

El aporte de la recreación dirigida a las personas con enfermedades crónicas no transmisibles del programa de salud de Cosmitet – IPS ferrocarriles y Puertos de Colombia de Cali

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al
Título de Profesional en Recreación

María Fernanda García Trochez

Universidad del Valle
Instituto de Educación y Pedagogía
Programa Académico de Recreación
Santiago de Cali
2017

**El aporte de la recreación dirigida a las personas con enfermedades crónicas no
transmisibles del programa de salud de Cosmitet – IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia
de Cali**

María Fernanda García Trochez

Directora de trabajo de grado
María del Socorro Londoño Ortega

Universidad del Valle
Instituto de Educación y Pedagogía
Programa Académico de Recreación
Santiago de Cali
2017

Agradecimientos

A quienes apoyaron mi proceso educativo...

A mi familia.

Especialmente a mi abuelita, mi madre y mis hermanos por su amor
y la confianza que han depositado en mí.

A mis profesores y profesoras por las enseñanzas y aprendizajes compartidos.

A mis amigos de aquí y de allá,
por la solidaridad, la alegría y la compañía.

A Cosmitet-IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, que facilitó mi práctica profesional,
y a los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes Tipo 2 e
Hipertensión Arterial), con quienes realicé mi intervención recreativa
y quienes participaron, con la mejor voluntad,
en la misma.

*Siempre tuve confianza en que lograría salir adelante,
en que superaría los retos
y que lograría graduarme en la Universidad,
todo eso se lo debo a Dios.*

Tabla de contenido

Resumen.....	vii
Palabras clave v.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES	3
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
2.1 Planteamiento del problema.....	8
2.2 Pregunta orientadora o problema	11
3. OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4. MARCO REFERENCIAL.....	13
4.1 Marco teórico	13
4.1.1 Recreación.....	14
4.1.2 Recreación dirigida.	16
4.1.2.1 Educación popular.	21
4.1.2.2 Educación de adultos.	24
4.1.2.3 El aprendizaje - La recreación desde su dimensión interna.	28
4.1.3 Lenguajes lúdico-creativos.	31
4.1.4 La enfermedad crónica y la persona con la ECNT.	36
4.1.5 Hábitos o estilos de vida saludable.	39
4.2 Marco legal y reglamentario	44
4.2.1 El programa de salud de la IPS.	46
4.2.2 El plan nacional de recreación 2013-2019.....	48
4.2.3 Las ECNT como asunto de salud pública.	49
4.2.4 Legislación nacional con disposiciones para los niveles de servicio e intervención en salud pública, para personas con ECNT.	50
4.3 Marco contextual	51
5. METODOLOGÍA	53
5.1 Primera parte: reconstrucción de la propia intervención recreativa.....	53
5.1.1 Diseño metodológico de la intervención en la práctica profesional de la recreadora..	53
5.1.1.1 Unidad de muestreo.	54
5.1.1.2 Unidad de análisis.	54
5.1.1.3 Variables observadas.	54
5.1.1.4 Criterio de Validez.....	55
5.1.1.5 Tipo de Estudio.	55
5.1.1.6 Método.	56
5.1.2 Propuesta metodológica de intervención mediada por la recreación dirigida - Secuencia de Actividades Recreativas Intensivas – SARI.....	56
5.1.2.1 Exploración y reconocimiento de la población: aplicación de encuestas diagnósticas y observación.	61
5.1.3 Método de recopilación de la información para análisis	68
5.2 Segunda parte: descripción de las actividades recreativas utilizadas para la mejora de los recreandos, logros – resultados – conclusiones	70

5.2.1 Logros de la propia intervención recreativa a través de la SARI.	71v
5.2.3 Conclusiones de la propia práctica profesional recreativa.....	83
5.3 Tercera parte: comparación de la propia experiencia con tres experiencias significativas de otros recreadores que realizaron su práctica profesional universitaria en el contexto intrahospitalario de la salud de Santiago de Cali, Colombia	84
5.3.1 Experiencias significativas seleccionadas.....	84
5.3.2 Descripción de las tres experiencias significativas seleccionadas.	85
5.3.2.1 Criterios para la comparación de las experiencias.	86
5.3.2.1.1 Comparación de Problemas.	86
5.3.2.1.2 Comparación de objetivos.....	87
5.3.2.1.2 Comparación entre resultados.....	89
5.3.3 Análisis resultado de la comparación de la propia práctica recreativa con las experiencias significativas seleccionadas.	91
6. RESULTADOS.....	93
7. CONCLUSIONES	97
Bibliografía	100
Anexos	105
Anexo 1. Aportes de la recreación dirigida a la IPS, a los recreandos y a la recreadora.....	105
Anexo 2. Cronograma de secuencia de actividades recreativas intensivas-SARI.....	107

N°	Descripción	Pág.
1	Consulta diagnóstica de actividades de la vida diaria independiente	63
2	Consulta diagnóstica de las actividades instrumentales de la vida diaria independiente	64
3	Consulta diagnóstica sobre actividades sociales de la vida independiente	65
4	Comparación del problema formulado en mi experiencia frente a los problemas planteados en las tres experiencias significativas seleccionadas	85
5	Comparación del problema formulado en mi experiencia frente a los problemas planteados en las tres experiencias significativas seleccionadas	87
6	Comparación de los objetivos formulados para mi experiencia con los planteados en cada una de las experiencias significativas seleccionadas	88
7	Comparación de los resultados para mi experiencia con los de las tres experiencias significativas seleccionadas	90

