuerpo, esto posibilita comprender e interpretar los miedos, las fantasías, deseos y experiencias y transformarlos o resignificarlos a partir de nuevas experiencias recreativas. De igual forma, lo lúdico se convierte en un núcleo transversal en

las tres dimensiones propuestas por Mesa (2004) ya que tiene una intencionalidad social y cultural, pedagógica y como mediación interna.

2.2.1 Lenguajes lúdico-creativos

Transversalmente en las tres dimensiones encontramos *los lenguajes lúdico-creativos*, definidos como mediaciones semióticas. Estas mediaciones hacen referencia al lenguaje verbal y no verbal, como lo son las herramientas simbólicas que surgen en los contextos culturales. Mesa (2009) propone los lenguajes lúdico-creativos a partir de la base de la producción artística, ya que éstos emergen en el proceso de la interactividad, gracias a las técnicas y formas de expresión derivadas de las artes.

Estos lenguajes se convierten en la principal herramienta de trabajo del recreador, especialmente en el área de la salud mental, objeto de este estudio. En el espacio hospitalario cuando se realizan las intervenciones, se hace mayor uso de los lenguajes gráfico-plásticos, la narrativa y los títeres, gracias a su adaptabilidad al entorno y a la situación del paciente. Mesa afirma que:

Los lenguajes lúdico-creativos sirven como instrumentos de mediación y junto al lenguaje intervienen en las situaciones pedagógicas de la actividad recreativa, sirven de elementos transicionales para construir cambios significativos en la actividad interna de las personas (imaginación creadora, afectividad, socialización, cognición, entre otras (2004, p. 12).

Si bien es cierto el proceso de intervención con pacientes en condición psiquiátrica se hizo a través de la recreación guiada, es importante revisar también la relación que existe entre la recreación y la salud mental.

2.3. Recreación y salud mental

Con el pasar de los años la recreación ha logrado un merecido reconocimiento dentro de los espacios hospitalarios, en especial en Europa y Estados Unidos, consagrándose, así como un nuevo tipo de terapia. Shank (2000) define a la recreación como un “estado subjetivo o experiencia psicológica producida por la implicación de actividades” (p.14). De esta manera, se atribuye a la recreación su noción terapéutica como método de rehabilitación en salud mental.

Por otro lado, Shank (2000) comenta que “la recreación tenía un valor terapéutico porque reducía el aburrimiento y el aislamiento social, y ofrecía una salida a la hostilidad y la agresión. También se utilizaba la recreación para aumentar la autoestima y la confianza, desarrollando nuevos intereses y habilidades y mejorando el estado físico y mental de los pacientes” (p.21). Es así como surgen las primeras intervenciones e investigaciones sobre los beneficios de la recreación en el proceso de recuperación de pacientes con enfermedades mentales y alteraciones emocionales, desarrollados en Estados Unidos a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Para el caso que se está estudiando nos interesa indagar la recreación guiada como proceso terapéutico. Teniendo en cuenta que nuestra práctica se desempeñó en el área de salud mental y nuestro rol desde recreación era contribuir a la estabilidad mental y emocional del paciente, junto con el equipo interdisciplinar. Es indispensable correlacionar la recreación y la salud mental para entender a profundidad, cómo la recreación guiada sirve como mediación con pacientes psiquiátricos.

Shank (2000) describe tres términos que son vitales, la recreación, el ocio y la salud mental. La *Recreación* como una actividad humana asociada al tiempo libre no obligado que se estructura en función de las normas sociales y culturales. Identifica el *ocio* como una actividad libremente elegida por el disfrute que se espera obtener de esta. Por

otro lado, la *salud mental* como un constructo que incluye la sensación de valía de las personas y la identidad personal, esta definición va mucho más allá de la limitada definición de salud que se conoce, relacionada a lo fisiológico. Para el autor estos tres términos están ligados a los conceptos de salud psicológica y bienestar, las cuales son vitales para el sano desarrollo de la salud mental en los pacientes.

Aunque las definiciones que hace el autor son acertadas para su investigación, encontramos que, en su escrito, aún para él, existe confusión entre los términos recreación y ocio. Por lo tanto, nos interesa revisar el trabajo realizado con pacientes en condición psiquiátrica, en donde se explica la importancia de la recreación en la recuperación de estos. En cuanto a la definición de la recreación, nuestro análisis lo sustentamos desde la base teórica aportada por Mesa (2004); Aun así, el concepto de recreación que comenta el autor en sus investigaciones nos permite observar la potencialidad de ésta, dentro de los espacios de salud mental, tomada no solo como una herramienta en el tratamiento de los pacientes, sino consagrándose como un nuevo tipo de terapia.

En ese mismo sentido, Shank (2000) comenta que después de la Segunda Guerra Mundial se optaron por diversos tipos de terapia para las personas afectadas por esta; se ofrecían una amplia gama de actividades recreativas con el fin, no solo de disminuir los síntomas mentales y emocionales generados en los pacientes por los efectos de la guerra, sino también de alguna manera “ajustar” a los pacientes para su pronto regreso a la cotidianidad, con actividades recreativas que lo ayudarán a reconocer las normas y comportamientos dentro de la sociedad.

Gorbeña, (2000) por su parte sintetiza que la recreación en la salud mental ha tenido diversas transformaciones para llegar a los procesos de atención que hoy conocemos. Se ha convertido en una herramienta en los centros psiquiátricos para tratar no solamente los síntomas de estrés e incursionar en los diferentes trastornos mentales, sino

también aportando a los pacientes un equilibrio en su vida. Por lo anterior deja abierta la posibilidad de que la recreación puede ser una clave como “...respuesta profesional a las necesidades de personas con trastornos mentales severos”.

2.4. Trastornos mentales

Una vez hemos relacionado la recreación y la salud mental, pasaremos a definir los trastornos mentales a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Consideramos necesario que el lector pueda comprender un poco más sobre el tipo de enfermedad que estuvimos acompañando en la práctica profesional, mediada por la recreación guiada, por ello, también definiremos las dos patologías psiquiátricas mencionadas en el presente trabajo de grado (trastorno ansioso depresivo y delirium).

Los trastornos mentales son alteraciones en el estado cognitivo, emocional o del comportamiento de los individuos. Son considerados trastornos mentales cuando el paciente presenta dificultades para continuar con su vida cotidiana, ya sea en lo social, laboral, educativo o interpersonal. Por lo tanto, las alteraciones emocionales o conductuales por sí solas no son consideradas enfermedades mentales, el paciente debe presentar síntomas prolongados; se requiere de un seguimiento detallado al paciente y su entorno para lograr diagnosticar un trastorno mental. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Las personas con trastornos mentales han de enfrentarse, en su vida cotidiana, a una doble dificultad, lo que en el argot popular se denomina “doble enfermedad”. Por un lado, experimentan los síntomas propios de su trastorno, y, por otro lado, deben hacer frente a los efectos del estigma social (Cazzaniga y Suso, 2015, p.23). Por lo tanto, el

paciente que presenta la enfermedad mental requiere de un seguimiento psicosocial que integre todas las esferas de su vida, ya que su calidad de vida se ve afectada.

Según los resultados de una investigación realizada en Kenia “los trastornos mentales son más comunes en entornos médicos que en la comunidad, y algunos estudios informan que hasta el 40% de los pacientes en las salas de cirugía y medicina general están deprimidos y requieren tratamiento” (Ndetei et al., 2009, p.1). Por consiguiente, es frecuente que los pacientes hospitalizados presenten alteraciones emocionales, si estas no son atendidas a tiempo, a largo plazo se pueden convertir en trastornos mentales de difícil manejo. Por ello, se conformó el Programa de Cuidados Integrados en la Clínica Imbanaco, para prevenir el suicidio intrahospitalario e igualmente, prevenir las enfermedades psiquiátricas y tratar a los pacientes que ya las padecen.

2.4.1 Trastorno ansioso depresivo

El trastorno ansioso depresivo es una enfermedad mental en la que el paciente presenta síntomas de ansiedad y depresión de forma simultánea y generalmente se da en partes iguales. El paciente puede presentar un trastorno depresivo con síntomas de ansiedad, un trastorno ansioso con síntomas de depresión o ambos síntomas. Lo importante a tener presente con esta patología, es que los síntomas no son suficientes para efectuar un diagnóstico de trastorno ansioso o depresivo por separado. Este trastorno es un cuadro definido por la presencia persistente de un estado de ánimo disfórico “de duración superior a un mes” (González, S.F, P.128) y no se encuentra clasificado en el DSM-5

Por lo tanto, esta patología genera afectaciones en el funcionamiento de los individuos influyendo en la vida laboral, social, familiar y económica debido a que sus síntomas se presentan con mayor frecuencia, no obstante, se trata de pacientes con menos ansiedad y menos síntomas que la depresión mayor. Los síntomas del síndrome ansioso depresivo se caracterizan según Gonzales (S.F) por “problemas de concentración,

trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, baja autoestima, sentimientos de inutilidad y desesperanza” (PP. 128). Al presentarse los síntomas de forma simultánea es importante un buen diagnóstico e identificarlo lo más pronto posible. Se debe efectuar un adecuado tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico a tiempo, ya que, de no ser así, estos pacientes presentan peor respuesta al tratamiento, mayor deterioro psicosocial, mayor gravedad, mayor nivel de sufrimiento, tendencia a la cronicidad, incidencia al consumo de sustancias psicoactivas y mayor riesgo suicida.

Las intervenciones con pacientes que presentan el síndrome ansioso depresivo deben ser bastante estratégicas, ya que por lo general estas personas no desean realizar ninguna actividad; además de los síntomas mencionados, pueden aparecer otros síntomas en casos severos como autoagresiones, pensamientos y actos suicidas. Es importante tener presente la sintomatología que más predomina en el paciente, así, por ejemplo, si es un caso de trastorno de ansiedad asociado a síntomas de ansiedad, se trataría principalmente técnicas que requieran esfuerzo, concentración, atención y actividades que lleven al paciente a un estado de calma. Al respecto, Shank (2000) señala que “el ocio contribuye al bienestar psicológico cuando las actividades son retadoras y requieren un esfuerzo y compromiso” (p.18). Esto hace que el paciente tenga la mente presente en el aquí y el ahora disminuyendo sus síntomas ansiosos.

Cabe mencionar que las personas con síndrome ansioso y depresivo suelen aislarse evitando las situaciones que le generan los síntomas, o evitan poner en evidencia su estado mental. Los pacientes con estas patologías se “miran” a sí mismos a través del estigma que la sociedad les atribuye, llegando a asumirlo e interiorizarlo. Esto tiene importantísimas consecuencias tanto para sus relaciones sociales, como para el devenir de su tratamiento” (Cazzaniga y Suso, 2015, p.22), ya que el aislamiento limita la petición de ayuda.

El trabajo que se realizaba con estos pacientes iba muy ligado con psicología, trabajo social y terapia ocupacional, por ende, la recreación, en atención a esta patología se volvía transversal a las otras disciplinas. A partir de los lenguajes lúdico-creativos, se trabajaba la parte emocional, social y familiar. Además, teniendo en cuenta el estado anímico del paciente tal como lo mencionamos, los procesos y las técnicas de recreación se organizaban teniendo en cuenta la patología a tratar.

2.4.2 Delirium

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1992), el delirium es uno de “los trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores”. Estas funciones se clasifican en tres grupos: cognitivas, afectivas y psicomotoras. Dentro de las cognitivas tenemos atención, orientación, percepción, memoria, pensamiento y lenguaje. En las afectivas se refieren a las emociones, sentimientos y motivaciones, por último, en la psicomotoras hacen referencia a la psicomotricidad.

De esta manera, cuando hablamos de una persona positiva para *delirium*, hablamos de una persona que presenta alteraciones, principalmente, en las funciones cognitivas (percepción, memoria, atención), aunque las demás funciones se ven afectadas, son las cognitivas en las que nos enfocamos directamente, pues estas permiten el óptimo desarrollo del ser humano en sociedad.

En el manual DSM-5 se define al *delirium* como un trastorno neurocognitivo ya que el déficit clínico principal es de la función cognitiva. Se adquiere comúnmente en entornos hospitalarios; así mismo, es una condición clínica que genera una situación de discapacidad y dependencia, aumentando considerablemente el riesgo de institucionalización, con alto impacto social y familiar. (Khan, Kahn y Bourgeois, 2009, p. 2).

Es importante conocer que es un trastorno que afecta a individuos hospitalizados de cualquier edad y condición social, especialmente adultos mayores de 65 años, con algún tipo de demencia y niños o adolescentes menores de 12 años. Este síndrome afecta la atención, orientación y cognición del paciente hospitalizado, pero aún no hay un estudio que identifique exactamente por qué razón se da.

El manual de DSM-5 ha clasificado tres tipos de delirium: Hiperactivo: cuando el paciente tiene un nivel actividad psicomotora alta, se mueve constantemente de forma incontrolada, este síntoma puede ir acompañado de agitación, humor lábil y rechazo a cooperar con el personal médico. En este estado el paciente permanece hostil, inquieto y puede ser agresivo. Hipoactivo: el individuo tiene un bajo nivel de actividad psicomotora ya que permanece somnoliento, este síntoma va acompañado de lentitud y poca respuesta a estímulos. Mixto: el paciente presenta una actividad psicomotora normal, se altera su atención y percepción. En estos casos, el nivel de actividad fluctúa rápidamente, pueden ser hipoactivos en el día e hiperactivos durante la noche.

Para el estudio de caso que se va a analizar en el presente trabajo de grado, nos interesa revisar cómo se logra articular la recreación guiada en un tipo de terapia que mancomunadamente con otras disciplinas permite manejar mejor los síntomas confusionales de un paciente con delirium hipoactivo.

2.5. Juego terapéutico

Desde el nacimiento empezamos a adquirir comportamientos, conductas y el lenguaje. Este proceso de interiorización se da durante la etapa de desarrollo de cada individuo, cada persona apropia de forma individual las herramientas que le brinda la cultura en la que está inmersa. En este proceso coexisten diferentes herramientas de la cultura que se propician en situaciones sociales específicas (familia, escuela, juegos,

recreación, etc.). Estas situaciones son las que posibilitan el desarrollo, sin embargo, nos enfocaremos en el juego ya que este es una de las principales herramientas con las que trabaja la recreación guiada. Nos interesa poner el juego y la recreación como agentes mediadores en el ámbito hospitalario, contexto que estamos abordando en el presente trabajo de grado.

Bruner (1983) afirma que el juego es un gran influyente de los valores culturales; su estructura depende del contexto social y cultural en el que se desarrolla el juego, por lo tanto “es indudable que los juegos de los niños reflejan algunos de los ideales que prevalecen en la sociedad adulta” (p.3). En definitiva, el juego es una actividad inherente al ser humano, en tanto está presente desde el nacimiento hasta la muerte. Así mismo, es un mediador social y cultural que permite la adaptación y apropiación del entorno, por ende, está presente de forma tanto social como individual.

De la misma forma, el juego es un mediador interno en tanto posibilita la expresión de imaginarios subjetivos del niño o adulto en el acto mismo de jugar. En este sentido, Bruner (1983) refiere que “el juego es una proyección de la vida interior hacia el mundo. En el juego nosotros transformamos el mundo de acuerdo con nuestros deseos” (p.2), es decir, en el juego el ser humano es libre de ser, de recrearse, explorar su propia realidad, expresarla y resignificarla, por lo tanto, el juego no se le puede atribuir solo a la etapa infantil.

De acuerdo con la clasificación que realiza Piaget (1999), el juego se manifiesta de forma progresiva dando inicio con los *juegos simples de ejercicio*, estos aparecen en la etapa preverbal y disminuyen con la aparición del lenguaje, no obstante, están presentes durante toda la vida cuando se adquiere un nuevo poder o habilidad. Seguidamente, el infante comienza a expresar las primeras formas de ficción por medio del *juego simbólico*. Este tipo de juego aparece en el segundo año de desarrollo y se da mediante la

representación de un objeto ausente. Finalmente, aparece el *juego reglado*, donde se evidencia una apropiación de las normas sociales y culturales. Este tipo de juegos implica una regulación de reglas y consecuencias, también se evidencia en la etapa adulta en los juegos de mesa, deportes, actividades recreativas, etc. En definitiva, el juego pasa por todas las etapas de desarrollo, inicia como un medio de exploración del entorno, hasta pasar a las situaciones más complejas de la actividad recreativa. Bruner (1983) reafirma esta idea al decir que:

Jugar no es tan solo una actividad infantil. El juego para el niño y para el adulto es una forma de usar la inteligencia o, mejor dicho, una actitud con respecto al uso de la inteligencia. Es un banco de prueba, un vivero en el que se experimentan formas de combinar el pensamiento, el lenguaje y la fantasía. (p.9)

Ya habiendo hecho una aproximación teórica del juego, consideramos pertinente abordar y profundizar en *el juego terapéutico* con pacientes que presentan patologías mentales, para ello, nos fundamentamos desde las aportaciones que, desde la psicología, el psicoanálisis y la arteterapia hacen: Winnicott (1971), Murillo (1995), Oaklander (2001), López (2011), Urgilez (2015) y Soriano (2019).

El juego desde la recreación en el área de salud mental, permite crear un espacio en el que el paciente sea capaz de establecer una fuerte conexión con su ser interno en relación con su realidad, esto quiere decir que mediante su participación en las actividades lúdicas el individuo logra externalizar y reconfigurar sus experiencias pasadas llegando al aprendizaje, la aceptación o la canalización; esto a su vez posibilita el desarrollo integral, ya que mediante el juego el sujeto de forma simultánea elabora sus conflictos internos y estimula sus capacidades físicas, cognitivas y sociales. Sin embargo, en el campo hospitalario, sólo es posible si la actividad del juego se enfoca a un fin terapéutico de acuerdo a las orientaciones de psicología, trabajo social y psiquiatría. Esto pone en

evidencia la importancia de las mediaciones que hace la recreación guiada a partir del juego mediante un trabajo interdisciplinar.