El trabajo de grado titulado *El Aporte de la Recreación Dirigida a las Personas con Enfermedades Crónicas no Trasmisibles del Programa de Salud de Cosmitet – IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia de Cali*, ofrece una reflexión sobre de la práctica profesional universitaria realizada en el Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle, ejecutada para el aporte a los beneficiarios no hospitalizados o de atención ambulatoria del Programa de Salud de una IPS; personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 y/o con hipertensión arterial, que tuvo como finalidad mejorar su calidad de vida a través de la práctica de hábitos de vida saludable¹, sensibilizando a partir de la aceptación de su condición de enfermos crónicos, en el conocimiento sobre las implicaciones esta cronicidad en su enfermedad para lograr avances significativos.

Para la reconstrucción de la experiencia recreativa, se acogió la sugerencia de la Directora del presente trabajo de grado para enfocarlo a través de la modalidad monografía de análisis de experiencias, que consiste en la comparación de la experiencia de práctica profesional con otras intervenciones recreativas referidas en trabajos de grado por otros recreadores de la misma universidad y del mismo programa, quienes aplicaron sus conocimientos a diversos campos-ambientes-situaciones, con varios grupos de personas, relacionados de una u otra forma con el campo de la salud.

Palabras clave: Autocuidado, capacidades cognitivas, capacidad funcional, lúdica, estilo de vida saludable, enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT, institución prestadora de servicios de salud – IPS.

¹ La FAO define los hábitos y estilos de vida saludables, los describe como la toma y mantenimiento del peso corporal con relación a la estatura y a la edad, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio que siempre influyen en la salud. “Explora lo que es un peso corporal saludable y como lograrlo a través de la mantención del balance energético. Analiza la importancia de tener un buen estado físico y de realizar actividad física en forma regular, para mantener el peso corporal adecuado y tener una buena salud. Explica cómo el protegernos de los agentes que causan enfermedades es importante para mantener un buen estado de salud y bienestar.” <http://www.fao.org/docrep/019/i3261s/i3261s10.pdf>

En la presente monografía se describe la intervención recreativa realizada durante la práctica profesional universitaria, donde se aplicaron los conceptos de la recreación guiada o dirigida para el mejoramiento de los hábitos de vida saludable, como aporte a un programa de salud que convocó a afiliados a una Institución Prestadora de Salud – IPS de la ciudad de Santiago de Cali – Colombia. Personas mayores de 45 años diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles -diabetes tipo 2 y/o hipertensión arterial-.

La propia práctica profesional recreativa, reconstruida en esta monografía de análisis de experiencias, se compara con tres estudios de recreadoras egresadas del Programa de Recreación de la Universidad del Valle, quiénes desarrollaron su práctica universitaria con adultos en el campo de la salud y contemplaron sus aportes e intervención para el desarrollo de sus trabajos de grado.

La finalidad de este trabajo es exponer cómo la ejecución de una propuesta de recreación dirigida impulsa el avance para la práctica de hábitos de vida saludable por parte de adultos mayores diagnosticados como personas con enfermedades crónicas no transmisibles, condición que afecta y con la cual deberán convivir por el resto de su existencia.

El primer capítulo contiene los antecedentes en torno a cómo se llegó a la idea para el tema de la propia práctica profesional en recreación, las consultas que se hicieron a algunos trabajos de grado de la Universidad del Valle en el campo de la salud, especialmente los que refieren al programa Recreación, revisión que permitió la selección de tres experiencias significativas para la comparación y análisis objeto de la presente monografía. El segundo capítulo contiene la descripción del problema, donde se hizo el planteamiento y se formuló la pregunta orientadora. El tercer capítulo contiene objetivo general y específicos. El cuarto capítulo ubica el marco referencial, compuesto por el marco teórico que orientó la realización del trabajo, por el marco

legal-reglamentario del campo de la salud donde se ubica el programa que convocó a los² recreandos, y por el marco contextual que describe el lugar donde se desarrolló la práctica. En el capítulo quinto está la metodología de la presente monografía de análisis de experiencias. El sexto capítulo aborda el análisis de resultados de la comparación, posteriormente se exponen las conclusiones y para finalizar se incluyen las referencias consultadas.

El contexto de la práctica profesional se dio en una Institución Prestadora de Salud – IPS, en donde presté servicios laborales desarrollando actividades para la convocatoria a citas, procedimientos médicos y de salud en personas adultas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles; esta inmersión aportó reflexiones sobre lo que se observaba y se consultaba, abriendo posibilidades para la realización de la práctica profesional recreativa en la misma institución. Se planteó a la Dirección del Programa de Salud y se mostró interesada debido a que la recreación es una disciplina, que en sus componentes, aporta al bienestar de las personas, y que la IPS por política institucional ofrece muchas perspectivas para la intervención social con usuarios y beneficiarios. Igualmente se trataba, como efecto transversal, sensibilizar al personal de atención en salud para potenciar los beneficios.