Bruner (1983) en sus estudios, establece una postura terapéutica sobre el juego, aunque lo enfoca en el infante. Consideramos importante ampliar esta concepción teórica en cualquier etapa de desarrollo. En el proceso de práctica profesional pudimos observar que el juego de una forma libre, espontánea y estructurada tiene un fin terapéutico en tanto genera placer, goce, distracción y es un medio de exploración y estimulación para el individuo.

El juego terapéutico desde la perspectiva de Winnicott (1971) es una experiencia creadora que se desarrolla entre lo subjetivo y lo objetivo, por lo tanto, el juego no es solo una cuestión de la realidad psíquica interna y tampoco es únicamente una experiencia externa. Jugar implica ponerse a sí mismo (interno) en algo que existe en el mundo real (externo), permitiendo que los individuos se comuniquen de forma creativa. Es así como los pacientes que presentan patologías mentales como *delirium*, *depresión* y *ansiedad* logran manifestar con mayor facilidad sus emociones y pensamientos a través del juego, pues se ponen a sí mismos en la actividad y logran materializar aquello que le afecta a nivel interno.

Winnicott (1971) afirma que existen tres zonas, *la realidad interna*, *el mundo real* y *la zona intermedia* que es el juego. La realidad interna es todo lo que pasa por la mente, es decir, la percepción que tenemos sobre la realidad. El mundo real es todo lo que pasa por los sentidos, todo lo que vemos, oímos, sentimos y escuchamos. Y la zona intermedia es aquella que existe entre el individuo y el ambiente. Por ejemplo, cuando un paciente con depresión escribe un cuento de una vivencia traumática, el juego de narración escrita se convierte en esta zona intermedia en tanto el paciente usa elementos del mundo exterior

(hojas, colores, marcadores, lápices), con elementos de su realidad interna (experiencia, imaginación y creatividad).

La zona intermedia o el juego es producto de las experiencias de cada persona, por ende, el juego es por sí mismo una terapia en cuanto posibilita la expresión de la psiquis y la creación de nuevos imaginarios, objetos, emociones y situaciones con relación al entorno. Por lo tanto, al trabajar con pacientes con trastornos mentales no es solamente importante el tipo de juego, sino también las experiencias o vivencias del paciente.

El juego además de generar diversión, disfrute, entretenimiento y esparcimiento es un medio para aprender, conocer el entorno, desarrollar habilidades, comunicar situaciones y expresar emociones. “En el juego humano interviene la función simbólica: interviene en ellos la capacidad de hacer servir símbolos y signos para crear contextos, anticipar situaciones, planificar las acciones venideras o interpretar la realidad” (Tufiño, 2012, p.22). Por ende, la actividad lúdica guiada por un profesional (psicólogo, trabajador social, recreador, terapeuta ocupacional, etc.) puede orientarse a un juego terapéutico. De acuerdo con Murillo (1995):

La actividad lúdica o juego es un importante medio de expresión de los pensamientos más profundos y emociones del ser; lo que le permite exteriorizar conflictos internos de la persona y minimizar los efectos de experiencias negativas. Propicia el desarrollo integral del individuo equilibradamente, tanto en los aspectos físicos, emocionales, sociales e intelectuales, favoreciendo la observación, la reflexión y el espíritu crítico, enriqueciendo el vocabulario, fortaleciendo la autoestima y desarrollando su creatividad. (p.3)

El juego visto desde Murillo se convierte en una herramienta para trabajar de forma terapéutica con distintos objetivos, no solamente orientado a la expresión emocional sino también posibilitando la reflexión en los pacientes, lo cual nos lleva a la

resignificación de experiencias o situaciones traumáticas. Oaklander (2001) amplía refiriendo que los juegos en el entorno terapéutico cumplen múltiples propósitos. Inicialmente ayudan al terapeuta a conocer al individuo, lo cual posibilita traspasar la resistencia inicial promoviendo la mutua confianza y credibilidad, fortaleciendo los procesos de intervención. Al lograr hacer un rapport (sintonía psicológica y emocional) con el paciente, se abren las posibilidades de realizar un amplio diagnóstico en el que logran identificar necesidades y limitaciones, elementos claves que permiten al terapeuta estructurar las intervenciones.

De acuerdo con lo anterior, podríamos decir que el juego terapéutico es un medio de intervención mucho menos invasivo que otros tratamientos utilizados en contextos hospitalarios, ya que este tipo de intervención es indirecta y didáctica, aborda los conflictos internos sin llegar directamente al problema, todo depende del paciente y la expresión que logre con la actividad. De acuerdo con Urgiles (2015), por medio de esta terapia se podrá reconstruir los esquemas cognitivos, reconocer debilidades y fortalezas, para que el sujeto pueda encontrar nuevas soluciones.

En el juego terapéutico se utilizan diferentes métodos y técnicas que desde recreación guiada conocemos como lenguajes lúdico-creativos. Estas técnicas en el área de salud mental “ayudan a superar las inhibiciones verbales al constituir espacios creativos y de juego, que favorecen el desarrollo y maduración emocional, social y cognitivo de la persona” (López, 2011, p.185). Lo que muestra que ayuda en el proceso de recuperación, haciéndolo óptimo y disminuyendo la estancia hospitalaria de los pacientes. Desde la arteterapia se hace mención de la *dimensión metódica*, es decir, las diversas técnicas y materiales utilizados en los espacios hospitalarios. Según López (2011) las técnicas gráfico-plásticas son las más usadas ya que permiten, no solo una interacción con el juego, sino la activación de las funciones psicológicas básicas (p.185). Igualmente, hacemos

referencia a las diversas metodologías implementadas en las intervenciones teniendo en cuenta que cada persona es única, así como su intervención.

Los medios artísticos en su dimensión metódica (material) poseen una serie de cualidades físicas, de las que el profesional debe tener conocimientos suficientes. Si este mantiene una relación constante con las actividades artísticas podrá experimentar con mayor facilidad la conexión sensorial con los materiales para llegar a vivenciar lo que transmiten, evocan o propician (López, 2011, p.186).

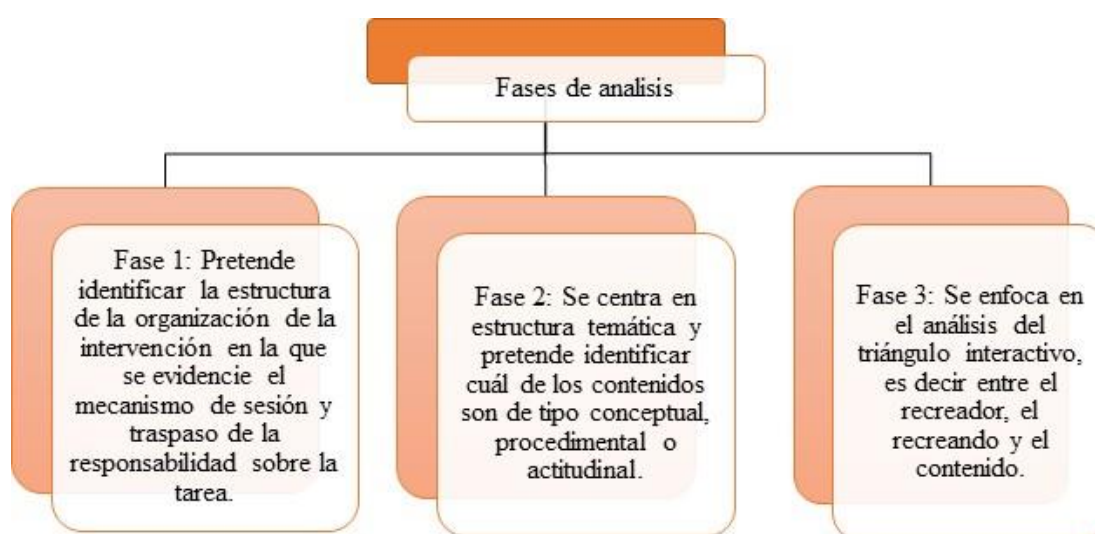
Podemos concluir que el juego terapéutico con sus métodos y técnicas no solo permite que el paciente que padece una enfermedad mental pueda evocar sus pensamientos y emociones previos a la hospitalización o provocados por la estancia hospitalaria, sino que también ha sido una estrategia preventiva cuando el paciente presenta alteraciones emocionales. Para que estas técnicas tengan efectos terapéuticos, “deben estar bien planificadas en función de los diferentes usuarios, la evolución del trastorno y el programa de tratamiento individualizado que tenga” (Shank, 2000, p.67), por ello, es indispensable el trabajo interdisciplinar y las reuniones que realiza el equipo terapéutico para dialogar sobre los avances y retrocesos de cada paciente.

Capítulo 3. Metodología

Este capítulo se centrará en el análisis a la experiencia de práctica profesional realizada en el Programa de Cuidados Integrados -área de salud mental-. Se revisaron algunos tipos de metodologías que sirvieran para los objetivos propuestos en el presente trabajo de grado. En ese sentido, consideramos pertinente acogernos al Modelo para el Estudio de la Influencia Educativa (Coll, y otros, 1998)¹ aplicada por Mesa a la recreación guiada² bajo tres fases de análisis.

Figura 1.

Fases metodológicas de análisis



Nota. Cuadro conceptual de las tres fases de análisis, 2022. Elaboración propia.

El presente estudio se basa en una investigación de tipo cualitativo en aras de analizar y reflexionar el que hacer de la recreación en un trabajo interdisciplinar en el

¹COLL, César, COLOMINA, Rosa. ONRUBIA, Javier. ROCHERA, María José. Actividad conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de Influencia Educativa. Revista Infancia y Aprendizaje. Universidad de Barcelona 1992).

² MESA, Cobo Guillermina. Tesis Doctoral.

campo de la salud mental. Como practicantes, nos integramos a la cotidianidad y a la cultura organizacional del Programa de Cuidados Integrados. Establecimos comunicación y trabajamos en conjunto con el equipo interdisciplinar. Igualmente, generamos espacios de interactividad con los pacientes y los cuidadores de forma individual y grupal.

Sin embargo, en el proceso de análisis de la intervención, nos centraremos únicamente en los acompañamientos individuales y optamos en el estudio de caso, puesto que los pacientes eran ambulatorios, por ende, no se mantenían los mismos grupos. Además, en la revisión de los diarios de campo, ambas practicantes encontramos que era importante enfocarnos en aquellas sesiones donde los recreandos estaban hospitalizados en un tiempo comprendido entre tres a una semana, dependiendo de la patología orgánica y mental. Cabe aclarar que cada una de nosotras tenía pacientes con patologías diversas que en el cuerpo de este estudio vamos a entrar a explicar.

Nos enfocamos específicamente en este lapso de intervención en las sesiones, ya que fue en estos acercamientos en los que se generó mayor interacción entre paciente, equipo interdisciplinar y profesionales en recreación. Ahora bien, aunque la metodología de intervención en recreación guiada está pensada para trabajar en pequeños, medianos y grandes grupos, nosotras no aplicamos las metodologías SAR (Secuencia de Actividad Recreativa) o SARI (Secuencia de Actividad Recreativa Intensiva), por el contexto situacional clínico en el que se desarrolló la práctica. No obstante, tomamos como objeto de análisis la interacción que se da a través de las mediaciones que proveen los lenguajes lúdico-creativos ya que tanto en grupos, como cara a cara hay interacción, siendo esta el objeto de análisis.

Estos lenguajes tal como lo plantea Mesa (2004) emergen en el proceso de interacción como herramientas pedagógicas. Como se va a observar en el capítulo de resultados, cada intervención tenía un objetivo específico que consistía en llevar a los

pacientes a procesos de tipo creativo, cognitivo, comunicativo y social, de tal manera que los recreandos pudieran expresar situaciones que les estaban afectando y que en otras intervenciones terapéuticas no era posible visibilizar. Por ende, nos interesa resaltar la importancia de los profesionales en recreación en el trabajo interdisciplinar en el campo clínico.

Ahora bien, “los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas” (Fernández y Pértegas, 2002, p.1). Por lo tanto, escribimos constantemente en nuestro diario de campo e informes mensuales de la práctica, todo lo que ocurría dentro del espacio. Los diarios de campo los realizamos de forma individual ya que la percepción, interpretación y análisis de nosotras como practicantes fue diferente; y los informes mensuales recogían las principales experiencias significativas. Esto nos permitió tener una mirada mucho más amplia e integral de los procesos de interacción y el desarrollo de las sesiones terapéuticas estudiadas. Igualmente trabajamos la encuesta como una entrevista no estructurada para conocer la percepción que tenía el equipo de profesionales del programa sobre la recreación, antes y después de nuestra práctica profesional.

Durante el proceso de intervención, el equipo interdisciplinario (psicólogas, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajador social, recreadora), constantemente indagaba sobre las funciones del recreador, pues observaba progresivos cambios en los pacientes a partir de las intervenciones lúdico-creativas. Esto nos hizo intuir que lo que hacíamos desde la recreación, de alguna manera estaba aportando al tratamiento y a las miradas que otras disciplinas clínicas tenían sobre la recreación y su papel en procesos terapéuticos con pacientes psiquiátricos.

Por ello, para el análisis y reflexión de las sesiones y los procesos de interacción tanto con los pacientes como con el equipo interdisciplinar, nos basaremos en la propuesta metodológica que plantea (Coll, Cols Mesa, 1998) en la que describiremos las siguientes tres fases que arriba mencionamos:

Fase 1:

En esta primera fase del modelo metodológico de análisis de la influencia educativa de la Recreación Guiada, Coll & Mesa (1998; 2007) nos plantea revisar cómo se dio la estructura de organización de la actividad conjunta o interacción para la construcción de la intervención. Esta fase se llevó a cabo entre el recreador y los recreandos. No obstante, en el caso de las intervenciones realizadas en el Programa de Cuidados Integrados de la Clínica Imbanaco Grupo Quirón Salud, el proceso de interacción para la construcción de la actividad conjunta se estructuró principalmente con el equipo interdisciplinar debido al contexto socio institucional clínico en el que se llevó a cabo la práctica profesional.

De acuerdo con Wertsch (1988), “un contexto situacional de actividad guía la selección de acciones y la composición operacional de las acciones, y determina el significado funcional de dichas acciones” (PP.220). En un contexto socio institucional clínico quien determina el tratamiento pertinente para la recuperación física o mental del paciente es el profesional, en este caso, el equipo interdisciplinar, por tanto, las intervenciones se estructuran de acuerdo con el análisis de cada disciplina. Sin embargo, la interacción con el recreando, también influía en la estructuración de la intervención, ya que sus experiencias previas, sus gustos, sus pasatiempos y sus acciones en los procesos terapéuticos iban moldeando los siguientes acercamientos desde la recreación guiada.

Esta constante interacción con el equipo interdisciplinar en las que se dialogaban las intervenciones realizadas, los objetivos a trabajar con cada recreando, y las nuevas necesidades que iban surgiendo, nos permitió identificar en algunos momentos el mecanismo de cesión y traspaso de la responsabilidad sobre la tarea en el equipo interdisciplinar, ya que algunos de los profesionales, en especial las psicólogas, empezaron a implementar las herramientas pedagógicas que desde recreación implementamos (lenguajes lúdico-creativos), este análisis será profundizado más adelante en el capítulo de resultados.

Fase 2:

En esta fase y de acuerdo con Mesa nos enfocaremos en la estructura temática, es decir, el contenido y/o las tareas desarrolladas por los pacientes durante las intervenciones realizadas. En primer lugar, cabe mencionar que la estructura temática se construía en gran medida con el equipo interdisciplinar dependiendo de las reuniones formales (revistas), e informales que se realizaban para dialogar sobre las patologías, las restricciones y los avances o retroceso del paciente, aun así, la planeación del contenido de la intervención, la hacía de forma individual cada disciplina de acuerdo con las necesidades que identificaba directamente con el paciente. En algunos momentos nos solicitaban realizar la estructuración temática juntamente con psicólogas o la terapeuta ocupacional. Intuíamos que ellas veían en el trabajo conjunto un mejor beneficio para el proceso terapéutico con el paciente, claro está que esto dependía del paciente y su patología mental.

En segundo lugar, en esta fase se puede observar cómo las actividades realizadas en las intervenciones abarcan contenidos de tipo conceptual, procedimental y actitudinal. Si bien, en lo conceptual influía la interacción entre el equipo interdisciplinar y el paciente, los resultados los veíamos únicamente con el paciente con relación a lo procedimental y actitudinal porque ellos eran los que mayor participación realizaban en el proceso de

intervención, ya que por las patologías trabajadas -trastorno ansioso depresivo y delirium- la apropiación, recreación, resignificación e introspección depende del paciente y de su propio proceso.

Fase 3:

En esta tercera fase, tal como lo mencionan Coll & Mesa (1998; 2007), nos interesa analizar el triángulo interactivo. De esta manera entender cómo intervienen el recreador, recreando y los contenidos en la intervención. Vale la pena recordar que, en el presente estudio, cuando nos referimos al recreando hacemos alusión al paciente.

Para ello, nos interesa revisar cómo se dieron las relaciones de interacción entre el recreador y el recreando, de acuerdo a los contenidos temáticos elegidos para cada intervención, así como también ver cómo se vieron afectadas estas interacciones debido a las patologías orgánicas y mentales que presentaban los recreandos; por otra parte queremos revisar cómo estas intervenciones evidenciaban nuevas necesidades emocionales en el paciente, reconociendo como estos reaccionan frente a las diversas actividades propuestas.

Ahora bien, en esta fase es vital analizar, igualmente, los contenidos propuestos para cada intervención, así como los diversos momentos en donde se podían evidenciar contenidos de tipo procedimental, actitudinal y conceptual en la planeación y en el desarrollo de la intervención y cómo estos potencializan el proceso de interacción no solo con el recreador, sino también con el equipo interdisciplinario; ya que cada actividad propuesta por el recreador pretende generar reacciones que el recreando pudiese exteriorizar por medio de los diversos lenguajes lúdico creativos.

4. Análisis y Resultados

En el siguiente capítulo daremos respuesta a los objetivos planteados en el trabajo de grado. Describiremos y analizaremos dos casos escogidos de las intervenciones que se llevaron a cabo desde la recreación guiada, en el Programa de Cuidados Integrados, como una mediación interdisciplinar en el área de salud mental; para ello mencionaremos dos patologías psiquiátricas distintas -*delirium* y *trastorno ansioso depresivo*-. Ambos casos fueron trabajados individualmente. En *delirium* estuvo la practicante Narly Rodríguez Cruz y en *trastorno ansioso depresivo* Leydi Dayana Portilla Cubillos.

Inicialmente nos interesaba caracterizar la organización de la actividad recreativa de cada una de las intervenciones realizadas en los casos escogidos. Seguidamente, contrastaremos y verificaremos, junto con el equipo interdisciplinar, la mejoría del paciente desde su ingreso al Programa de Cuidados Integrados hasta su egreso. En este apartado resaltaremos el proceso de integración que realiza la recreación guiada, como aporte en la estructuración y seguimiento del proceso terapéutico del paciente. Posteriormente, describiremos el papel que cumplimos como profesionales en recreación en el equipo de trabajo conformado por: psicología, trabajo social, terapia ocupacional y psiquiatría. Finalmente, tendremos en cuenta la percepción inicial y final del grupo de trabajo con relación al aporte y desempeño de la recreación guiada en la recuperación de pacientes en relación con comorbilidad psiquiátrica.

En este análisis haremos énfasis en la interactividad que se produjo con los pacientes cara a cara, es decir, las intervenciones desde la recreación guiada de forma individual y mediada por los lenguajes lúdico-creativos (Mesa, 2009), herramienta semiótica que para nosotras fue fundamental en la mejoría de los pacientes bajo nuestro cargo.

Así mismo, para el análisis expondremos, el componente simbólico que emerge en la aplicabilidad de las técnicas utilizadas. Este lenguaje dialógico no convencional, permitió que los pacientes se sintieran en libertad de representar y expresar, desde su subjetividad, lo que les estaba pasando. Igualmente, las técnicas utilizadas nos facilitaron conocer un poco más sobre el entorno social y cultural del paciente. Las herramientas implementadas en la intervención fueron apropiadas de las artes, en especial las técnicas gráfico-plásticas, gracias a su adaptabilidad al entorno y a la situación del paciente. Estos recursos puestos en interacción con los sujetos se convertían en lenguajes lúdico creativos dentro de un entorno pedagógico, pues tal como lo describimos en el marco teórico, a los pacientes les propusimos unas actividades bajo tres retos: desde lo cognitivo, lo creativo y lo social, para que ellos pudieran expresar lo que les estaba angustiando.

Es de gran importancia también, dar cuenta en este capítulo, sobre la interactividad y comunicación entre el equipo interdisciplinar, ya que el proceso integral fue clave para la recuperación y mejoría de los pacientes. En este punto del análisis se hablará de la influencia educativa y sus mecanismos, ya que el equipo de trabajo fue aprendiendo y apropiando las técnicas que nosotras utilizamos desde nuestro rol como recreadoras. Por ende, nuestro interés radica en reflexionar las intervenciones en los dos casos tanto desde lo individual (con el paciente) como desde lo grupal (con el equipo).

4.1. Estructura de organización de la actividad recreativa en un proceso individual:

A continuación, haremos una caracterización de la estructura que se llevó a cabo en las intervenciones cara a cara, mediadas por la recreación guiada, con los casos que hemos seleccionado para el análisis de esta investigación, dando respuesta así al primero de los objetivos específicos planteados. Cabe aclarar que la descripción y análisis que se hace es

producto de la reflexión y análisis de parte de cada una de nosotras como practicantes a partir de lo vivido con los pacientes asignados.

Caso 1: Paciente con trastorno ansioso depresivo. Atendido por la practicante en recreación Leydi Dayana Portilla

Se trata de una paciente de 15 años de sexo femenino, quien identificaremos en el presente trabajo, por cuestión de privacidad, con el nombre de Mariana. La paciente nació en Cali, pero reside en la ciudad de Buga junto con sus padres y hermana menor. Cuando ingresó al Programa de Cuidados Integrados, se encontraba cursando noveno de bachillerato en modalidad virtual a causa de la pandemia que estábamos atravesando en el momento (2-Sep-2022); por la misma razón, las intervenciones que se llevaron a cabo con ella fueron semipresenciales, es decir, unos días de forma virtual y otros presenciales, sin embargo, fueron más las intervenciones remotas.

Mariana ingresó con un trastorno ansioso depresivo ya que presentaba síntomas tanto de ansiedad y depresión de forma simultánea, es decir, tenía un estado de ánimo de tristeza constante, ideas de muerte y sentimientos de inutilidad, y al mismo tiempo, inquietud, intranquilidad, angustia, pensamientos excesivos y dificultad para dormir (para ampliar la información del trastorno ansioso depresivo puede dirigirse al capítulo 2 apartado 2.3). El seguimiento que se hizo a esta paciente, mediado desde la recreación guiada, se llevó a cabo en 5 sesiones en las que tendremos en cuenta las reuniones con el equipo interdisciplinar y la vía clínica que se registraba cada que ingresaba un nuevo paciente al Programa de Cuidados Integrados.

Caracterización:

Diagnóstico psiquiátrico de la paciente:

De acuerdo con la vía clínica, cada que había un ingreso al Programa de Cuidados Integrados, este debía ser valorado por psiquiatría y psicología, estas dos disciplinas evaluaban el estado mental a través de un primer acercamiento en el que se establecían diálogo con el paciente. Posteriormente, psiquiatría formulaba los medicamentos y psicología realizaba el plan terapéutico recogiendo los datos más relevantes. Esta información era fundamental en el seguimiento que posteriormente realizaba cada disciplina.

Mariana fue valorada inicialmente por psiquiatría, quién identificó trastorno ansioso depresivo y con alto riesgo de intento suicida. Debido a este diagnóstico, la paciente fue ingresada al octavo piso en donde se encontraba el Programa de Cuidados Integrados (los pacientes trasladados al octavo piso son pacientes moderados o severos, es decir, se encuentran en un estado crítico en relación a su salud mental, por ende, requieren un seguimiento integral). Tal como se establecía en la vía clínica, psicología realizaba el primer acercamiento en donde identificaba las necesidades de la paciente. En este caso encontró a Mariana en un estado depresivo y ansioso, con presencia de emociones de tristeza, frustración y rabia. En el espacio de diálogo con la paciente, ella expresó haber intentado quitarse la vida en dos ocasiones; verbalizó ideas de muerte a causa de su enfermedad de hipertensión pulmonar, la cual identificaba como la responsable de su deterioro en la calidad de vida que llevaba, pues le impedía hacer ejercicio, practicar fútbol y compartir con sus amigos.

Revista:

Una vez que la psicóloga había identificado los objetivos terapéuticos pertinentes para trabajar con la paciente, se hizo una revista (espacio en el que se dialoga las condiciones físicas, mentales, psicológicas y orgánicas de un paciente junto con el equipo interdisciplinar). En esta reunión se socializaban las necesidades que se lograban

identificar en la paciente, al grupo de profesionales que iba a acompañar el proceso de recuperación. Cada disciplina, desde su experiencia y conocimientos, aportaba ideas con relación a los temas que se podían abordar con Mariana, como también las actividades o las técnicas para trabajar con ella. Este momento grupal era fundamental, ya que permitía contextualizar al equipo interdisciplinar y conjuntamente construir un objetivo de intervención.

En la revista realizada sobre el caso analizado por trastorno ansioso depresivo, la psicóloga comentó el estado mental de Mariana y planteó como objetivos terapéuticos: explorar su contenido afectivo, favorecer la adherencia al tratamiento y resignificar las representaciones que había construido la paciente alrededor de su condición médica.

En esta reunión, realizada de forma virtual, estuvo presente la psiquiatra y todo el equipo de trabajo, se socializó el historial médico de Mariana, aspectos relevantes de su historia de vida y los objetivos propuestos por parte de psicología de acuerdo con las necesidades identificadas. (03 de septiembre del 2020).

A partir de estos objetivos generales cada disciplina utilizó sus recursos y estrategias de intervención, planteando sus propios objetivos específicos, orientados a cumplir lo propuesto por la psicóloga.

Cómo profesional en recreación me enfoque en favorecer la expresión emocional y resignificar la percepción de la paciente con relación a su patología orgánica. En ese momento puse en juego todo lo aprendido desde la recreación guiada y enfoqué mi atención en las dimensiones de la recreación que fueron abordadas en nuestro marco teórico. Comprendí que estaba en un escenario en donde tomaba fuerza la dimensión interna en asocio con la dimensión pedagógica. Para mí era importante ubicar las herramientas pedagógicas que me permitiera entablar un diálogo con Mariana de una manera creativa y distinta. La idea era generar un ambiente agradable en donde la paciente

podiera comunicar sus emociones y para ello recurrí a técnicas gráfico-plásticas, la música y la narrativa, y algunos juegos relacionados con su edad.

Intervención individual, cara a cara

Para la estructuración de la actividad recreativa hay que inicialmente conocer a los/las sujetos de intervención, en mi caso Mariana como paciente psiquiátrica. En este primer acercamiento, era muy importante generar confianza y tranquilidad en la paciente - en términos psicológicos “rapport”-, esto favorece la conexión con el individuo y facilita el seguimiento terapéutico, tal y como expone Oaklander (2001) al afirmar que en las intervenciones a menudo se utilizan juegos como una herramienta para promover el estado de "transferencia" entre el niño y el terapeuta (p.172). Este proceso permite que el paciente se sienta en confianza, permitiéndole mostrar a través del juego o la actividad su concepción ante la vida. Por lo tanto, este primer acercamiento era vital para lograr que la paciente se expresara con mayor facilidad.

A continuación, describiré cómo se fueron dando las sesiones y acercamientos con la paciente, desde mi rol como profesional en recreación y como parte del equipo interdisciplinar que atendía el caso.

Sesión 1-primer acercamiento: 04 de septiembre de 2020

La primera intervención con Mariana la realice de forma virtual y en compañía de la psicóloga practicante. Antes de establecer diálogo con Mariana, la psicóloga me comentó que la paciente tenía un gran interés por las manualidades. Antes de su enfermedad era una persona muy activa, sin embargo, en ese momento, se encontraba con poco interés en realizar esas actividades.

Cabe resaltar que Mariana, además de todo el proceso médico por el cual estaba pasando, se encontraba en la etapa de la adolescencia, “... época en que la humanidad se

encuentra en un estado de transición turbulenta, como un segundo nacimiento, porque es cuando aparecen las características esencialmente humanas” (Fernández y Gil, 1990). Es una etapa en donde ocurre la maduración cognitiva; las relaciones sociales y la independencia adquieren un valor significativo. Las relaciones con personas de su misma edad se vuelven especialmente importantes y los adolescentes dedican gran parte de su tiempo libre a pasarlo con personas de su edad con quienes pueden identificarse y sentirse a gusto (Villegas, S.F, Relaciones en la adolescencia). Sin embargo, por la enfermedad, Mariana no podía realizar ningún tipo de actividad de forma normal, situación que la hizo también empezar a aislarse de sus amigos.

Tal y como expuse anteriormente, para generar un rapport con la paciente, preparé un juego musical en el que Mariana debía crear una canción corta en donde ella pudiera relatar brevemente aspectos de su vida y luego cantarlo con su ritmo musical favorito de fondo. En esta sesión contábamos con muy poco tiempo ya que tenía un procedimiento médico, por lo que me tocó ajustar la actividad y en vez de la canción le propuse que narrara un *microrrelato* sobre sus pasiones. La narrativa es una técnica que trabajamos en recreación y que nos permite acercarnos al diálogo con el sujeto. Para Bruner:

la narración trata... del tejido de la acción y la intencionalidad humana. Media entre el mundo canónico de la cultura y el mundo más idiosincrático de las creencias, los deseos y las esperanzas. Hace que lo excepcional sea comprensible y mantiene a raya a lo siniestro, salvo cuando lo siniestro se necesita como tropo. Reitera las normas de la sociedad sin ser didáctica. Y... proporciona una base para la retórica sin confrontación. Puede incluso enseñar, conservar recuerdos o alterar el pasado. (P. 63)

Para el caso de Mariana, intuía que, si ella lograba narrar recuerdos o situaciones que la estaban alterando, yo iba a poder conocer -ya no desde el discurso oficial que ella

recitaba-, lo que en realidad la estaba afectando y así conversar con las otras disciplinas y plantear una ruta de recuperación.

En esta sesión empecé a notar que Mariana había entrado en un estado de confianza. Durante este momento de interacción la paciente se expresaba de forma amigable y se dirigía a mi como a un par. Tal vez mi aspecto joven la hacía sentir segura.

Mariana empezó a cuestionar mi edad ya que como no me podía ver presencialmente y me escuchaba la voz aguda, esto la hacía pensar que era una persona muy joven, decía que por la voz me ponía 18 años aproximadamente, en este momento la paciente se mostró en confianza conmigo, serena, tranquila e incluso reía en varias ocasiones. Cuando le comenté mi edad me preguntó sobre mi carrera y las actividades que realizaremos, esto llamó su atención, y dio lugar a que expresara su gusto por las artes, dando lugar, al inicio del microrrelato. (04 de septiembre de 2020)

Una vez logré su confianza, empezó narrando su gusto por el deporte, especialmente el fútbol, y pintar con colores; además, comentó que le gustaba mucho el rap y la electrónica. Debido al poco tiempo con el que contábamos para la actividad, no se pudo finalizar la intervención, por lo que le dejé como tarea escoger uno de los ritmos musicales preferidos y escribir pequeñas frases sobre ella o algo que quisiera expresar.

A pesar del poco tiempo que tuvimos en este primer encuentro, la actividad me permitió conocer aspectos de la paciente que me serían de gran utilidad para estructurar la siguiente intervención. De acuerdo con Brunner (1990) “...una de las formas más frecuentes y poderosas de discurso en la comunicación humana es la narración” (P.90), porque todo lo que se narra dice mucho sobre el contexto de donde viene la persona y de su mundo interior (gustos, pasatiempos, frustraciones, etc.).

De este primer acercamiento resaltó el uso de los lenguajes lúdico-creativos como un instrumento para la intervención que es de ayuda tanto para el diagnóstico como para el

tratamiento terapéutico en las siguientes sesiones, así lo afirma Shank (2000) al referir que en Estados Unidos y Europa la recreación terapéutica en pacientes psiquiátricos ha tenido una enorme tradición por el papel que las actividades han tenido en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Las limitaciones de tiempo que experimenté en la primera sesión eran constantes en las intervenciones, debido al contexto socio institucional clínico en el que se desarrolló la práctica. Los pacientes recibían muchas visitas médicas durante el día, tenían procedimientos quirúrgicos, terapias, exámenes, por lo que frecuentemente las sesiones eran interrumpidas. Por otro lado, la situación de pandemia que nos llevó a la virtualidad también fue limitante en cuanto a la duración de la intervención, pues dependíamos del tiempo y disponibilidad del psicólogo para que le llevara la Tablet o el portátil al paciente (medio de comunicación que se utilizó en el momento para realizar las intervenciones, el cual fue bautizado por el equipo interdisciplinar como robotina).

Sesión 2: 07 de septiembre de 2020

En la segunda intervención continuamos de forma virtual. En esta oportunidad no se hizo revista, por lo que me tocó estructurar la actividad recreativa de acuerdo con lo que la historia clínica decía, allí se encontraban consignadas las notas o informes de cada disciplina, información que me sirvió de insumo para la planeación de la sesión. Esto es un aspecto importante a tener en cuenta, puesto que, en un contexto clínico, donde cada día es diferente, no siempre se pueden hacer las reuniones por cuestión de tiempo, sin embargo, existían otros medios de comunicación que nos permitían conocer el proceso que cada integrante del equipo llevaba con el paciente, los retrocesos, lo elaborado o expresado en las intervenciones y los objetivos trabajados.

Al observar la historia clínica de Mariana, me di cuenta de que psiquiatría activó protocolo RS –este se activa cuando un paciente presenta **Riesgo Suicida**-. En la

intervención con la psiquiatra y la psicóloga la paciente comentó haber intentado suicidarse un mes atrás con los medicamentos psiquiátricos que estaba tomando (fluoxetina), además, expresaba ideas de minusvalía y tristeza profunda, no tenía una ideación suicida estructurada, pero manifestaba poco interés en vivir.

De acuerdo con la información de las otras disciplinas, noté que la principal afectación de la paciente era su patología de base (hipertensión pulmonar de primaria idiopática,) ya que esta enfermedad la había hecho limitarse en los diferentes ámbitos de su vida, siendo cada vez menos las posibilidades de realizar actividades de su agrado porque la enfermedad empeora más con el tiempo.

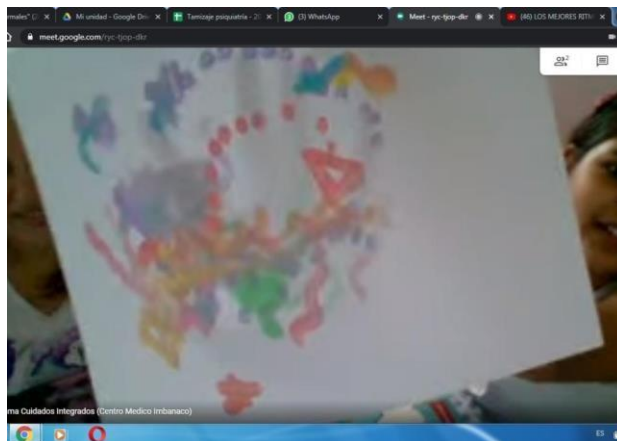
Teniendo en cuenta lo dialogado en la revista inicial, lo leído en la historia clínica y el primer acercamiento que hice a la paciente, estructuré la actividad enfocándome en el problema pulmonar de Mariana. Por lo tanto, el objetivo era resignificar la representación que ella había construido alrededor de su patología orgánica, a la vez que me interesaba seguir estableciendo rapport para favorecer la expresión emocional. Logré percibir que al intervenir desde allí y no desde lo psicológico, ella se iba a sentir reconocida y escuchada. Como también empezaba a contribuir desde la recreación a uno de los objetivos generales planteado por el equipo interdisciplinar.