Así, desde el Programa de Recreación de la Universidad del Valle, se propuso el desarrollo de la práctica profesional de la recreadora en COSMITET-IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, intervención recreativa que fue aprobada por la IPS y allí se realizó la intervención profesional que se describe en el presente trabajo de grado.

Tanto para la realización de la intervención como para la comparación de la propia práctica recreativa con la de otros recreadores, se hicieron consultas documentales sobre trabajos de grado con adultos mayores en la Biblioteca de la Universidad del Valle; se encontró que otros recreadores y profesionales de carreras afines habían desarrollado proyectos de práctica profesional en el campo de la salud con pacientes hospitalizados-familiares-acompañantes-personal de atención en hospitales y clínicas. Asimismo que otras intervenciones recreativas se dieron con personas relacionadas con instituciones de salud como empleados e hijos de quienes trabajan en las instituciones de la salud, otros desarrollaron su práctica con grupos interdisciplinarios de las

instituciones; y algunos relacionados con la salud de personas mayores de 45 años en otros⁴ espacios. En la consulta se encontró un trabajo de grado relacionado con el rol del recreador en una institución de salud.

Los trabajos de grado del Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle, Instituto de Educación y Pedagogía, consultados y revisados para el desarrollo de la práctica fueron:

- “Autonomía y autogestión en la adultez media; análisis de la propuesta de recreación dirigida llevada a cabo con el grupo “Amigos Solares” en el marco del programa de atención y orientación al jubilado y pensionado de la Universidad del Valle”. (2013). Autores Luis Carlos Moreno Morales y María Alejandra Mejía, documento que presenta la intervención, atención y orientación con este grupo poblacional.

- “La influencia educativa de un proceso de recreación dirigida a adolescentes en el contexto socio-institucional del Centro Médico Imbanaco”. (2011). Autor Javier Antonio Copete Lenis, quien realizó su práctica enfocado en el mejoramiento de habilidades sociales a través de un grupo interdisciplinario de recreadores y psicólogos que facilitaron la integración y la constitución del grupo como red de apoyo social y afectivo; propiciaron actividades de recreación dirigida y psicológica que promovieran la creatividad, el aprendizaje y el bienestar; la promoción de la participación y el ejercicio de habilidades personales en la atención y servicios a adolescentes hijos de empleados del centro médico.

- “Propuesta de acompañamiento orientada en la recreación guiada para el área de hospitalización del Centro Médico Imbanaco. Programa ‘acompañ-arte, crea bienestar’ ”. (2014). Autores Jonathan Bedoya Lasso, Lina María Lenis Ramírez y Erika Ramírez Restrepo, quienes

diseñaron una propuesta recreativa para el mejoramiento de la relación entre los miembros de la⁵ comunidad hospitalaria: pacientes-acompañantes-personal de la atención a la salud.

- “El rol del recreador profesional en el centro médico Imbanaco”, cuyo autor es Andrés Felipe Valencia Caicedo (2013). Documento que refiere el estudio del rol del profesional en recreación en un contexto de salud, fruto de la observación, la consulta directa y de fuentes bibliográficas. Trabajo de grado que se apoya en la metodología de investigación cualitativa, que tiene como resultados y conclusiones, aportes para la formación y vinculación de estudiantes a la práctica profesional.

De otros Programas de la Universidad del Valle, fueron consultados para los antecedentes de la propia práctica recreativa los siguientes trabajos de grado:

- “La importancia del ejercicio físico para el tratamiento de la Sarcopenia”. (2014). Autores Paola Andrea Ortiz Diago y Michael Morales Mejía; documento de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle, que refiere el impacto del proceso de envejecimiento en los sistemas del organismo de los adultos mayores.

- “Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores, Cali, Colombia 2001”. (2013). Autores José Mauricio Ocampo, Nhora Romero, Héctor A. Saa, y Carlos A. Reyes Ortiz, estudio descriptivo de la depresión en adultos mayores. Documento encontrado en la Revista de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

- “Efectos del ejercicio físico, de capacidades coordinativas en funciones cognitivas, memoria y motoras de agilidad y coordinación general en adultos mayores de la ciudad de Cali”. (2014). Autores Gloria García González, Andrés Fernando Aguirre. Documento del área de educación física y deportes del Instituto de Educación y Pedagogía de la Universidad del Valle;

estudio que se ubica en el proceso de envejecimiento de los seres humanos, en donde se hace⁶ necesario el cuidado para que los adultos tengan un envejecimiento saludable en todos los aspectos.

- “Análisis comparativo de la percepción de satisfacción del adulto mayor sobre la incidencia de dos programas de ejercicio físico bajo la dirección de un personal con formación académica y sin ella de la comuna 16 de Santiago de Cali”. (2013). Documento de la Licenciatura en Educación Física y Deportes de la Universidad del Valle; autores Silvio Muñoz Garzón y Jonathan Cerón Cárdenas, quiénes estudiaron las características actuales de los grupos de adultos mayores.

La consulta de los trabajos de grado permitió la clasificación y organización de la información así: (1) la intervención recreativa dirigida al trabajo con el adulto mayor; (2) la que se orientó al estilo de vida saludable; y (3) la del trabajo en el entorno de la salud.