Para esta sesión me apoyé en una de las herramientas grafico plásticas, planeé una actividad a la que llamé *pintando a ciegas*, esta consistía en cerrar los ojos y realizar un dibujo libre guiándose por el ritmo de música electrónica, uno de los géneros favoritos de la paciente. Tal como lo plantea Vygotsky (1999) :“*en el desarrollo de la creación artística, incluyendo la representativa, hay que observar el principio de libertad, como premisa indispensable para toda actividad creadora*” (P.50). Durante la actividad, la mamá de la paciente se involucró asumiendo el rol de guía. Para realizar el reto creador

ella debía pintar con los ojos cerrados y la mamá la debía guiar con los colores evitando que se saliera de la cartulina.

Figura 1.

Pintando a ciegas



Nota. Intervención de sesión dos, 2020. Elaboración de la paciente.

Antes de iniciar la actividad, indague sobre la tarea que le deje el primer día que nos vimos (escribir frases en donde expresara aspectos relevantes de su vida y escoger un ritmo musical), sin embargo, Mariana comentó no haberla hecho porque era muy difícil para ella escribir (en ese momento identifique su poco gusto por la escritura), por lo que la invité a pensar en algo que quisiera expresar y escribirlo en una frase pequeña. En este momento Mariana narró de forma verbal y escrita el momento en el que fue diagnosticada y como esto la afectó en su vida.

Cuando Mariana empezó a realizar su dibujo, su expresión corporal denotaba agrado frente a la actividad, se ríe, visualiza el espacio que tiene en la cartulina, organiza las témperas y mira a su mamá confiada de que tendrá a alguien que la guíe en todo el proceso. Una vez empezó a dibujar con los ojos cerrados sus expresiones faciales demostraban deseo de abrirlos, por lo que le insistía en tono agradable que no podía ver, lo cual la hacía reír ya que hacía pequeños esfuerzos por poder ver lo que iba haciendo,

esto hizo que la actividad fuese muy lúdica. Por otro lado, su mamá siempre estuvo pendiente ayudándole a untar el pincel de pintura e informando si se iba a salir de la hoja, sin embargo, nunca intervino en el dibujo. Al finalizar Mariana abre los ojos, se asombra de ver que su dibujo se aproximaba bastante a lo que quería transmitir, quería dibujarse a ella con sus amigos antes de ser diagnosticada con hipertensión pulmonar. 7 de septiembre del 2020.

En este momento y en las siguientes sesiones pude identificar los tres tipos de contenidos que establece Coll mediante el triángulo interactivo. En el contenido de tipo conceptual, Mariana hizo una representación de lo que tenía en su psiquis y añoraba volver a tener. En contenido de tipo procedimental la paciente/recreando realiza la actividad siguiendo unos patrones establecidos para ese tipo de arte y atendiendo a mis indicaciones. Contenido de tipo actitudinal pues todo el tiempo estuvo dispuesta a realizar la actividad hasta el momento que se hizo la reflexión final.

Una vez que Mariana se encontró con su dibujo, propuse que hiciéramos una reflexión sobre lo que ella acababa de vivir. Salieron a flote las limitaciones que producía la actividad misma (no poder ver). Frente a esto, Mariana reconoció que logró realizar el dibujo con los ojos cerrados guiándose sólo por sus sensaciones y recibiendo un poco de ayuda de su mamá. Lo cual, nos llevó a dialogar sobre el día a día que nos toca vivir, en el caso de ella la enfermedad que le ha tocado asumir. De este diálogo concluimos, que una enfermedad a nivel orgánico no es una razón para renunciar a los sueños o las actividades diarias, que es difícil el proceso de adaptación, sí; la tarea es explorar diferentes formas de hacer las cosas sin rendirnos. Inmediatamente, la expresión de Mariana cambió, pasó de estar sonriente a un estado muy serio, su tono de voz se vuelve más bajo y sus respuestas son más concisas, aun así, mencionó sentirse a gusto con el resultado e indicó agrado frente a la actividad.

Diálogo con psicología en esta sesión 2:

Al terminar la sesión hablé con la psicóloga que tenía el caso de Mariana, le comenté la actividad que realicé y todo lo que sucedió durante la intervención. Le informé que Mariana había cambiado su expresión facial durante la actividad y había quedado pensativa, por lo que la psicóloga aprovecha este espacio y entra a intervenir con la mamá y con la paciente para elaborar a nivel psico-afectivo lo que permitió remover la actividad en Mariana.

Este cambio de expresión corporal denotaba que la intervención recreativa había movilizado de forma interna a Mariana. Tal y como expone Mesa (2004) en la dimensión psicológica o interna, entra en escena la intersubjetividad. Durante el desarrollo de la actividad recreativa surge el lenguaje lúdico-creativo que permite que el recreando, en este caso paciente, construya nuevos significados y sentidos transformando su forma de pensar y sentir, de esta forma, la actividad genera cambios a nivel interno que Mariana logra expresar a través de su corporalidad, demuestra con su gesto que la actividad removi6 algo en ella, es por esto que la intervenci6n desde psicología se vuelve indispensable en este momento, para apoyar a la paciente en este proceso de reelaboraci6n de sentidos y significados.

Sesi6n 3- 08 de septiembre del 2020

Para estructurar esta sesi6n, realice una reuni6n virtual con la psic6loga sobre la intervenci6n que ella realiz6 con la paciente despu6s de la actividad que trabaj6 el d6a anterior (sesi6n 2). La psic6loga me coment6 que la actividad favoreci6 significativamente la expresi6n emocional de la paciente, le permiti6 expresar c6mo se sent6a generando llanto en ella; sin embargo, Mariana coment6 sentirse frustrada por no ser capaz de contarle a su mam6 c6mo se sent6a, esto explica su expresi6n al finalizar la actividad, en el

momento que hablamos directamente de su patología y las limitaciones, la paciente se sintió incómoda por la presencia de su madre.

El diálogo con la psicóloga me permitió estructurar la actividad recreativa para esta sesión. Como objetivo me propuse seguir estimulando la expresión emocional y generar un espacio de comunicación entre la mamá y la paciente. Para ello, planifiqué una actividad gráfico-plástica que denomine *mis frustraciones*, esta se divide en tres momentos, inicialmente la paciente debía representar a través de un dibujo algo que la haya hecho sentir frustrada después de recibir su diagnóstico médico, seguidamente, debía escribir los pensamientos que surgieron con esta frustración y las emociones que le generaba, finalmente, debía socializar con la mamá la actividad. A continuación, describo lo sucedido en la sesión de acuerdo con mi diario de campo.

Durante el desarrollo de la actividad Mariana representó el fútbol, dibujó una cancha, una medalla y a ella misma como arquera. En el segundo momento escribió los pensamientos y emociones que experimentó después de su diagnóstico en relación a su pasatiempo favorito. Finalmente, al socializar la actividad con su mamá le cuesta establecer contacto visual con ella, no obstante, logra expresar detalladamente lo que significa el dibujo para ella y sus emociones. Comentó que se dibujó a ella misma tapando porque es lo que más le encanta, además dibujó una medalla porque si ella hubiera podido seguir su sueño quería ser una profesional, seguidamente, comentó que al recibir su diagnóstico sintió que su mundo se derrumbó porque ya no podía hacer lo que la hacía feliz. Mientras Mariana se expresaba se contuvo de llorar, por lo que invité a la mamá a expresar lo que piensa y siente al escuchar a su hija, después de comunicarse mutuamente se dan un abrazo en el que se permiten llorar. (08 de septiembre del 2020)

Mesa (2010) plantea 3 retos problemas que surgen en la actividad recreativa, el reto cognitivo en el que participan las competencias intelectuales, el reto creativo en el que

surgen las estrategias y herramientas de cada recreando al construir, materializar o cristalizar mediante la actividad, y, por último, el reto social que hace referencia al proceso de socialización.

Durante esta actividad se expone a la paciente antes estos tres retos, a nivel cognitivo ya que la paciente debe pensar la mejor manera de expresar sus sentimientos de frustración, una vez logra tener clara la mayor frustración, pasa al reto creativo al realizar un dibujo que represente la frustración seleccionada. Una vez recibe la instrucción de la actividad, Mariana empieza a dibujar una cancha de fútbol; cuando termina el dibujo viene el último reto que es lo social, pues ella debe contarnos a su mamá y a mí lo que dió origen al dibujo que hizo. En esta sesión se puede ver claramente la dimensión pedagógica de la recreación, pues mediante una tarea, Mariana logra pasar los tres retos que le permiten verbalizar lo que está padeciendo. Su enfermedad de base, la estaba limitando a ser una adolescente normal, a disfrutar de cosas que ella había soñado vivir.

Paralelamente en la sesión se vio también la dimensión interna o psicológica pues Mariana logró interiorizar la actividad, reflexionar e identificar la causa principal que le generaba su frustración, y aunque le costó comunicar de forma verbal sus emociones a su madre, lo hace, asumiendo el reto social de la actividad recreativa. Una vez narró lo que el dibujo significaba y su mamá la escuchó, empezó a sentirse aliviada, pues era una carga que ella llevaba por dentro y que no exteriorizaba, tal vez para no hacer sufrir a su mamá. La actividad estructurada mediante una técnica gráfico plástica, permitió que emergiera el lenguaje lúdico-creativo que dio paso a un diálogo, aplazado entre madre e hija, y se da *“...por su potencialidad para “influir” en tanto herramienta semiótica en las construcciones de la actividad interna”* (Mesa, 2004,P.11). Ese lenguaje permitió que la paciente pudiera expresar (externalizar) lo que estaba sintiendo, poniendo en evidencia el posible origen de su estado ansioso y depresivo.

Diálogo con psicología sesión 3

Una vez terminada la sesión informé a psicología y psiquiatría los logros de la actividad y el estado de la paciente después de lo que logró expresarle a su cuidadora principal. Luego de mi intervención, psicología hizo contención emocional porque Mariana estaba desbordada en llanto. La paciente le expresó a la psicóloga que fue muy extraño para ella contarle a su mamá cómo se sentía, pero también fue liberador. La psicóloga logró contener las emociones de la paciente y estableció diálogo con la mamá de Mariana, quien comentó que fue un avance hacer que su hija expresara todo eso que sentía.

Escuchar las reflexiones de psicología frente a mi intervención con la paciente puso en evidencia el impacto que generó la actividad recreativa que realicé en esa sesión. Mariana siempre comentaba con facilidad como se sentía en relación con su enfermedad y expresaba como está la afectaba, tenía un discurso elaborado y estructurado, pero más allá de eso, no había realmente expresado esas emociones desde su sentir.

Con la psicóloga, la psiquiatra y el trabajador social siempre surgía el mismo discurso frente a sus emociones, sus relaciones sociales, sus redes de apoyo y su estado emocional. Desde recreación, no había surgido tanto el discurso, pero sí se había desbordado en llanto, además, logró mostrarle a su mamá cómo se sentía realmente. Estas actividades permitieron que el equipo interdisciplinar, lograra abordar de forma directa estas emociones.

De acuerdo con Brunner (1990) *“el significado de la palabra se encuentra poderosamente determinado por el tren de acción en el que ocurre (sonría al hablar) ...”*

(P.37), por lo tanto, el contexto permea constantemente nuestra conducta, no solo desde la acción sino también desde el discurso o el diálogo. Mariana se encontraba hospitalizada en el Programa de Cuidados Integrados, que como ya hemos mencionado es el área de salud mental de la clínica Imbanaco, este espacio construido para tratar alteraciones emocionales y trastornos psiquiátricos, de alguna forma estaba influyendo en lo que la paciente expresaba verbalmente. Mariana no hablaba sobre fiestas o eventos que no habían sido significativos para ella, todo lo que comentaba iba relacionado con su estado emocional y mental porque así lo determinaba el contexto.

Sin embargo, aunque ella comunicaba las razones que la habían llevado al estado ansioso depresivo en el que se encontraba, no había logrado conectar directamente con sus emociones. Brunner (1990) también afirma que hay una relación entre el contexto y los deseos de cada sujeto, ya que existe un mundo interior en el que se encuentra la psique humana, es decir, la subjetividad, todo lo que pensamos y sentimos en relación al mundo externo, *“...es en el contexto en el que se sitúan nuestros actos, y el estado en que se encuentre el mundo puede proporcionar razones para nuestros deseos y creencias”*

(P.57). Por ende, Mariana no había logrado conectar con su parte interna, sin embargo, con ayuda de las actividades recreativas fue desapareciendo ese discurso permeado únicamente por el contexto y fue saliendo a partir de sus dibujos, pinturas y elecciones de canciones, sus emociones de forma directa, desbordándose en llanto, mostrando su frustración y quedándose sin palabras. Esto para ella implicó un desequilibrio e inestabilidad emocional, que era necesario para que desde psicología se interviniera directamente el problema que la estaba afectando, es aquí donde se da el trabajo interdisciplinar.

Según Winnicott (1995) esta inestabilidad emocional hace parte del proceso terapéutico de la paciente. Esto significaba que se estaban removiendo sus emociones, dando la posibilidad de que en las siguientes intervenciones y junto con todo el equipo,

Mariana lograra ir reconociendo y aceptando los malestares que están afectando su salud mental. Esta ruptura emocional ocurre en la medida que la intervención recreativa da lugar a los lenguajes lúdico-creativos que surgen de las actividades desarrolladas, permitiendo que la paciente aflore emociones y pensamientos que se encontraban sumergidos de forma interna, por ello Mariana, se desborda en llanto una vez culmina la actividad, porque al cristalizar en el papel su subjetividad, logra observar y reconocer sus malestares que le están causando su patología mental. De ahí que:

Es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia. Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia de aplicación inmediata y universal, e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. Tal actitud debe contener el reconocimiento de que este siempre puede llegar a ser aterrador. Es preciso considerar los juegos y su organización como parte de un intento de precaverse contra los aspectos aterradores del jugar (Winnicott, 1995, p.75)

Por lo tanto, una vez se ponen en juego los lenguajes lúdico-creativos, dentro de la actividad recreativa, Mariana comunica lo que siente, siendo esto acto de crear y construir aterrador en tanto la hace visualizar de forma directa lo que la está afectando.

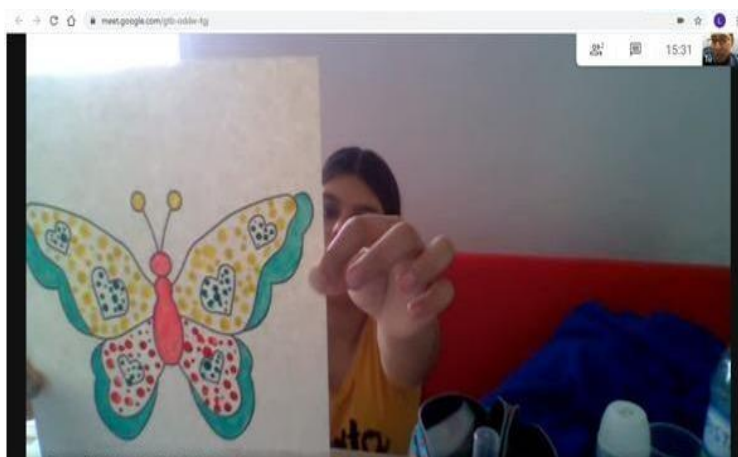
Sesión 4:09 de septiembre 2020

Durante las intervenciones anteriores, había notado un gusto particular por las manualidades. Mariana siempre comentaba que dibujar y pintar era otra de sus pasiones, por lo tanto, para esa sesión, realizada de forma virtual, establecí como objetivo empezar a reestructurar sus pensamientos y emociones en relación a sus gustos y limitaciones, haciendo uso nuevamente de la herramienta gráfico-plástica, mediante las técnicas de *dactilopintura* y *puntillismo* en alternancia con lo musical. Para esta actividad se me

ocurrió ponerla a pintar con los dedos, le sugerí que dibujara una mariposa a través de puntos que iban dejando la huella de sus dedos y ambienté el espacio de juego con música elegida por la paciente. La única regla de la actividad era pintar mientras se reproducía la canción, si la canción se detenía o se acababa, Mariana tenía que hacer una pausa. Finalmente, debía expresar qué significaban para ella las canciones y escribir un fragmento debajo del dibujo. En el siguiente diario de campo relato lo que pasó en esta sesión.

Figura 2.

Dactilopintura y puntillismo



Nota. Intervención sesión cuatro, 2020. Elaboración de la paciente.

Durante la actividad Mariana escogió 4 canciones mientras pintaba el dibujo y utilizaba las técnicas. Al final, decidió escoger solo 1 de las canciones para escribir sobre ella porque la hizo recordar el momento en el que reconoció su habilidad con la pintura y las manualidades. La paciente mencionó sentir felicidad al recordar esta vivencia, por lo que se hace un pequeño ejercicio simbólico capturando este momento. Indicó reconocer su talento en las artes, principalmente en la pintura, por lo que recordamos la reflexión

que hicimos en la sesión 2 sobre las limitaciones, a este respecto, comentó entender que quizá no va a poder ser una profesional en el fútbol, pero puede serlo en las artes, reflexionando sobre las adaptaciones que se deben hacer cuando hay una limitación sin renunciar a los sueños o a lo que más le gusta. (09 de septiembre 2020)

Esta actividad al igual que las anteriores, tenía un componente lúdico que era fundamental para que la paciente se sintiera a gusto y con la libertad de narrar lo que sentía, pensaba o deseaba. Poner la regla de parar de pintar cuando pausaba una canción tenía la finalidad de hacer que la actividad se saliera de lo metódico, por tanto, dejaba de ser solo pintar y escuchar música y se convertía en un juego en que la paciente se reflejaba en la pintura; el espacio permitía que Mariana se diera un tiempo para escuchar la canción, ver su pintura y pensar en la conexión que había entre lo que estaba plasmando en el papel, su subjetividad y la canción.

En la actividad recreativa se pudo observar la presencia del juego terapéutico, tal y como expone Winnicott (1871) la experiencia de jugar pone al sujeto entre su subjetividad y lo objetivo, es decir, entre su realidad externa e interna, en una zona intermedia, por ello, el juego es terapéutico, ya que le permite expulsar al sujeto todo aquello que se encuentra en su psique, tanto lo consciente como lo inconsciente, llevándolo a elaborar aquellas emociones que lo están afectando internamente. De esta forma, cada que Mariana se detenía y analizaba su pintura, se daba un espacio de reflexión en donde ella veía plasmado en el papel aquello que sentía, al visualizarlo empezaba a cobrar sentido y lo podía expresar con palabras.

Diálogo con equipo interdisciplinar sesión 4:

Después de dos semanas de intervenciones desde psicología y trabajo social, y una semana de intervención desde recreación y terapia ocupacional, se evidenciaron mejoras

en la paciente. Logramos como equipo interdisciplinar los tres objetivos conjuntos que fueron estructurados inicialmente: explorar el contenido afectivo, favorecer la adherencia al tratamiento y resignificar las representaciones que había construido la paciente alrededor de su condición médica. Además, Mariana expresó sentirse más tranquila, con nuevos pensamientos y planes a futuro en relación a sus pasiones y a las actividades que más le gustaban. En las últimas intervenciones cada disciplina notó mejoras en la paciente en relación con su salud mental, por lo que psiquiatría desactivó protocolo RS y recomendó dar egreso a la paciente a su casa.

Sesión 5 - 10 de septiembre de 2020

De acuerdo con lo conversado el día anterior con el equipo interdisciplinar, se hizo cierre a la paciente ya que todas las disciplinas evidenciaban una mejoría significativa en Mariana, por lo que se descarta la posibilidad de hacer traslado a una unidad de salud mental.

Antes de estructurar la actividad de cierre, revisé el historial médico y noté que la paciente le comentó a la psicóloga sentirse mucho mejor a nivel emocional, refirió tener mayor control de sus emociones y un nuevo pensamiento frente a su enfermedad cardiopulmonar.

De acuerdo con lo anterior, prepare una actividad de cierre presencial para hacer una evaluación de lo que vivimos en las cuatro sesiones trabajadas. Para esta sesión y dando continuidad al componente lúdico terapéutico de las intervenciones, me apoyo en un juego de atención y lógica como es el rompecabezas, por su puesto resignificado y estructurado, con el objetivo de reflexionar de forma simbólica, el proceso que la paciente realizó durante todo el seguimiento terapéutico desde recreación.

Esta actividad consistía en reconstruir las partes de un cuerpo humano personalizándolo, era una forma simbólica de representar el proceso de reconstrucción que

hizo Mariana en cada una de las intervenciones. Al finalizar, debía identificar los cambios positivos y/o negativos que tuvo durante su proceso de hospitalización y escribirlos al lado del rompecabezas. Era una actividad que simbolizaba la reconstrucción o resignificación de experiencias. En mi diario de campo recojo lo que sucedió en esta sesión.

Durante el desarrollo de la actividad Mariana logra construir su rompecabezas y lo personaliza tratando de hacerlo muy parecido a ella, Mariana expresa felicidad mientras elabora su rompecabezas al igual que su cuidadora principal. Al finalizar comenta que ahora tiene un nuevo horizonte, entiende que van a haber momentos difíciles, hace hincapié en cómo las actividades la ayudaron a reconocerse, logró recordar otras habilidades que tenía y que había olvidado por tener tan presente el fútbol. (10 de septiembre del 2020).

Figura 3.

Reconstrucción. Actividad de rompecabeza humano



Nota. Intervención sesión 5, 2020. Elaboración de la paciente.

“En el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona sólo cuando se muestra creador”

(Winnicott, 1995, p.80). Por ende, es en el acto de crear, cuando la paciente arma el rompecabezas y se visualiza en él, se descubre a sí misma, reconociendo todo su proceso, con avances y retrocesos, aceptando cada parte de ella y reconstruyéndose con nuevos pensamientos y emociones.

Caso 2: Paciente con *delirium* atendido por la practicante en recreación Narly Rodríguez

El caso que escogí para el análisis del presente trabajo se trata de una paciente femenina de 72 años que por cuestión de privacidad la voy a nombrar en el cuerpo del documento como María. La paciente nació y reside en Cali con su hija y su nieta. Las intervenciones con esta paciente se realizaron semipresenciales, debido a la situación de pandemia mundial que estábamos atravesando.

María ingresó a la clínica con un diagnóstico de cáncer (CA) de células claras, en riñón izquierdo metastásico a hígado, pulmón y páncreas. Tal como se plantea en el marco teórico del presente documento, la mayoría de los trastornos mentales surgen en contextos clínicos, pues los pacientes entran en depresión por su condición médica. Durante su hospitalización María, empezó a tener episodios de desorientación, no recordaba dónde se encontraba ni porque estaba en el hospital, había incoherencia al hablar y permaneció dormida durante el día, por lo que el médico especialista advirtió que la paciente podía estar presentando delirium. Por esta razón el médico solicitó una interconsulta y el traslado de la paciente al programa de cuidados integrados, (ya expuesto en el caso 1). Una vez la

paciente ingresó al programa, se establecieron unos protocolos de atención, los cuales describiré a continuación. El seguimiento que se realizó con esta paciente desde la recreación guiada se hizo en seis sesiones y en tres meses diferentes, intercalados entre la virtualidad y la presencialidad, debido a la pandemia y la gravedad de su enfermedad.

Caracterización: Diagnóstico psiquiátrico de la paciente:

Tal como se explicó en el primer caso y como se establece en la vía clínica, María fue valorada por Psiquiatría, luego de una interconsulta solicitada por el médico de turno, quien identificó algunos síntomas de delirium. El psiquiatra comprobó el diagnóstico y trasladó a la paciente al octavo piso (Programa de Cuidados Integrados) para darle un tratamiento integral.

Posteriormente, la psicóloga realizó valoración estableciendo diálogo con la cuidadora (familiar), en su diagnóstico, determinó que María llevaba varios días presentando síntomas que encajaban en el espectro del delirium, además, identificó que la paciente ya había sido valorada por presentar ansiedad antes de llegar a la clínica. Debido a que la cuidadora era su hija y no había logrado obtener un permiso laboral para dedicarse completamente a su mamá, la nieta asumió el rol de cuidadora principal, aun así, algunas veces la hija estaba presente.

La psicóloga estableció comunicación con las dos cuidadoras para explicarles el plan terapéutico y contar con la participación de ambas en el proceso de recuperación. Un aspecto importante que se destaca en la caracterización psicosocial (encuesta realizada por psicología), es que María constantemente verbalizaba ideas de minusvalía -ideas de valer menos o no poder desarrollar sus actividades cotidianas por su enfermedad de base, el cáncer-.

Revista

Una vez psiquiatría y psicología realizaron la valoración de la paciente, se hizo una revista inicial con el equipo interdisciplinar, en la que se dio a conocer el diagnóstico de María. En esta reunión se fijó como objetivo realizar trabajo de activación. Este consistía en llevar actividades para que la paciente en el día permaneciera en estado de alerta y no se durmiera; por lo que cada profesional desde su disciplina debía empezar a interactuar con la María y realizar actividades de estimulación.

Desde mi rol como practicante en recreación propuse una serie de actividades que consideré eran apropiadas para la condición en que se encontraba María. A Continuación, explicaré en qué consiste este plan de trabajo de Recreación realizado con esta paciente:

Plan Delirium Hipoactivo

El plan de trabajo seleccionado para estos pacientes consistía en realizar un proceso de activación, reorientación y disminución de los síntomas confusionales, mediante el uso de diversas actividades. Como practicante en recreación me apoyé en actividades relacionadas con el lenguaje gráfico plástico, en palabras del equipo interdisciplinar “manualidades”. Traigo un aparte del marco teórico para recordar que es el delirium.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (1992), el delirium es uno de “los trastornos orgánicos de las funciones mentales superiores”. Estas funciones se clasifican en tres grupos: cognitivas, afectivas y psicomotoras; dentro de las cognitivas tenemos atención, orientación, percepción, memoria, pensamiento y lenguaje. en las afectivas se refieren a las emociones, sentimientos y motivaciones, por último, en la psicomotoras hacen referencia a la psicomotricidad. O.M.S.: CIE-10. P. 304.

Con estos pacientes era importante validar constantemente el estado emocional, ya que en muchos de ellos la evolución de esta patología se evidencia cuando empiezan a mostrar sentimientos y pensamientos de minusvalía.

Sin perder el objetivo general que se estableció en la revista para atender a María, me dispuse a conversar primero con la practicante de psicología asignada para el caso, para coordinar el trabajo psicoterapéutico y no repetir actividades. La psicóloga practicante me informó que ella se encargaba sólo de la parte psicoeducación, que consistía en explicar al paciente y/o familiar, el diagnóstico en una forma mucho más clara y fuera de los estándares médicos, además de explicarle al familiar cómo puede ayudar en el proceso de recuperación.

Para el caso de María y en el diálogo con la psicóloga, quedamos en que ella se encargaba del cuidador, y que, desde mi práctica profesional en recreación, me encargaba de las “manualidades”, pero que sí llegará a observar síntomas emocionales o ideas de muerte, en el proceso de intervención, debía avisarle a la psicóloga para ella intervenir.

Con la información recibida de la psicóloga, pasé a dialogar con la Terapeuta Ocupacional para conocer el tipo de actividades que ella iba a trabajar con la paciente y así poder planear las mías. En lo que pude observar la Terapeuta ocupacional se encargaba de conectar a María con sus funciones motrices básicas, que por su estado había perdido y así mantenía a la paciente despierta. En el diálogo con la terapeuta, pudimos llegar a unos acuerdos en cuanto a las necesidades requeridas por la paciente lo que nos facilitó mucho el trabajo en equipo. Conversamos y nos repartimos el trabajo de activación”, objetivo que debíamos cumplir de acuerdo con lo establecido en la revista. Por lo tanto, unas veces trabajábamos las funciones cognitivas (memoria, atención, percepción, imaginación creadora, dialogicidad, etc.), y otras veces realizábamos actividades que conllevarán a estimular la motricidad fina y gruesa.

En el primer acercamiento validamos los gustos de la paciente para así continuar la planificación de las actividades. Por el estado en que estaba María, esta información nos la suministró su cuidador. Igualmente se hizo observación sobre el estado de somnolencia, esto se hacía a través de preguntas básicas (buenos días, cómo se llama, que tiene...), la idea era obtener por lo menos dos respuestas de las preguntas que le hacíamos. Estas respuestas permitían evaluar el nivel de orientación en sus tres esferas (persona, tiempo y espacio). Si el paciente estaba activo se valoraba su capacidad motriz, de lo contrario, el cuidador o cuidadora daba la información que se requería.

Con la información recogida tanto de la practicante en psicología como de la terapeuta ocupacional, me dispuse a preparar el plan de intervención desde la recreación guiada.

Intervenciones individuales cara a cara:

Sesión 1: jueves 28 de Mayo del 2020

Tal como se coordinó en la revista en el primer acercamiento a María se le debía mantener despierta el mayor tiempo posible, para ello espere que me hicieran el llamado para ingresar a la habitación pues la intervención se hizo de manera remota.

Al ingresar a la habitación, a través del computador, encuentro a María acompañada por su nieta; a pesar de que el reporte era que la paciente estaba en alto estado de somnolencia, pude observar que María estaba despierta por lo que me dispuse a entablar una conversación, le pregunté su nombre completo, donde estaba, quien la acompañaba, esto con el objetivo de saber que tan orientada se encontraba; aunque logró responder las preguntas y sabía que se encontraba en una clínica, no estaba totalmente segura en cuál clínica estaba. Podía recordar los nombres de los días de la semana y de los

meses del año, pero no lograba reconocer en qué fecha exacta se encontraba, lo que me indicó que ella estaba desorientada en espacio y tiempo, así que mi trabajo con ella era reforzar estas esferas.

Para este primer encuentro llevé preparada una actividad de atención. Solicité a la persona encargada de llevar el computador a las habitaciones que también llevara piedras de cinco diferentes colores, las cuales teníamos en nuestro almacén de materiales en la oficina de los practicantes, esto para que María las separara por colores. La idea era que la paciente no sólo identificara los colores, separando cada piedra, sino también observar cómo estaba su motricidad fina. Aunque pareciera una actividad sencilla, para los pacientes con delirium puede llegar a ser una tarea muy retadora. Al explicar en qué consistía la actividad, la nieta de María no dudó en participar, se sentó junto a ella y le empezó a repetir el nombre del color que debía separar. Pude observar entre ellas una muy buena relación. No me opuse a que su cuidadora liderara la actividad, por el contrario, aproveché para conversar un poco con ellas.

Su nieta me comentó que la enfermedad no solo había deteriorado a María de forma física, sino que también emocional. Constantemente presentaba síntomas de ansiedad. Igualmente comentaba que había sido complicado para ella y su mamá, puesto que no hay quien cuide a su abuela y entre ellas les había tocado repartirse este cuidado. Conforme avanzaba nuestra conversación, María separaba las piedras y su nieta le preguntaba el nombre de los colores y qué otra cosa recordaba en alusión a ese color. María mencionaba que los pollitos eran amarillos, que las fresas eran rojas y que le gustaba mucho. Volví a realizar las preguntas para validar su estado de orientación. María logró responder su nombre completo e identificó que estaba en la clínica, le pregunté si le gusto la actividad y me dijo que ya se quería ir.

Antes de retirarme le comenté a su nieta que hasta que el Psiquiatra no viera mejoría la paciente no podía egresar del programa o de la clínica, por lo que debíamos mantenerla despierta y realizando diferentes actividades. La cuidadora me comentó que en la casa realizaban manualidades para pasar el tiempo y que a María le gustaba todo lo que tuviera que ver con las manos; esta información me sirvió para la planificación de las futuras intervenciones.

A diferencia del primer caso de ansiedad y depresión, el equipo encargado de los pacientes con delirium mantenía constante comunicación, por lo que los avances se tardaban en aparecer o muchas veces no se podían realizar las intervenciones. En el caso de María, la información se compartió en las revistas y en su historia clínica, donde cada disciplina consignaba el desarrollo de la actividad, así como los resultados de esta; con estas “notas” nos íbamos informando sobre la evolución del paciente con las distintas disciplinas.

Sesión 2: viernes 29 de mayo del 2020

Este encuentro se desarrolló de forma virtual. Primero tuvimos una pequeña revista donde se nos informó que la paciente había estado muy somnolienta, que durante la noche no había podido dormir bien y en el día no quería participar en las diferentes actividades. Con esta información, solicité que se le llevara el computador a la paciente y que me facilitaran unas fichas con imágenes de diversos animales, esto con el fin de continuar trabajando sobre el objetivo de activación de la paciente. Mi intención era generar una intervención creativa de tal manera que la paciente se motivara a participar. Era un poco complejo y frustrante que por la situación de pandemia no pudiera estar presente en la

habitación con María. El trabajo lo debía realizar desde mi casa a través del computador, no sabía si ella iba a acceder a conversar conmigo.

Me conecté con la habitación de María, y ví en la pantalla que quién me atendía era su hija. Nos saludamos y ella me comentó que su mamá había estado somnolienta durante el día. Intenté dialogar con la paciente para reconocer el estado de orientación, para ello la saludé de manera efusiva, pero no me respondió. Al no obtener respuesta me dirigí a su acompañante.

Su hija me comentó que su mamá se había quejado en la mañana de dolor de cabeza por lo que le habían aplicado medicamento para el dolor, lo cual sumado a su falta de sueño la noche anterior hacían que María se encontrara somnolienta. Me dispuse entonces a conversar con la hija y traté de encontrar algún síntoma emocional en ella, o algún indicio que me permitiera validar el “síndrome del cuidador quemado”. Este síndrome es atendido de igual manera por el programa, para identificar el estado emocional de los cuidadores de pacientes con enfermedades de alta complejidad y alto nivel de dependencia. Ante mis preguntas ella me respondió que no estaba cansada y que cuidaba a su mamá con gusto, que en el trabajo le dieron permiso por una semana para encargarse del cuidado de su madre, pero que si le angustiaba que ella no tuviera más tiempo para quedarse. Su hija es en estos momentos la otra persona que acompaña a María, pero ella estudiaba y no deseaba sobrecargarla de esta responsabilidad, pues la clínica exigía acompañamiento las 24 horas del día.

Le preguntó si requería ayuda de parte de Trabajo Social, me agradeció pero dijo que ya había estado hablando con diversos familiares para que ayudaran con la compañía de María en su proceso de hospitalización.

Ya que no encontré nuevas necesidades en María o su hija, solo le informé a Terapia Ocupacional que no trabajé con la paciente debido a su alto estado de somnolencia y que el objetivo seguía vigente para trabajar en futuras intervenciones.

Con los pacientes diagnosticados con delirium hipoactivo era muy normal que en algunos días se sintieran con mayor somnolencia, por lo que era importante validar este nivel, para la participación en las intervenciones. En algunos casos se lograba despertar al paciente y tener un mínimo de participación, en otros casos, como el de esta sesión, no se obtuvo respuesta por parte de María.

Sesión 3: martes 02 de junio del 2020

Este encuentro se realizó de manera remota. En esta oportunidad no contamos con revista, sino que me base en las notas clínicas para conocer la evolución de la paciente. Cuando ingresé virtualmente a la habitación, encontré a María en el sillón con los ojos cerrados, esta vez acompañada de su hija, saludé e inmediatamente María se incorporó para prestar atención a lo que le iba a decir. La saludé y le pregunté si recordaba quién era yo y ella respondió que entre tantas personas que entraban y salían no me recordaba. Le pregunté sobre quien la acompañaba y me respondió que su hija porque su nieta tenía clases, pero que iba arrimar por la tarde. Durante la conversación realice las diversas preguntas para validar su estado de orientación y me di cuenta que la paciente estaba orientada. Realicé algunas preguntas un poco más complejas, como fecha de nacimiento, el número de la cédula, si recordaba el barrio donde vivía y con esta información inferí que los síntomas confusionales habían cesado, al menos por este día. Noté en su gestualidad que María estaba algo inquieta así que validé su estado emocional donde ella

respondió que se quiere ir, que estaba cansada; su hija añadió que así empezaba sus síntomas ansiosos.