Para la comparación objeto de la presente monografía de análisis de experiencias, se seleccionaron tres trabajos de grado que fueron el resultado de práctica profesional de los recreadores y que fueron desarrollados directamente en el campo de la salud; intervenciones que tuvieron como recreandos a adultos: (1) familiares-acompañantes cuidadores de niños con cáncer; (2) adultos mayores con enfermedades crónicas en condiciones intrahospitalarias; y (3) madres gestantes en alto riesgo. Las experiencias significativas seleccionadas fueron:

- “El potencial transformador de la recreación en la vivencia intrahospitalaria del familiar acompañante del menor hospitalizado en las salas de pediatría del Hospital Universitario del Valle”, las autoras son las recreadoras Sandra Liliana Montejo y Viviana Yusty Bautista (2009).

- “Calidad de vida para los pacientes adultos mayores en las salas de medicina⁷ interna del Hospital Universitario del Valle: el papel de la recreación”, las autoras son Ingrid Marcela Contreras C., Ana Patricia Reyes R. (Profesora Mireya Marmolejo Marmolejo, 2001).
- “Una propuesta de apoyo psicosocial mediada por la recreación dirigida para las gestantes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Universitario del Valle”, las autoras son Juliana Colorado y Diana Patricia Moreno Yusty (2009).

Antecedentes, que permitieron la comprensión del impacto social cada vez mayor de la recreación dirigida, de su intencionalidad educativa en la transformación de las personas, en la mejora de su calidad de vida mediante el estímulo a la práctica de hábitos de vida saludable, en la resignificación de sus condiciones de salud, en el aporte a la aceptación de su enfermedad, en la construcción de sentido y significado para el mejoramiento de la relación entre los actores involucrados.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

Desde el inicio de la práctica profesional universitaria en COSMITET, se observó que en la atención a personas diagnosticadas medicamente con enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT -quienes generalmente asistían a la sede de la IPS con un acompañante²-, se daba un trato cálido y especial con empleados y trabajadores de la institución, esta dinámica se había generado a través del tiempo a causa de las visitas periódicas y frecuentes a las instalaciones de la institución prestadora de salud para la entrega-recibo de los medicamentos, así como para la programación de procedimientos.

El diálogo con las personas que padecen las ECNT permitió conocer más de su situación anímica, percibir que sentían angustia y vergüenza, que experimentaban sentimientos de inutilidad, que se irritaban y descontrolaban fácilmente, que se subvaloraban personalmente debido a la incidencia de la enfermedad crónica. Esto afectaba en muchos planos de su vida: emocionales, mentales y físicos. Fue cuando se comprendió la razón de su disgusto cuando no recibían oportunamente los medicamentos, o cuando la IPS les posponía una cita de control o la de un procedimiento médico; situaciones que les causaban muchos temores, trastornos y sufrimientos.

Se concibió que las ECNT tienen múltiples consecuencias para la vida de las personas que la sufren, que son situaciones que les lleva a la discapacidad, a la disminución de la agudeza visual, al temor a las mutilaciones en sus cuerpos, al insomnio, y al padecimiento de los efectos colaterales por el uso continuo de medicamentos, también conocida como enfermedad iatrogénica.

² Familiar o un amigo cercano.

La ECNT tiene muchas implicaciones que convierten la vida de la persona en una⁹ experiencia traumática porque el trastorno orgánico provoca alteraciones en las funciones o estructuras corporales y algún grado de limitación en las actividades cotidianas de la persona que la padece. Esto provoca angustia, miedo, resentimiento, depresión, intolerancia, insatisfacción, tratamiento no adecuado de las cargas emocionales.

La enfermedad arrebatada de forma permanente a la persona y a su familia de lo que había sido su vida, su contexto y sus prácticas culturales; son enfermedades que obligan a modificaciones en el estilo de vida y en la dinámica familiar; la persona enferma se ve sometida a una serie de intervenciones, medicaciones, procedimientos, exámenes y dietas que le pueden ocasionar ansiedad y rechazo.

La ECNT causa -generalmente en adultos mayores- acciones y reacciones de autocompasión como respuesta a situaciones de pérdida y de duelo. Asimismo los acompañantes, el personal de atención en salud y las demás personas de la IPS (administración, apoyo, vigilancia), se enfrentan diariamente con pacientes condicionados por el cambio drástico en su vida a causa de los peligros asociados a la ECNT, y a la amenaza de descompensación y muerte.

Según lo expresado por la IPS COSMITET y las referencias consultadas, las ECNT son consideradas un riesgo para la salud pública porque a través del tiempo las probabilidades de contraerlas aumentan cuando la población envejece y cuando la persona carece de hábitos saludables; por tal razón las instituciones de salud tienen obligatoriedad de ley para desarrollar permanentemente programas de prevención y promoción con el objetivo de evitar este tipo de enfermedades, y que quienes las han adquirido, puedan tener mejor calidad de vida.

A través del desempeño laboral de la recreadora-practicante se convocaba a las personas mayores de 45 años a asistir a las reuniones del programa de salud, así fue como se conocieron sus

contenidos temáticos y la duración de sus reuniones, que siempre terminaban en observaciones¹⁰ sobre el uso de los medicamentos.