Cómo veía que María estaba entrando a un estado ansioso le propuse una actividad. Ella mencionó que no quería hacer nada y que tenía mucho dolor. Observé que ella se había fijado en lo que llevaba en el carro, (estaba el computador, unas témperas y una cartulina), entonces preguntó qué de qué trataba la actividad. Le expliqué que íbamos a pintar con temperas, inmediatamente cambió su expresión y aceptó. Le pedí a su hija que sacará el material y se lo acomodara en la mesa para empezar la actividad, María invitó a su hija a participar y ella aceptó.

El gesto..., que en el animal se atrofia como algo que no alcanza el objetivo, empieza a cumplir en el ser humano, gracias al entorno social, una función nueva y pasa a ser de hecho la auténtica fuente de todas sus formas culturales del comportamiento. Es ante todo una petición de ayuda, una llamada de atención y, por consiguiente, la primera salida de los límites de la personalidad, es decir, una colaboración primitiva en el sentido psicológico de la palabra. (Vygotsky, 1931, P.337)

Para esta intervención preparé una actividad apoyándome en la expresión gráfico-plástica. Le pedí a María que cerrara los ojos, y se concentrará en la respiración, le dije que pensará en el lugar en el que es más feliz, le pedí que lo empiece a describir, de qué tamaño y color es, a qué huele, hace frío o calor. María se quedó un rato en silencio y empezó a contar que se trata de un espacio en su casa, en la sala donde puede ver la calle, pero también puede vigilar qué pasa dentro. Enseguida le dije que empezara a pintar el lugar, tratando de reflejar lo que sentía estando en ese lugar, en esta oportunidad le pedí pintar con los dedos. María miró las pinturas y dudó un momento, me pidió pinceles

porque no quería ensuciar sus manos y tampoco la pintura. No me opuse a su solicitud y le pedí a su hija que le entregue los pinceles que están igualmente en el carrito. La hija se sentó a su lado para sostener las pinturas. Escuché que la paciente hablaba constantemente sobre este espacio, comentándole a su hija lo mucho que le gustaba ese tipo de actividades. Al cabo de un rato, María soltó los pinceles y empezó a pintar con los dedos, se concentró en lo que hacía y finalmente me dijo que ya había terminado. Le pedí que me mostrara su obra de arte y muestra unas plantas pintadas. Le pregunté qué significan para ella esas plantas y me dijo que son sus matas que dejó en casa y que le preocupan porque sabe que su hija y su nieta no las cuidan igual. Agregó que extraña mucho su casa, que allá se siente mejor que entre tanto médico y enfermera. Le pregunté sobre la actividad, cómo se sintió y respondió que le gustó mucho y que la hizo pensar en otras cosas y en querer recuperarse rápido para poder irse a su casa. Le propuse pegar la pintura en su cuarto para que no se olvide de sus plantas y para que así vaya decorando este espacio que ahora habita, ella aceptó y agradeció.

Tal como se ha mencionado, cuando los pacientes con delirium hipoactivo se encuentran mayormente orientados empiezan a surgir, en la mayoría de los casos, síntomas emocionales directamente relacionados por su condición médica. El caso de María fue uno de estos, pues entre mayor orientación presentaba, aparecieron síntomas ansiosos y en su discurso presentó ideas de minusvalía, por lo que, al objetivo de activación y reorientación, se le suma el de disminuir los síntomas ansiosos. Por lo tanto para las futuras intervenciones era necesario planificar actividades que permitiera trabajar esta nueva necesidad.

Diálogo con psicología:

Debido a los síntomas presentados por María en esta intervención, me contacté vía WhatsApp con la practicante de psicología y con la Psicóloga de planta para comentarles lo que había pasado y así ellas pudieran continuar con el proceso de disminución de los síntomas ansiosos.

Sesión 4: viernes 05 de junio del 2020

Pasaron dos días sin que fuera asignada nuevamente María, hasta que en esta sesión que fue presencial, me solicitaron la intervención. Como no se hizo revista solicite las notas de Psicología y Terapia Ocupacional del día anterior para saber qué fue lo último que se trabajó con la paciente y cómo respondió a esto en estas notas me di cuenta que la paciente seguía somnolienta y no respondía a las otras profesionales. Igualmente pude leer que María se encontraba más orientada pero que sus síntomas de ansiedad habían aumentado, por lo que planifiqué una actividad desde el lenguaje gráfico plástico para trabajar esta necesidad.

Para esta intervención preparé un dibujo de una flor impresa en una hoja junto con papel seda y pegante. Al ingresar en la habitación encontré a María despierta en el sillón, pero un poco somnolienta, la saludé y empecé a validar su estado de orientación con las preguntas ya establecidas y añadí algunas otras (cómo esta, sabe quién soy, quien la acompaña el día de hoy). Con sus respuestas pude validar que la paciente se encontraba orientada, pero su aspecto era un poco triste. Esta vez se encontraba acompañada por su nieta. Al tratar de validar el estado emocional de la paciente me refirió que se quiere ir, que está cansada y que extraña su casa. Trate de conversar un poco con ella para saber qué es lo que más extrañaba de su casa y me dice que ya está cansada de la clínica, de toda la gente que entra, que está aburrida y solo se quiere ir, le propongo realizar una actividad

para “pasar el rato” y no pensar que estaba en la clínica, al principio se niega, pero su nieta le insiste y dijo que está bien.

Le enseñé la imagen de la flor y me respondió inmediatamente que es una margarita y que le gustan mucho, empezó a contar que de esas flores existen de varios colores y que son muy “agradecidas” porque solo con un poquito de agua se mantienen bonitas; le dije que vamos a armar la flor, que con el papel seda que llevó vamos a realizar bolitas de diferentes tamaños para ir la rellenando, inmediatamente invitó a su nieta para que le ayude. Primero escogieron los colores de la flor y luego María decidió que también quería hacer el cielo de color azul; empezó a realizar la actividad en compañía de su nieta y entre ellas empezaron a hablar de diferentes flores, su nieta me incluyó en la conversación, hablamos sobre nuestras flores favoritas y sus colores. María preguntó si debe terminarlo rápido, le comenté que no, que tiene todo el día para realizar la actividad, me agradeció y se concentró en uno de los pétalos de la flor. Como no tenía disponibilidad de todo el día para estar con María, la dejó realizando la actividad psicomotora en compañía de su nieta.

El objetivo propuesto de activar a la paciente se había logrado, María aceptó hacer la actividad gráfico-plástica y se notó deseo de continuar a su ritmo con la misma. Esto se lo comenté a la practicante de psicología y ella aprovechó para ingresar a la habitación y en medio de la actividad conversar con María.

Esta fue la última intervención que realice con la paciente en este mes, pues al otro día María había egresado de la clínica por lo que no fue posible continuar con el seguimiento por parte del equipo interdisciplinario.

4.2. Mediación interdisciplinar

En este apartado analizaremos el proceso de la integración de los profesionales de recreación guiada, en la intervención que se hacía juntamente con el equipo interdisciplinar, en el proceso de mejoría y recuperación de los dos casos objeto de estudio. Con ello daremos respuesta al segundo de los objetivos específicos planteados.

Como lo hemos ido esbozando en el cuerpo del documento, cuando un paciente ingresa al Programa de Cuidados Integrados, la psicóloga aplica una caracterización psicosocial que consiste en una encuesta que se realiza al paciente para conocer su nivel académico, residencia, lugar de nacimiento, edad y estado civil, esta permite identificar a nivel social y económico el paciente. En una segunda parte de la caracterización se evalúa el estado mental, se identifica si presenta delirium, ansiedad, depresión, nivel de dependencia y sus redes de apoyo o condición familiar. Esta misma caracterización se realiza al momento del egreso del paciente, y consta de las siguientes escalas de medición:

CAM-4: Escala diagnóstica de delirio. Esta escala está conformada por cuatro preguntas que permite identificar si un paciente se encuentra bajo este diagnóstico.

PHQ-9: Es una medida de nueve ítems que evalúa la presencia de síntomas depresivos y se evalúa de acuerdo con la puntuación, se considera leve cuando el paciente obtiene una puntuación de 5-9, moderado 10-14 y severo 15-19.

GAD-7: Es un cuestionario para la detección y medición de la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada. Para evaluar o detectar el grado de ansiedad, en el Programa de Cuidados Integrados se tenía presente los siguientes puntos: de 0-4 no se considera ansiedad, de 5-9, síntomas leves, de 10-14 síntomas de ansiedad moderados, y de 15-21 ansiedad severa.

Apgar familiar: Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global

Calidad de vida WHOQOL- BREF: Instrumento que sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida.

Mini Zarit: Cuestionario que valida sobrecarga del cuidador

Índice de Barthel: Escala que mide el estado de discapacidad e independencia del paciente

Evolt: Escala de valoración del ocio y el tiempo libre en pacientes hospitalizados. Esta última escala fue una tarea asignada para el equipo de recreación donde debíamos buscar una escala para medir la recreación en los pacientes, esta Escala de Valoración del Ocio y Tiempo Libre, fue la que más se aproximó a lo que se pedía en el programa.

A continuación, mostraremos en dos cuadros, los indicadores que arrojaron cada uno de los casos que estamos analizando. Al lado izquierdo se marcan los resultados que se obtuvieron de la entrevista a la paciente durante su ingreso y al lado izquierdo el estado de Mariana durante el egreso del Programa de Cuidados Integrados. La caracterización psicosocial se realizaba como indicador para comparar los cambios en la salud mental del paciente durante todo el proceso terapéutico.

Caso 1: Paciente con trastorno ansioso depresivo: Mariana									
Estado en el que ingresa la paciente					Estado en el que egresa la paciente				
Delirium (CAM 4)	DEPRESIÓN PHQ9	ANSIEDAD GAD7	APGAR FAMILIAR	BARTHEL	Delirium (CAM 4)	DEPRESIÓN PHQ9	ANSIEDAD GAD7	APGAR FAMILIAR	BARTHEL
0 (sin delirium)	16 (severo)	10 (moderado)	28 (Normal)	100 Independiente	0 (sin delirium)	0 (Normal)	1 (Normal)	28 (Normal)	100 Independiente

Tabla 1. Escalas diagnósticas para pacientes psiquiátricos caso 1.

Tabla 1. Escalas diagnósticas para pacientes psiquiátricos caso 1.

Estado en el que ingresa la paciente de trastorno ansioso depresivo, caso 1:

En la tabla 1, podemos observar que en la *caracterización inicial* aplicada cuando la paciente ingresa al programa, el formulario (CAM 4) de Delirium está en cero debido a que en los resultados de la entrevista la paciente no presenta síntomas asociados a esta patología. En el (PHQ9), formulario de depresión, Mariana tuvo una puntuación de 16, presentando una depresión severa. En el (GAD7) obtuvo una puntuación de 10, siendo identificada con una ansiedad moderada. En cuanto al APGAR familiar su puntuación es de 28, siendo normal, y el BARTHEL con 100 puntos, siendo caracterizada como persona independiente, por ende, en las dos últimas escalas, no mostró ninguna afectación en sus redes de apoyo ni alteraciones físicas que le impidiera ser una persona independiente.

Después de que psicología aplicó la caracterización psicosocial, psiquiatría realizó su valoración en donde identificó trastorno ansioso depresivo y riesgo suicida en la paciente, siendo un posible caso para traslado a una clínica de salud mental.

Estado en el que egresa la paciente de trastorno ansioso depresivo, caso 1:

Después de todo el proceso terapéutico e interdisciplinar que se le realizó a la paciente fue dada de alta sin la necesidad de hacer traslado a una unidad de salud mental. De acuerdo con la tabla 1, la paciente egresa con una puntuación de 0 en el CAM4, 0 en el PHQ9, 1 en el GAD7, 28 en APGAR FAMILIAR y 100 en el BARTHEL, siendo una puntuación normal en cada una de las escalas aplicadas. Se evidencia mejoría significativa en el PHQ9 y GAD7, instrumentos de valoración de ansiedad y depresión que se encontraban alterados en el momento en el que la paciente ingresó al Programa.

Cabe aclarar que los pacientes que presentan algún trastorno psiquiátrico deben continuar en seguimiento farmacéutico y terapéutico ya que las enfermedades mentales son fluctuantes, es decir, el paciente puede presentar mejoras por una semana y volver a recaer a la siguiente, se requiere de constancia en el seguimiento interdisciplinar, por esta

razón, el egreso de la paciente no significa una mejoría total de su estado mental, por lo que ella quedó registrada en la planilla para seguimiento con citas de control de psiquiatría y asistencia al Grupo de Apoyo del Programa de Cuidados Integrados.

Al hacer el análisis de lo que se hizo en todo el proceso de recuperación de Mariana, pudimos observar que su mejoría fue resultado del acompañamiento integral que realizó cada disciplina que estuvo atendiendo a la paciente. Cada intervención fue pensada y estructurada de acuerdo con el seguimiento y los hallazgos que iba comentando tanto psicología como psiquiatría y trabajo social. Estas son las disciplinas más relevantes en el proceso terapéutico de un paciente con trastorno ansioso depresivo. Como complemento de este equipo interdisciplinar entramos nosotras desde la recreación guiada y pudimos ser parte de una intervención óptima, dirigida a la paciente.

Caso 2: Paciente con Delirium - Maria							
Estado en que ingresa la Paciente							
CAM-4	PHQ-9	GAD-7	Apgar Familiar	WHOQOL-BREF	Mini Zarit	BARTHEL	EVOLT
4 (posible delirium)	20 (Severo)	17 (Severo)	28 (Normal)	7 (Indeseada)	9 (Leve)	37 (Dependencia Severa)	12 (Existencia de algún problema)
Estado en que egresa la Paciente							
CAM-4	PHQ-9	GAD-7	Apgar Familiar	WHOQOL-BREF	Mini Zarit	BARTHEL	EVOLT
1 (No delirium)	9 (Leve)	10 (Moderado)	28 (Normal)	13 (Regular)	9 (Leve)	62 (Dependencia Moderada)	8 (Existencia de algún problema)

Tabla 2. Escalas diagnósticas para pacientes psiquiátricos caso 2.

En la tabla 2 podemos observar que la paciente presenta alteración en cinco de los ocho indicadores que arroja la escala de medición psiquiátrica, a la hora del ingreso al programa. En el formulario Cam-4 tenemos un resultado de 4 lo que significa que la paciente se encuentra en estado de delirium, luego de las evaluaciones por parte de psiquiatría se establece delirium hipoactivo; igualmente en el formulario PHQ-9 se obtiene un resultado de 20, de acuerdo con su puntuación en los resultados obtenemos un estado severo de depresión. En el formulario GAD-7 se obtiene un resultado de 1, de acuerdo con

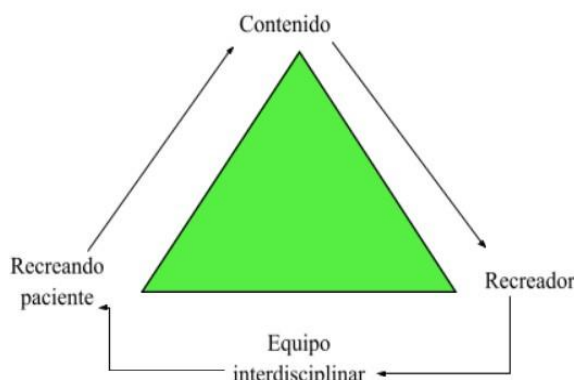
las puntuaciones de este formulario establece que el resultado es Severo. En el formulario Calidad de vida WHOQOL- BREF se obtiene un resultado de 7, según la puntuación, la paciente percibe de manera indeseada su calidad de vida. Por último en el Índice de Barthel la calificación es de 38, lo que en la puntuación evidencia que la paciente presenta un estado de dependencia severa.

4.2.1. Integración interdisciplinar:

Tal como lo hemos analizado a partir de los esquemas arriba mencionados, la recuperación de un paciente en estado psiquiátrico depende mucho del trabajo interdisciplinar. Para los casos que hemos venido analizando esa integración permitió que las pacientes regresaran a su vida normal. En el programa solo habían tenido una practicante en recreación en el 2018, por lo que nosotras éramos un apoyo novedoso en el área. Consideramos que nuestro aporte se orientó desde la metodología de intervención que trabajamos desde la recreación guiada.

En esta oportunidad nosotras aplicamos la metodología de manera individual y no colectiva, es decir las actividades recreativas se hacían dirigidas hacia una persona y no a un colectivo de personas. En este sentido, consideramos que la forma metodológica de intervención sufrió una variación, debido a que los casos trabajados en el programa de Cuidados Integrados requerían de una atención individual y no colectiva, y a su vez el profesional en recreación se convierte en una parte del engranaje que permitía la recuperación del paciente.

Si revisamos el triángulo interactivo que plantea Coll (1988) en un proceso de interacción en la escuela, ahora aplicado en un marco hospitalario en salud mental, podemos identificar que, en el proceso de interacción, interviene no solo el recreador sino también las otras disciplinas. Para explicar la idea anterior nos basamos en la gráfica que representa el triángulo interactivo de Coll, aplicado al trabajo en un centro hospitalario.

Figura 4.*Triángulo interactivo*

Nota. Apropriado del constructivismo en el aula. Cesar Coll, 2007.

La interpretación que nosotras hacemos es que ese triángulo interactivo es vigente en un proceso de mediación con pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica, pero de manera bidireccional, pues no podemos pensar únicamente en la intervención guiada desde la recreación o desde psicología, o desde trabajo social. En un espacio clínico psiquiátrico, la interactividad se da entre el recreador juntamente con el equipo interdisciplinar, que termina en el recreando, mediante una intervención cara a cara.

En este proceso de interactividad pudimos observar cómo las actividades propuestas desde recreación, para el primer caso (Mariana), producían un contenido emocional, cultural y social, la paciente expresaba todo lo que sentía, pensaba y lo que interpretaba de su mundo de forma simbólica en sus dibujos y de forma gestual por medio de la risa, la preocupación o el llanto, esto abrió la posibilidad de que psicología interviniera directamente las emociones y que trabajo social pudiera fortalecer la relación entre la madre y la paciente. Este aspecto integrador fue relevante para que Mariana lograra mejorar a nivel mental y emocional, como se puede observar en las escalas de medición. Mariana ingresó con una depresión (PHQ9) severa y un estado de ansiedad

(GAD7) moderado y egresó de la clínica con unas escalas normales, es decir, sin rasgos de alteración emocional ni el trastorno ansioso depresivo latente.

Desde recreación se identificaron como logros: expresión emocional, reconocimiento de habilidades y resignificación de experiencias y pensamientos que afectan negativamente a la paciente. La siguiente nota de psicología de cierre permite evidenciar las mejoras de Mariana:

Se observa en la paciente una mejoría en términos de inteligencia emocional, permitiéndole reconocer sus emociones y expresarlas de una manera adaptativa como lo es a través del arte. Mariana señala que la tristeza continua de vez en cuando apareciendo, pero ya no se presenta ideas de muerte ni ideación suicida; por el contrario, realiza planes a futuro como la creación de un blog que le permite narrar su experiencia y proceso para ayudar a otras personas que estén pasando por algo parecido. Como logro terapéutico, la paciente identifica la adquisición de herramientas que le permiten una mejor expresión emocional, además de mejorar su relación con su madre en términos de comunicación. (Nota psicología, 2020).

Este registro realizado por psicología permite evidenciar la huella que deja el trabajo mediado desde la recreación guiada en la paciente, ya que en su discurso afirmaba haber adquirido nuevas herramientas de expresión emocional, resaltando el papel del arte en este proceso, así mismo comentaba la mejoría en la comunicación con su madre, labor que realizó principalmente trabajo social y comentaba haber adquirido herramientas para adaptarse y hacer frente a diversas situaciones, lo cual fue acentuado por psicología a partir de las actividades propuestas por recreación.

Por lo tanto, el acompañamiento que recibió Mariana por parte del equipo interdisciplinar, le permitió hacer una transformación tanto a nivel interno como externo,

durante todo el proceso de acompañamiento e intervención. La paciente poco a poco fue resignificando sus ideas, pensamientos y emociones, por ende, se logra observar y demostrar los aprendizajes que obtuvo durante todo su proceso. Vygotsky (1999), nos permite argumentar este planteamiento cuando afirma que:

Nuestro cerebro y nuestros nervios, que poseen una enorme plasticidad, transforman con facilidad su finísima estructura bajo la influencia de diversas excitaciones y conservan la huella de esas transformaciones si estas excitaciones son lo suficientemente fuertes o si se han repetido con la frecuencia necesaria. En el cerebro sucede algo semejante a lo que ocurre con una hoja de papel cuando se dobla por la mitad, en el lugar del doblez que da una marca como resultado de la transformación realizada y la propensión a la repetición de esta transformación en el futuro. Basta solo con soplar este papel para que se doble por el mismo lugar en que quedó la huella (P.3)

Estos cambios a nivel cognitivo, creativo y social en casos de pacientes psiquiátricos, solo se logra mediante un acompañamiento integral, y con intervenciones cara a cara que sean significativas para el paciente, que permitan movilizar y transformar el estado en el que ingresa a la clínica. En el caso del trastorno ansioso depresivo, hay una distorsión de la realidad permeada por los pensamientos y las emociones internas del paciente, por ende, es importante lograr que estas ideas se reconstruyan y se vuelvan a conectar con la realidad.

Por otro lado, la interactividad en el segundo caso (María), se observa cuando las actividades que se llevaron a la intervención permitieron estimular aspectos cognitivos que habían disminuido en la paciente, como su memoria, pensamiento y lenguaje.

En cuanto al proceso de mediación interdisciplinar, a diferencia del caso anterior, era menos activo, esto debido a que a la patología delirium se le presta menos atención en el programa, puesto que el paciente está en un estado somnoliento y desconectado de la

realidad, por lo que el equipo de psicología tiende a tomar distancia del caso. Solo hasta que el paciente entra en un estado de alerta, es cuando se puede identificar nuevas necesidades y se entra a un trabajo más intensivo.

En este caso, la interdisciplinariedad se centra en terapia ocupacional y recreación. Con esta profesional manteníamos una constante comunicación para conocer el estado de la paciente, así como sus avances, las temáticas trabajadas y la respuesta de la misma a las actividades planteadas. El resultado de este trabajo integrado se puede evidenciar en la escala de CAM-4 explicado en el apartado anterior. María ingresa al programa con una valoración que la identifica como paciente con delirium, al comparar la caracterización de cierre, se evidencia que no queda muestra de sintomatología de delirium, y hay disminución en sus síntomas emocionales. La siguiente nota de psicología, donde se consignan las escalas de primera vez y cierre, permite evidenciar las mejoras de la paciente del segundo caso:

A través de las diferentes intervenciones los síntomas confusionales de María lograron resolverse permitiéndole estar mejor orientada, mejorar su patrón de sueño, ser más coherente y relacionarse mejor con el medio. Adicionalmente sus síntomas ansiosos se redujeron de manera significativa y su funcionalidad incrementó. Su hija señala que como aprendizaje y logros se lleva herramientas que le permiten ayudar al manejo de la ansiedad de su madre para tratarla en casa. Se brindan recomendaciones de egreso haciendo énfasis en las medidas no farmacológicas para el manejo del delirium y para el manejo de la ansiedad...”. (Nota Psicología, 2020).

Al hacer el análisis de los resultados obtenidos, pudimos evidenciar que la recreación guiada aportó formas diferentes de abordar un paciente psiquiátrico. Las

actividades que se emplearon por medio de los lenguajes lúdico-creativos permitieron que las pacientes expresaran de forma libre, creativa y simbólica, todo aquello que estaban sintiendo y que no habían podido expresar de forma verbal. Por ejemplo, en el primer caso (Mariana) recordó una vivencia pasada a través de una canción que le hizo reconocer que ella tenía habilidades para las artes; escuchar la canción y dibujar la ayudaron en ese proceso de reconocimiento, algo que ella anteriormente no había abordado verbalmente con ninguna otra disciplina. En el segundo caso (María), se refuerza su gusto por las manualidades, lo que permitió que la paciente se interesara por las actividades planteadas y así llegar al objetivo de mantenerla despierta y alerta.

Es importante resaltar que muchas veces los pacientes no se dan cuenta de lo que comunican en la actividad, ahí radica el valor que tiene el lenguaje lúdico creativo, que va con una intencionalidad, pero que surge de forma natural, luego con ayuda de las psicólogas las pacientes lograban encontrar un sentido y significado a lo que estaban sintiendo. Mariana en la sesión 3, con la actividad *mis frustraciones*, se desbordó en llanto sin entender el porqué del mismo, entra psicología haciendo contención emocional y allí Mariana reconoce las dificultades en la comunicación con su madre. Hasta el momento de la actividad recreativa ella no sabía cómo expresarle a su mamá todo lo que estaba sintiendo. En el segundo caso (María) recordó en una de las intervenciones, aquel espacio de su hogar donde se sentía en calma y lo pudo representar en una pintura, resignificando el espacio hospitalario, haciéndolo más ameno para su proceso de recuperación.

4.3. Interacción entre los profesionales de recreación y el equipo interdisciplinar

Como lo hemos venido esbozando a través de nuestras reflexiones y análisis, para un contexto clínico psiquiátrico el trabajo interdisciplinario es muy importante, por ende, se deben dar unas relaciones armónicas y constructivas en todo el proceso de recuperación de los pacientes. Por lo anterior, haremos un análisis de las relaciones que se dieron entre

nosotras como profesionales en recreación y el equipo interdisciplinar, en el transcurso de nuestra práctica universitaria. Este análisis es netamente subjetivo y dará respuesta al tercer objetivo específico planteado.

El proceso de interacción con el equipo interdisciplinar fue fundamental para la construcción de los contenidos temáticos trabajados en cada intervención, ya que era importante, tanto para nosotras como para el equipo de trabajo, conocer lo que surgía en las intervenciones de forma individual. Cada disciplina lograba percibir y analizar elementos claves para el proceso terapéutico integral, desde sus conocimientos teóricos y prácticos. Estos hallazgos se comunicaban en todo el equipo porque eran datos relevantes que influían en la estructuración de la intervención cara a cara.

En este sentido, es importante destacar que los acercamientos individuales, se fueron construyendo día a día, ya que el contexto socio institucional clínico era cambiante. Tanto las labores que se realizaban como el estado del paciente fluctuaban constantemente, por ende, no existía un seguimiento lineal que permitiera construir toda una metodología de intervención por un tiempo establecido. En este escenario era necesaria una comunicación constante para que cada disciplina pudiera enterarse de los datos recogidos, las percepciones, los hallazgos o retrocesos de los pacientes.

Por otro lado, los conocimientos, las herramientas, las experiencias, las técnicas y el enfoque de cada disciplina eran distinta, de ahí la necesidad de un seguimiento integral en busca de intervenir todas las esferas del paciente: lo social, familiar, su estado mental, emocional, físico u orgánico. Aunque cada disciplina se enfocara en un aspecto del paciente, no se podía intervenir de forma fragmentada a un individuo ya que cada esfera se relaciona entre sí. Ahora bien, la interacción se fue construyendo en el transcurso de la práctica profesional, por lo que narraremos un poco de este proceso.

4.3.1 El inicio de la práctica:

Como todo inicio, no es sencillo, llegamos al espacio con las expectativas altas, aun sabiendo que debíamos ganarnos ese lugar; aunque contábamos con una compañera de recreación ya vinculada al programa, debíamos darnos a conocer y demostrar nuestros conocimientos puestos en prácticas en un campo nuevo para la recreación, ya que habíamos pasado por un proceso riguroso de selección y nos sentíamos con el compromiso de no fallar.

Cuando entramos a campo como practicantes de Recreación de la Universidad del Valle, notamos que había otras practicantes: cuatro psicólogas de la Universidad Javeriana y una de la Universidad Icesi. Por la diferencia de carreras y universidades, solo nos unía la práctica y el interés en poner en función nuestros conocimientos, tratando de aprender todo lo posible del espacio de práctica. Sin embargo, sentimos estigmatización por llegar de una carrera no conocida para ellas. Constantemente debíamos recordarle al equipo que nosotras no éramos practicantes de psicología, así el uniforme no ayudará, por tanto, debíamos explicar al equipo en qué consistía nuestro trabajo como recreadoras.

También nos sentíamos algo incómodas al trabajar con estudiantes de universidades con un prestigio social y económico bastante elevado, por lo que al principio éramos cada grupo por aparte, pensando las intervenciones desde cada disciplina, sin preguntar al otro profesional qué pensaba o que se le ocurría, tratando de cumplir el objetivo planteado para cada paciente. Cómo no era claro nuestro rol, la jefe del equipo tuvo que hacer una reunión para aclarar el porqué de nuestra presencia en el espacio. Esto será ampliado más adelante en el punto 4 que corresponde al objetivo específico 4.

4.3.2. Ya sabiendo nuestro rol como recreadoras:

Después de que la jefe explicó nuestro rol dentro del programa, hubo mayor control en la asignación de los pacientes y empezaron las intervenciones interdisciplinarias; sin embargo, debido a la patología de los pacientes se recomendó que

trabajáramos en conjunto. Algunas de las practicantes reconocían nuestro rol e ingresaban con nosotras, dejándonos trabajar sin ellas intervenir, solo observaban nuestras actividades con el paciente y tomaban notas para desarrollar sus intervenciones. Mientras que otras practicantes seguían pensando que nosotras debíamos realizar todo el proceso con el paciente, al finalizar la sesión nos reunimos, ellas indagaban sobre nuestra percepción de lo sucedido y construían sus notas a partir de nuestras percepciones.

La jefe del programa detectó que algunas notas de las practicantes de psicología eran resultado de las intervenciones de recreación y que no había trabajo por parte de psicología, debido a esto tomó la decisión de que cada profesional entrara a hacer su actividad. A partir de esta instrucción se vio la necesidad de conversar entre las practicantes para conocer las actividades que iban a llevar al paciente para no saturarlo. Algunas de las practicantes propusieron reuniones de acercamiento, pero otras no hicieron este proceso y nos tocaba buscarlas para saber qué había hecho con el paciente.

A este nivel teníamos suficiente conocimiento en las patologías y seguridad para comentar lo que habíamos observado en el paciente en el momento de la intervención. Fuimos notando que cada vez las practicantes y las mismas psicólogas de planta, nos pedían información sobre cómo veíamos a los pacientes después de intervenirlos. Incluso lograron identificar el potencial de cada una de nosotras para la asignación de pacientes con determinada patología. A Dayana generalmente le entregaban los pacientes con Ansiedad y Depresión ya que su forma de ser más calmada y serena hacían que el paciente pudiera encontrar ese punto de calma. A Narly le encargaron los pacientes con delirium, su forma de ser más eufórica ayudaba con el objetivo de activar y orientar. Esto no solo nos ayudó a tener mayor confianza en nosotras, sino que el equipo nos empezó a buscar para planificar y ejecutar las intervenciones, pues veían que los pacientes respondían de mejor manera a nuestros acercamientos que a los de ellas.

Después de este proceso analizamos que efectivamente la cesión y traspaso de la responsabilidad sobre la tarea en el contexto hospitalario, se da entre los equipos interdisciplinarios, pues son los profesionales los que empiezan a apropiarse de las herramientas de la recreación guiada, este es uno de los primeros mecanismos de influencia educativa propuestos por Coll (1992) y ya mencionados en el apartado (2.1.1) del marco teórico, esto quiere decir que, conforme íbamos desarrollando las intervenciones y planeándolas en conjunto con el equipo de trabajo, ellos empezaron paulatinamente a aplicar algunas de las técnicas propuestas por nosotras desde recreación, sin necesidad de consultarnos.

Fue ahí, cuando notamos el segundo mecanismo de influencia educativa en el equipo, es decir, la construcción progresiva de sistemas de significados compartidos, ya que durante el proceso de interacción entre nosotras como recreadoras y el grupo interdisciplinar se fueron construyendo nuevos aprendizajes, las otras disciplinas aprendieron nuestras técnicas y nosotras entendíamos cómo actuar sin interferir directamente, cuando surgían casos de crisis, agresividad, hostilidad, desbordó en llanto, etc.

Ahora bien, el proceso de interacción no siempre se podía llevar a cabo de forma presencial por cuestiones institucionales (cantidad de pacientes de cada disciplina, casos que llegaban a urgencias y requieren una intervención inmediata, pacientes que requerían más tiempo en la intervención, entre otros), por ende, era difícil en ocasiones cuadrar horarios y reunirnos todo el equipo, por ello, la interacción se dio tanto de forma directa en las revistas como indirecta por medio del historial médico o WhatsApp, y en algunas ocasiones de manera informal en espacios de diálogo que surgían en el pasillo, durante el almuerzo o mientras planeábamos las intervenciones. Aun así, consideramos que esto no fue un limitante para el proceso de intervención del paciente porque de igual forma todo el

equipo interdisciplinar buscaba el medio para conocer la experiencia que tuvo cada disciplina en la intervención directa con el paciente.

Finalmente, consideramos que este proceso de interacción nos permitió retroalimentarnos entre nosotros mismos, hacernos sugerencias frente a las intervenciones, brindarnos estrategias para establecer rapport con el paciente, y transmitir técnicas de intervención, situación que permitió un proceso de aprendizaje entre las disciplinas, esto lo pudimos evidenciar cuándo psicología y terapia ocupacional empezaron a emplear algunas de las técnicas que nosotras desarrollamos desde la recreación guiada con los pacientes o nos solicitaban ayuda para estructurar una intervención.

4.4. Reconocimiento de la recreación en el área de salud mental por parte del equipo interdisciplinar.

Retomando el inicio de nuestra práctica, en ese momento nos empezamos a cuestionar nuestro rol en el equipo interdisciplinario ya que nos empezaron a asignar pacientes que no encajaban dentro de la descripción de las patologías psiquiátricas tratadas por parte del programa de Cuidados Integrados. Una de las situaciones que más nos llamó la atención fue una semana en la que tuvimos muchos pacientes que presentaban alteraciones emocionales y se les realizaba un seguimiento preventivo, esto según la recreadora de planta quien llevaba tiempo en el espacio, le pareció algo extraño, no solo por la cantidad de pacientes sino porque al llegar a sus habitaciones no se les notaba ninguna necesidad para responder por parte de recreación. Esta situación llegó a oídos de la jefe del programa y solicitó una pequeña reunión con el equipo para saber cómo psicología estaban clasificando estos pacientes.

La jefe preguntó qué les hacía pensar que un paciente necesitaba atención por parte de recreación, a lo que las practicantes de psicología respondieron: “si lo vemos aburrido, si lleva mucho tiempo en la clínica o sobre todo si dice que no tiene nada qué

hacer”. La jefe respondió que nosotras no éramos parte del equipo para entretener a los pacientes, sino que nosotros generamos terapia recreativa, le explicó al equipo que para solicitar intervención por recreación era porque por parte de psicología no podían generar un rapport con los pacientes, así que nosotras debíamos ayudar en ello.

Marzo,2020.

Por lo anterior, nos interesamos en conocer la percepción de los profesionales que hacían parte del equipo interdisciplinar, ya que este era clave en el proceso de mediación en pacientes psiquiátricos. Como ya hicimos mención en el apartado anterior, el equipo hacía parte del proceso de recuperación del paciente, siendo la interacción entre el grupo de trabajo un factor determinante en la mejoría de los pacientes, en específico, de los dos casos analizados en el presente trabajo de grado.