Se consultó a la Dirección del Programa de Salud ¿Por qué no se trataban más profundamente las características de la enfermedad, los hábitos de vida que debían transformarse para tener calidad de vida saludable; las actividades físicas, las formas y prácticas de alimentación, la motivación al futuro y auto-superación personal? A lo que respondieron que se cumplía con el trabajo en esos temas, que había probabilidades de mejora de los contenidos consultados para la atención a estos pacientes ECNT, y que se daría en la medida que se incorporaran profesionales de otros campos afines al de la salud.

Por eso se pensó y se valoró la posibilidad del aporte de la recreación guiada o dirigida, porque con su intencionalidad educativa se estimula el pensamiento, la reflexión, las capacidades cognitivas y relacionales; se posibilita la resignificación de conceptos en todos los espacios y niveles donde se propicia el aprendizaje contribuyendo a la transformación de las personas.

A través de la recreación dirigida se estimula a personas con esta sintomatología a que encuentren sentido y significado a acciones para mejorar su calidad de vida a través de la práctica de hábitos de vida saludable, para que resignificaran su salud y aceptaran su condición de enfermos crónicos; para enriquecer el uso apropiado de su tiempo libre e instruirlos sobre las características y naturalezas de su enfermedad. Este aporte desde la recreación dirigida en estas situaciones, llevó a la formulación de la pregunta que orientó la práctica profesional en recreación; intervención que se reconstruye, reflexiona y que se compara en la monografía de análisis de experiencias.

2.2 Pregunta orientadora o problema

11

¿Cuál es el aporte que deja una intervención mediada por la recreación guiada en el programa de salud de COSMITET Ltda. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali, que atiende a personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar los aportes de la recreación guiada en el programa de salud de COSMITET LTDA. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali, para la mejora de los hábitos de vida saludable de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Reconstruir la experiencia de la práctica profesional universitaria en recreación cumplida en el programa de salud de COSMITET LTDA. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali.

3.2.2 Describir las actividades recreativas utilizadas en la propia intervención recreativa para la mejora de los hábitos de vida saludable de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas, base de la propuesta para aporte a la complementación del programa de salud de la IPS.

3.2.3 Comparar la propia práctica profesional recreativa, con tres intervenciones recreativas descritas en los trabajos de grado de otros recreadores, que fueron realizadas en el campo de la salud en la ciudad de Cali para el análisis de experiencias significativas.

4. MARCO REFERENCIAL

El marco referencial para el presente trabajo de grado aclara conceptos desde donde se construyeron las explicaciones para el abordaje de las reflexiones sobre la intervención recreativa de la practicante.

El marco referencial contiene los marcos teórico, legal y reglamentario; contextual y el del análisis de experiencias significativas en recreación.

4.1 Marco teórico

El marco teórico se construyó con los conceptos recreación, recreación dirigida (que incluye la educación popular, la educación de adultos, el aprendizaje, la recreación como dimensión interna y los lenguajes lúdico-creativos), así como las concepciones de la enfermedad crónica, y hábitos o estilos de vida saludable. Marco teórico que orientó la práctica profesional para el aporte al programa de salud de la IPS, con la finalidad de la resignificación del estado de salud y uso del tiempo libre en la construcción de hábitos de vida saludable por parte de las personas diagnosticados con la ECNT.

La recreación dirigida con su intencionalidad educativa, apoyada en los lenguajes lúdico creativos, permitió la motivación y el logro del compromiso de los personas mayores de 45 años que padecen ECNT para el análisis de su realidad, la identificación de posibilidades para la transformación consciente a partir del proceso recreativo, la identificación de aquello que les impedía los avances hacia la resignificación de su enfermedad, el manejo de sus ratos libres, la mejora de sus hábitos saludables en la búsqueda de mejor calidad de vida.

También fueron apoyo fundamental las concepciones que la recreación dirigida tiene de la educación de adultos. Las personas con ECNT -los recreandos-, tenían experiencias adquiridas a

lo largo de su vida que se convirtieron en la base sobre la que construyeron y apropiaron lo que¹⁴ la recreación guiada les ofreció para la satisfacción de sus expectativas en la intervención de la que fueron participantes.

Asimismo, fue muy importante la caracterización de la persona que padece la enfermedad crónica no transmisible porque eran pacientes con alto grado de incertidumbre y desconcierto, que tenían comprometido su tiempo social, biológico, y que estaban obligados a la redefinición de sus condiciones de vida. Pacientes que a través de su proceso involucraba a sus acompañantes en una situación que los llevaba a asumir el rol de cuidadores, que les generó cambios en sus rutinas domésticas y que implicó asistencia para el cumplimiento del consumo y/o aplicación de medicamentos; personas diagnosticadas ECNT que causaban la redirección del personal de la atención en salud de la IPS para que les hicieran el acompañamiento en procedimientos, monitoreo y suministro periódico-permanente de medicinas. Personas con diagnóstico ECNT que cambiaron el rol de su médico tratante a cargo, quien pasó de la intervención para la curación, a ser un acompañante del proceso de estabilización, seguimiento y mantenimiento de la vida de ellos como seres con ECNT.

Igualmente dentro del marco teórico se definieron los conceptos de hábitos saludables para el mejoramiento de la calidad de vida, la resignificación de la salud y del uso del tiempo libre; por último se caracteriza el programa de salud de la IPS, sus objetivos, contenidos, y las actividades desarrolladas.

4.1.1 Recreación.

La recreación como disciplina es relativamente joven, “La Recreación como una disciplina naciente tiene grandes e importantes implicaciones en muchos campos del conocimiento” Quintero (2008); el mismo autor, expresó que la recreación hace parte de la formación integral de los seres

humanos por su creciente incidencia en el acompañamiento socio-cultural, de rehabilitación¹⁵ (física, social, psicológica, emocional), laboral, deportivo, pedagógico, histórico, ambiental, ecoturístico; espacios en los que se recupera la dimensión lúdica del ser humano del Homo Ludens, del ser humano que juega.

...El sentido que el juego y los ambientes lúdicos aportan a la recreación, se convierte en una herramienta pedagógica indiscutible en la creación espacios realmente mágicos que favorecen la adquisición de conocimientos y experiencias de todo tipo (mentales, motrices, emocionales, sociales, culturales, etc.) no solamente para la formación integral..., sino también para la consecución de este objetivo en cualquier etapa de su vida... Esta visión de la Recreación le da una gran ventaja frente a otras disciplinas, en el campo de formación de personas...que aporten a la construcción de una mejor sociedad y un mejor país para vivir. (Quintero, 2015)

El profesor Carlos Lezama Guzmán (2000) habla de la recreación como un estado de conciencia donde hay predominio de sentimientos de “ (...) placer, bienestar y satisfacción, fluctuando en diversos niveles de intensidad, que ocurren en el tiempo libre como resultado de experiencias y actividades de tipo lúdico, físico y estético a las que se conoce como actividades recreativas(...)” (Párrafo 1). La caracteriza como expresión de libertad, en la que el recreando como ser individual se siente libre de las obligaciones cotidianas, desarrolla su imaginación y creatividad durante el juego o en la expresión artística sin ninguna limitación. Actividades recreativas auto determinadas que le dan una sensación de logro, de ser competente en algo y de concretarlo. “Son una fuente de satisfacción intangible y de sentimientos de placer, plenitud y libertad” (Párrafo 5). La recreación aporta beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales que

contribuyen al bienestar general, a la conservación y recuperación de la salud “(...) mejoría de¹⁶ la autoestima, la autoconfianza y la seguridad que se producen como resultado del proceso de interacción humana, tanto como de la adquisición y dominio de habilidades y destrezas específicas (...)” (Párrafo 8). Sobre los aportes sociales, el mismo autor dice que la recreación propicia la “(...) disminución de diversos tipos de disfunciones sociales, fortalecimiento de la integración comunitaria..., espíritu de trabajo en equipo y de liderazgo social constructivo para la mejora de las relaciones personales y comunitarias” (Párrafo 9).

...Identificar los conceptos fundamentales de recreación, ocio y tiempo libre desde sus características, propósitos y componentes específicos... comprender a la recreación como un sistema que requiere para su funcionalidad de un método apropiado de planeación y ejecución para garantizar sus propósitos finales. (Lezama, 2000)

También Esperanza Osorio (2005), habla de la recreación como mediadora de procesos de desarrollo humano, y de condiciones estratégicas para que el beneficio de las personas sea posible.

4.1.2 Recreación dirigida.

El concepto “Recreación Dirigida o Guiada”, se propone en el Programa Académico Profesional en Recreación de la Universidad del Valle como:

la recreación desde un ámbito social-histórico-y cultural motiva al recreador para hacer intervención social apoyada en lo lúdico, lo festivo y lo creativo; práctica recreativa para la transformación del entorno y el fortalecimiento del tejido social en ambientes de investigación y académicos, que promueve procesos de desarrollo sociocultural y organizativo, mediados por la recreación dirigida, desde la perspectiva de la educación

popular; reconoce y potencia la recreación como componente indispensable para la¹⁷ construcción de encuentros colectivos (Universidad del Valle, 2000).

La recreación se comprende como un concepto integral en construcción a partir de los resultados de sus experiencias, de su propósito, de sus formas de interpretación de la realidad. Para Mesa (2004) la recreación se relaciona directamente con la diversidad de prácticas culturales de las sociedades, y expresa que se ha tratado erróneamente al generalizarla como sinónimo de ocio-hobbies-uso del tiempo libre-juego-deporte-arte, cuando tiene una intencionalidad educativa que aporta a la transformación de la vida de las personas.

La recreación dirigida es una práctica pedagógica, acción intencionada mediadora de procesos de enseñanza-aprendizaje, para el logro de objetivos propuestos y resultados esperados en la intervención social, que se realiza con base en conocimientos y normas que aplica a sus actividades.

...la recreación como práctica pedagógica se comprende como una acción que guiada por objetivos y mediada por herramientas semióticas contribuye a la construcción de identidades colectivas locales que establecen relaciones o redes con lo global cultural, paz, ciudadanía, bienestar y goce, etc. en tanto se orienta a la consecución de su interiorización y a la construcción de conciencia – ética y estética- y a la construcción de sentidos –comprensión motivada de la actividad recreativa-. (Mesa, 2008, p.14)

Para la conceptualización de la intencionalidad educativa de la recreación dirigida, se parte de la afirmación de la misma autora, quien expresa:

Con el propósito de hacer una aproximación a la actividad recreativa como práctica¹⁸ pedagógica partiremos de los principios básicos del Modelo para el Estudio de la Influencia Educativa (Coll, C.; Colomina, R.; Onrubia, J. y Rochera, M. J., 1995; Coll y Mesa, 1997) que se constituyen en la referencia más inmediata desde el punto de vista teórico de nuestra aproximación. (p.1)

El Profesional en Recreación Velasco Arboleda (2012), en su trabajo de grado titulado “La recreación dirigida como mediación en el desarrollo de competencias ciudadanas” toma como referente

...los estudios que Mesa (1997, 2004, 2007, 2009, 2010) ha adelantado sobre la recreación; la autora parte de la idea de la recreación como un concepto polisémico (Mesa, 2004) opta por el enfoque socio-histórico de Vygotsky para identificar tres grandes dimensiones de la actividad recreativa: a) La recreación como actividad social general, b) la recreación —dirigida o pedagógica y c) la actividad interna y los —lenguajes lúdico- creativos o mediaciones semióticas. (p. 33-34)

Los investigadores de la Universidad de Barcelona Coll, Colomina, Onrubia y Rochera (1992) en su artículo “Actividad Conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa” presentan las opciones teóricas y metodológicas de un proyecto investigativo que estudiaba el tema de la interacción profesor-grupo de alumnos en la educación formal o escolar, y adulto-niño en ambientes educativos no escolares, que utiliza el concepto de interactividad u organización de la actividad conjunta contenido-participantes, en donde analizan para el proceso enseñanza-aprendizaje dos mecanismos de la influencia educativa a partir de contenidos o tareas concretos en una secuencia didáctica:

- El primero corresponde a la cesión y el traspaso progresivo del control y la¹⁹ responsabilidad de profesor a estudiante.

- El segundo refiere a la construcción progresiva de sistemas de significados compartidos (que a partir de significados subjetivos establece acuerdos para llegar a significados comunes) entre facilitador-mediador (docente o adulto) y estudiante o niño.

En el mismo trabajo se plantearon los siguientes principios para la orientación teórica de su proyecto educativo:

- (1) Análisis centrado en la interactividad profesor-alumno.
- (2) La dimensión temporal del proceso enseñanza-aprendizaje o flujo de la actividad conjunta y definición de las unidades de análisis; para elegir la secuencia didáctica como unidad básica de observación, análisis e interpretación.
- (3) Importancia del contenido y/o la tarea en torno a la que se articula la actividad conjunta de los participantes.
- (4) Ajustes a la construcción de los contenidos de la actividad conjunta (formas de organización) de conformidad con la interactividad y la interrelación docente y estudiantes.
- (5) La actividad discursiva o discurso educacional (qué dice y cómo lo dice), en integración con la actividad no discursiva (qué hace y cómo lo hacen), los participantes durante el flujo de la actividad conjunta.
- (6) Marco social y marco específico de la referencia, que incluye la verbalización de experiencias y conocimientos, para minimizar los supuestos que pueden hacer los participantes. Contexto mental de utilidad para la construcción conjunta de comprensión sobre contenidos y actividades.

- (7) Ajuste de la ayuda pedagógica –por parte del docente-, a través de didácticas²⁰ particulares para la construcción conjunta de sentido y significado en el aprendizaje de los estudiantes.
- (8) Cesión y traspaso progresivos de la responsabilidad y del control, que requiere de la identificación de los dispositivos mediante los cuales se da la cesión del control y el traspaso de la responsabilidad, que necesita de las acciones cuando esto no se logra, y del estudio de la estructura de la tarea o de la naturaleza del contenido.
- (9) Proceso de construcción progresiva de sistema de interpretación de significados compartidos con base en la tarea, en situaciones o en contenidos en torno a los que se organiza la actividad conjunta, y en donde se da la comunicación (intersubjetiva) de los participantes en la acción educativa. Este es el momento en el que se da la negociación entre los participantes (para la solución de rupturas, divergencias, o malentendidos) y su resultado depende de la buena utilización de la mediación semiótica.
- (10) Análisis de las formas de organización de la actividad conjunta y su evolución en la secuencia didáctica: uno desde la articulación de las actuaciones del profesor y de los alumnos sobre la tarea o contenidos; y otro desde los significados que transmiten los participantes mediante su actividad discursiva (que son los que se someten a negociación y que pueden modificarse).
- (11) Indagación sobre cómo y en qué sentido se define progresivamente el contexto situacional de la actividad de aprendizaje (educación formal, juego, lúdica, actividad laboral – trabajo). (p.190-199)

Principios orientadores de la influencia educativa que permiten la reflexión de la²¹ intencionalidad pedagógica de la intervención recreativa transformadora de conocimientos, significados, motivadora hacia la colaboración, estimuladora de la construcción de nuevos sentidos, y comprometida con el desarrollo sociocultural en encuentros colectivos.

Sobre la recreación dirigida Mesa (2008), en su documento “La recreación dirigida como práctica pedagógica”, concluye:

(...) se trata de una actividad observable que se puede describir, analizar y caracterizar. De ahí que el vínculo entre la intervención mediada por la recreación y la investigación aplicada, sea fundamento para la construcción de un campo de conocimientos en la temática de la recreación (...) (p.15)

4.1.2.1 Educación popular.

Los procesos mediados por la recreación dirigida se insertan en espacios de la educación popular, perspectiva que parte de la lectura de la realidad en un proceso colectivo y práctico que se explicita entre recreadores-recreandos-contenidos recreativos, actividades que incluyen las diferentes formas del saber, que comunica sentimientos, deseos, y la voluntad de los participantes.

Sobre la educación popular han trabajado varios especialistas, entre sus precursores se encuentra el formador de Simón Bolívar, el maestro Simón Rodríguez; igualmente José Carlos Mariátegui y José Martí. Más recientemente se encuentran otros estudiosos sobre el tema, de éstos sobresale Paulo Freire en la década del 60, quien sostenía que la enseñanza no está en la transferencia de conocimiento, sino en la creación de las posibilidades para su producción o construcción. Freire es autor de varios libros sobre la educación popular y la educación de adultos en los que arrojó reflexiones sobre la educación, la pedagogía y la liberación.

La aplicación de los lineamientos de la educación popular orienta la recreación dirigida²² para la indagación -en todas las prácticas educativas-, de lo que saben y hacen tanto los recreandos como los recreadores sobre los contenidos y temas sugeridos.

Para las propuestas, que los recreadores establecen, es fundamental que los recreandos acepten o no los contenidos educativos para su transformación. Al ser un proceso en el que el recreando está siempre presente en su elaboración, se debe tener en cuenta opiniones, aspiraciones y contribuciones, razón por la cual se auto-motiva a la intervención, colaboración y al desarrollo del sentido de pertenencia por sus actividades.

La educación popular genera que se compartan las experiencias colectivas, que se fomente el diálogo y las inquietudes para que todo confluya y aporte a la construcción de conocimiento con base en la reflexión sobre los hechos reales. Asimismo los criterios de la educación popular permiten la comprensión y la organización desde la práctica para el cambio.

De forma participativa, esta experiencia educativa está mediada por los deseos, valores, emociones, imaginación, intenciones, sueños de los participantes; es un ejercicio práctico que impulsa a la acción para la realimentación de la reflexión y producción de conocimiento. Los lineamientos de la educación popular ejercen cambios dentro del ser y su entorno.

En un estudio de Alfonso Torres Castillo (s.f.) titulado “El décimo aniversario de la muerte de Freire - Paulo Freire y la educación popular”, el autor dice:

Para Freire la educación debe servir para que los educadores y educandos *«aprendan a leer la realidad para escribir su historia»*; ello supone comprender críticamente su mundo y actuar para transformarlo en función de *«inéditos viables»*; en torno a dicha acción y reflexión y a través del diálogo, los educandos y los educadores se constituyen en sujetos.

(Párrafo 12)

Para Marcela Gajardo (s.f.)

...el concepto de educación popular ha surgido como parte de una tendencia que viene a contraponerse a las concepciones y enfoques existentes tras diferentes propuestas educativas para los sectores populares. De hecho, la evolución de estas actividades permite señalar que éstas se han venido dando en estrecha relación con los estilos de desarrollo predominantes en la región. En ellos, la educación aparece como un bien desigualmente distribuido existiendo una segregación de grandes sectores de la población que se traduce en inescolaridad, deserción y bajos niveles de instrucción y calificación para los grupos que se ubican en los tramos más bajos de la estructura social y productiva. (Gajardo, s.f., p.6)

También para Zaylín Brito Lorenzo (2008) “La educación popular debe ser entendida como un proceso sistemático de participación y formación mediante la instrumentación de prácticas populares y culturales tanto en los ámbitos públicos como privados.” (p.34)

Según Alfredo Ghiso (s.f.) en su documento “Legados de Paulo Freire”, las características generales de las propuestas de la educación popular son entre otras: la ruptura con enfoques verticales y autoritarios de educación; parte de la realidad de los participantes, de su situación concreta, de la propia identidad cultural, de la búsqueda de una relación pedagógica horizontal, del autoaprendizaje, de los procedimientos grupales que expresen la cooperación y solidaridad, de la realidad para volver a ella y transformarla, de la práctica educativa que permite la participación y su intervención efectiva en el proceso de toma de decisiones; de la utilización de técnicas e instrumentos nuevos, participativos, simples, atractivos y eficaces, del desarrollo de

una articulación alternativa y distinta de los instrumentos en el proceso educativo en función de las finalidades. 24

4.1.2.2 Educación de adultos.

Los recreandos con quienes se desarrolló la propia intervención recreativa fueron personas mayores de 45 años, razón por la cual la educación de adultos es uno de los conectores de coherencia teórica de este estudio, que como expresa Benavidez (1988) involucra “...procesos de apropiación y de construcción de conocimiento, en los destinatarios a los que dirige su actividad, así como en los contenidos educativos y en los materiales de los que se auxilia”. (p.15)

La educación de adultos, como parte de la educación popular, muestra características particulares como respuesta a los intereses