Para identificar la percepción del equipo interdisciplinar aplicamos una encuesta cuando iniciamos nuestra práctica en diciembre 2019, el cuestionario fue dirigido a los psicólogos profesionales y practicantes, la terapeuta ocupacional, la jefe de enfermería, la coordinadora del programa, las psiquiatras, la recreadora y al fisioterapeuta, en donde se les presentó las siguientes preguntas:

1. ¿Sabe usted qué es Recreación?
2. ¿Cree usted qué Recreación y Recreacionismo son lo mismo?
3. ¿Sabía usted que el centro médico Imbanaco cuenta con profesionales en Recreación? ¿En qué áreas?
4. ¿Sabe usted si la Recreación genera beneficios en los pacientes? ¿cuales?
5. ¿Ha estado presente durante alguna intervención de Recreación?
6. ¿Qué tipo de actividades cree que realiza un profesional en Recreación en el Centro Médico Imbanaco?

La información suministrada por parte de los profesionales, en las respuestas dadas a la encuesta, se evidenciaba un reconocimiento del profesional en recreación en el campo clínico y su beneficio en los pacientes, no obstante, su percepción sobre el rol de la recreación se reducía al activismo, consideraban que las actividades que realizábamos constaban de ocupación y entretenimiento, que si bien, son importantes para resignificar la estancia hospitalaria, no producen un cambio a nivel interno o externo en el paciente, por lo que se les dificultó diferenciar la recreación del recreacionismo. De la misma manera, no identificaban diferencias entre las intervenciones a un paciente con alguna patología orgánica, a un paciente con un trastorno mental. A este respecto, es importante hacer hincapié en que el Programa de Cuidados Integrados llevaba poco tiempo en funcionamiento, por lo que las intervenciones que conocía el equipo interdisciplinar de los profesionales en recreación iban dirigida a colaboradores, pacientes oncológicos, adultos mayores, pacientes pediátricos, etc.; no tenían mucho conocimiento sobre las intervenciones dirigidas a pacientes psiquiátricos.

Al finalizar nuestra intervención decidimos hacer una nueva encuesta, esta vez más acotada y dirigida únicamente a los profesionales que estuvieron con nosotras en el proceso de recuperación del paciente; siete psicólogas, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. Cabe mencionar que no tuvimos la fortuna de contar con las respuestas de la médica psiquiátrica, nos interesaba conocer también su percepción, aunque en varias oportunidades felicitó nuestro desempeño como profesionales en recreación.

En los resultados de esta segunda encuesta identificamos varios aspectos que son claves en el proceso de análisis del presente trabajo de grado y que iremos evidenciando en las respuestas dadas por las entrevistadas. En la primera pregunta ***¿Reconoce usted el papel terapéutico de la Recreación guiada en el contexto de la salud mental?*** Las nueve

profesionales reconocen que la recreación tiene un papel terapéutico poco explorado en el área de salud mental.

Por otro lado, reconocen y afirman que la recreación fue nutritiva para cada una de las disciplinas en tanto les brindó y aportó conocimiento de técnicas y herramientas lúdicas y creativas que se pueden desarrollar en las intervenciones, actividades que más que entretener al paciente, permiten generar confianza con el paciente, favorecer la expresión emocional, resignificar ideas o pensamientos distorsionados de la realidad o que están afectando su estado emocional, actividades que les ayudaban a brindar pautas de autocuidado o psico educar sobre la patología al paciente.

Cuando indagamos sobre los procesos en donde ellas notaban el papel terapéutico de la recreación, las profesionales identificaron que había logros en lo cognitivo, lo emocional y lo comunicacional. En **lo cognitivo** las nueve profesionales entrevistadas coinciden en que los pacientes que estuvieron intervenidos por nosotras, tuvieron respuesta más clara y lograron resignificar experiencias o pensamientos. En **lo emocional** siete profesionales advierten que los pacientes mostraron mejor autorregulación, mayor modulación y expresión emocional. En **lo comunicacional** cuatro de las profesionales entrevistadas plantean que se observó mejor actitud por parte del paciente para comunicar de forma verbal lo que estaba sintiendo.

En la tercera pregunta ***¿Considera usted que la recreación guiada aporta elementos importantes en el equipo interdisciplinario? ¿Cuáles serían esos aportes?*** Las profesionales dieron respuestas que consideramos de suma importancia para nuestro trabajo investigativo, por lo que las traemos textualmente.

Entrevistada 1: *Expresión emocional, distracción del pensamiento de una manera objetivamente terapéutica, reducción de niveles de ansiedad a través de las estrategias*

lúdicas, rapport y apertura a vínculos emocionales con el recreador facilitando expresión emocional.

Entrevistada 2: *Permite favorecer los espacios creativos y lúdicos para los pacientes que puedan ayudar al desarrollo o reconocimiento de destrezas cognitivas o emocionales. También aporta al equipo la elaboración e implementación de instrumentos o herramientas que se puedan usar de forma interdisciplinar en pro del bienestar del paciente.*

Entrevistada 3: *Permite un nuevo acercamiento al paciente y avances más significativos en el proceso.*

Entrevistada 4: *Considero que aporta elementos al equipo a través de mostrarnos diferentes técnicas y herramientas que podemos utilizar en intervención. A los pacientes les permite resignificar su estancia hospitalaria y también mejorar su bienestar emocional.*

Entrevistada 5: *Nos brinda un panorama de sus actividades diarias y de la atención cognitiva.*

Entrevistada 6: *Contribuye con la parte artística al brindar herramientas no farmacológicas y de comunicación que ayudan a la comprensión de la patología psiquiátrica o inestabilidad emocional que afecta al o los pacientes y/o acudientes durante la hospitalización.*

Entrevistada 7: *El aporte está en la creación de valor que le dan al ser humano como miembro de la comunidad, ocupando el tiempo libre con actividades creadoras que motivan su enriquecimiento profesional, artístico cultural, deportivo y social.*

Entrevistada 8: *La recreación aporta desde diferentes estrategias que tienen en cuenta el contexto sociocultural del paciente y sus intereses, para favorecer su adaptación*

al medio hospitalario, modulación de síntomas afectivos y aceptación de los procesos de enfermedad.

Entrevistada 9: *Considero que la recreación guiada aporta de manera suficiente y positiva en los entornos hospitalarios, más aún, en salud mental.*

-Reconozco algunos aportes como las diferentes técnicas que utilizan para favorecer el proceso de recuperación del paciente.

-La capacidad de llevar procesos recreativos con el personal de salud y pacientes

- El dinamismo que brinda en las intervenciones a través del recurso didáctico y el juego

Cuando les preguntamos **¿Realizó usted intervenciones conjuntas con alguna de las practicantes de recreación? Si su respuesta es "si" por favor narre lo que hizo con el paciente.** Cinco de las nueve profesionales lograron hacer intervenciones conjuntas con nosotras y ellas narraron su experiencia que a continuación transcribimos:

Entrevistada 1: *Estimulación cognitiva a pacientes con delirium y dactilopintura.*

Entrevistada 2: *Junto con Dayana intervenimos a un paciente con depresión buscando la expresión emocional y el favorecimiento del duelo. Dayana empleó técnicas como la cartografía corporal que brindó elementos claves para mi intervención como psicóloga y le permitió al paciente plasmar e identificar sus emociones.*

Entrevistada 3: *Acompañamos un proceso de duelo y realizamos una actividad de escucha y escritura de las emociones y sentimientos.*

Entrevistada 4: *Desarrollar y facilitar herramientas para el reconocimiento y expresión de emociones de manera lúdica e interactiva, así como, brindar estrategias de afrontamiento frente a su principio de realidad.*

Entrevistada 5: *Estimulación sensorial, actividades gratificantes y motivadoras al paciente que integrará temáticas psicológicas como el autoconocimiento y autotransformación.*

La mediación interdisciplinar les permitió a las otras disciplinar, en primer lugar, conocer nuevas técnicas de intervención, y en segundo lugar, identificar el beneficio de las intervenciones en conjunto con una profesional en recreación, ya que reconocen que las actividades guiadas desde la recreación, les ayudaba a ahondar sobre lo que estaba afectando al paciente y realizar una intervención psicológica.

En la pregunta: ***¿Para usted, ¿qué significó y aportó el trabajo conjunto con una profesional en recreación, en el proceso de atención a un paciente con comorbilidad psiquiátrica?*** Las cinco profesionales, que estuvieron con nosotras en el proceso interdisciplinar, respondieron lo siguiente:

Entrevistada 1: *Significó una nueva forma de hacer terapia, nuevas herramientas para trabajar con el paciente.*

Entrevistada 2: *Aportó estrategias y técnicas de intervención, además de favorecer una mirada integral del paciente teniendo en cuenta diferentes dimensiones de su vida como el ocio y motivación.*

Entrevistada 3: *La recreación asistida en estas patologías es muy importante, ya que les ayuda a los pacientes, en la orientación, estimulación y ocupación del tiempo.*

Entrevistada 4: *Reconocer la necesidad de explorar el campo de la salud mental de manera lúdica y artística lo cual, facilita la interacción y comprensión de cada persona y su entorno, incrementando la motivación, confianza, creatividad y compromiso para con su estabilidad emocional.*

Entrevistada 5: *Significó un gran aporte conceptual y práctico desde su disciplina para la atención del paciente, para dar respuesta a las necesidades socioemocionales que*

se presentaban y a la creación de estrategias de motivación para las rutas de intervención.

Con estas respuestas podemos observar que para el equipo interdisciplinar fue importante el aporte de nosotras como profesionales en recreación en el trabajo en equipo. Este es uno de los aspectos que más hemos resaltado en el trabajo de grado, ya que reconocemos el potencial de la recreación, pero también el de las otras disciplinas, puesto que los pacientes psiquiátricos se encuentran en un estado que afecta todas las esferas de su vida, no solo tiene que lidiar con su enfermedad orgánica, sino también con su enfermedad mental y con lo que significa socialmente padecer un trastorno psiquiátrico, por ello, el acercamiento a estos pacientes debe ser integral, la interactividad y los medios de comunicación entre el equipo de trabajo son indispensables para que un paciente pueda presentar mejoras, tal y como se evidencio en los dos casos de análisis expuestos anteriormente.

5. Conclusiones

Teniendo en cuenta los objetivos presentados en el presente trabajo de grado, y de acuerdo con los resultados y hallazgos analizados, concluimos que:

Pudimos reconocer el aporte de la recreación guiada y nuestro desempeño como profesionales en recreación al integrarnos en un proceso de mediación interdisciplinar con pacientes que presentan comorbilidad psiquiátrica. Por tanto, en el

cuerpo del documento logramos evidenciar que las actividades recreativas propuestas por nosotros al equipo interdisciplinar, coadyuvaron a la mejoría de los pacientes cuyos casos analizamos, ya que se puso en evidencia las tres dimensiones de la recreación, en tanto se identificaron cambios a nivel interno en las pacientes al resignificar su idea frente a la enfermedad y al adquirir nuevos aprendizajes en el proceso de intervención, así mismo, surgieron cambios externos evidenciados en sus conductas, mayor participación en las actividades, cambios de hábitos, y retorno de actividades sociales que habían dejado de realizar por su estado mental.

Se evidencio aportes significativos a la metodología de intervención mediante la recreación guiada, ya que los acercamientos con las pacientes se dieron de forma individual y la estructura de la actividad recreativa se planeó junto con el equipo de trabajo. Esta nueva manera de intervenir nos hizo replantear y observar que el triángulo interactivo que propone Coll (1998) en la escuela tiene validez en un contexto clínico, pues en las intervenciones nos solo estaba el recreador (en palabras de Mesa y profesor en palabras de Coll), sino también el equipo interdisciplinar en el proceso de comprensión de: contenidos, recreador, equipo interdisciplinar y recreando.

Durante el proceso de interacción con las otras disciplinas, en la estructuración de las intervenciones, el equipo fue evidenciando los beneficios de los lenguajes lúdico- creativos que nosotras empleábamos, por lo que fueron apropiándose paulatinamente hasta que las integraron y las cristalizaron durante el desarrollo de sus intervenciones.

En el trato que nos dieron posteriormente y en las respuestas dadas en la entrevista final, pudimos identificar un cambio significativo por parte del equipo interdisciplinar, en la percepción del rol del profesional en recreación en el área de salud mental.

Pudimos apropiarnos conceptos que recibimos en la carrera, los pusimos en práctica de manera eficiente, y vimos los resultados en cada una de las intervenciones de manera que nos hacían, saber que los aprendizajes se dieron. Esto no es solo una percepción nuestra, se ha evidenciado en todo el análisis del presente estudio, en los testimonios recogidos entre el equipo interdisciplinar. Estamos convencidas que pudimos propiciar la continuidad del espacio de práctica en este contexto.

Con toda la experiencia obtenida durante el desarrollo de la práctica profesional pudimos pasar de ser quienes esperábamos para planificar a una intervención a ser quienes lideraban la organización de estas. Pudimos observar cómo poco a poco el equipo no solo reconoció nuestro trabajo, sino que también le generaba más confianza todo lo que hacíamos, hasta llegar al punto de pedir nuestra ayuda en la planeación y ejecución de sus intervenciones.

5.1. CONCLUSIONES PERSONALES

Desde mi experiencia personal, yo, Dayana Portilla, me di cuenta de que la recreación tiene un gran potencial en cualquier área que se desempeñe por su carácter interdisciplinar. No obstante, aún tiene mucho camino por recorrer, por lo menos el área de la salud mental es un campo poco abordado, sin embargo, esto fue lo que hizo más interesante la práctica profesional ya que tuvimos que demostrar el rol del profesional en recreación con pacientes psiquiátricos, comprobando que nuestra carrera no solo entretiene al paciente o resignifica su estancia hospitalaria, también posibilita que el paciente se movilice a nivel interno y externo.

Por otro lado, el trabajo en equipo fue resultado de mucho análisis y aprendizaje, ya que logré interactuar con otras disciplinas, entender el rol de cada una de ellas incluido el de la recreación y la importancia de la integración de todo el equipo. En definitiva, la práctica me ayudó a conocer más mi carrera, a reconocermi a mí como profesional en recreación y a poner en práctica todo lo aprendido a nivel teórico.

Desde mi experiencia, Narly Rodríguez, pude reconocer el gran valor de la recreación en el área hospitalaria y lo limitado que la clínica Imbanaco lo tiene, igualmente pude, junto con mi compañera, demostrar el rol del recreador, tarea difícil pero satisfactoria. También pude observar cómo diversas disciplinas nos dieron su confianza, lo cual no solo posibilitó crear lazos de amistad, sino mantener el espacio de práctica para los próximos estudiantes del programa.

Igualmente pude poner en práctica los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la carrera, dando cuenta que el conocimiento teórico que la carrera imparte en cuanto a la salud es muy limitado y nos hace llegar con pocas herramientas conceptuales a estos espacios. Me gustaría continuar mis estudios de postgrado en

psicología y poder aportar al programa para fortalecer este campo que es, de alguna manera, nuevo en nuestro país.

Referencias

- American Psychiatric association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial médica panamericana.
- Bruner, J (1983). *Juego, pensamiento y lenguaje*. Preschool Playgroups Association of Great Britain.
- Brunner, J (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Alianza editorial
- Coll,C., Martín,E.,Mauri, T.,Miras,M.,Onrubia,J.,Solé,I.,Zabala,A. (2007). *El constructivismo en el aula*. Editorial Graó.
- Coll,C(1988). *Significado y sentido en el aprendizaje escolar. Reflexiones en torno al concepto de aprendizaje significativo*. Universidad de Barcelona.
- Coll, C., Colomina, R., Onrubia, J., Rochera, M (1992). *Actividad conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa*. Universidad de Barcelona.
- Educación, Innovación, Desarrollo y Lengua Escrita. (noviembre de 2017). La teoría del aprendizaje y el desarrollo de Lev Vygotski. <https://blog.uclm.es/beatrizmartin/la-teoria-del-aprendizaje-y-el-desarrollo-de-levvygotski/>
- Fernández, A., Vílchez, L. (2015). *Alteración emocional en atención primaria y urgencias pediátricas. ¿Se enfadan los padres durante la atención pediátrica?* Revista Latinoamericana de Psicología, 47 205-212.
- Guber, R. (2001). *Observación Participante. La Etnografía, Método, Campo y Reflexividad* (PP.55-100). Grupo Editorial Norma.
- Khan, R, Kahn, D. y Bourgeois, J. *Delirium: tamizando la confusión*. (2009). Curr Psychiatry Rep 11, 226-234
- Lopez, M. (2011). *Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. En Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.: 6. Páginas 183-191. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.
- Murillo. M. (1995). *La metodología lúdico-creativa: una alternativa de educación no formal*. Congreso de Cartagena de Indias.

- Mesa, G. (2004). *La recreación “dirigida”: ¿mediación semiótica y práctica pedagógica? -Una pregunta para el debate*. Universidad del Valle
- Mesa, G. (2008). *La recreación dirigida como práctica pedagógica*. Universidad del Valle.
- Mesa, G., & Manzano, H. (2009). *La Recreación Dirigida: Un laboratorio pedagógico para la contemplación activa y creativa de la televisión*. Comisión Nacional de Televisión y Universidad del Valle.
- Ndeti, D, Khasakhala, L., Kuria, M., Mutiso, V., Ongecha, F., Kokonya, D. (2009) *The prevalence of mental disorders in adults in different level general medical facilities in Kenya: a cross-sectional study*. Annals of General Psychiatry, 1-8.
- Oaklander, V. (2001). *Ventana a nuestros niños*. Editorial Cuatro Vientos.
- Piaget, J. (1991). El juego. *La formación del símbolo en el niño. Imitación juego y sueño, imagen y representación* (PP. 147-199). Fondo de Cultura Económica.
- Reyes, A. (S.F). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.
- Soriano, E. (08 de mayo de 2019). *Tipos de arteterapia*. Red Social Educativa.
- Shank, J. (2000). Ocio y Salud Mental: El papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica en Susana. Gorbeña (Ed.), Ocio y Salud Mental, Vol. 14.). Universidad de Deusto.
- Vigotsky, L. (1999). *Imaginación y creación en la edad infantil*. Editorial pueblo y educación.
- Villegas (S.F). Relaciones en la adolescencia. Recuperado de:
- Wertsch, J (1988). *Mente y sociedad. Vigotsky y la formación social de la mente*. Paidós
- Winnicott, D. (1991). *Realidad y juego*. Gedisa editorial
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas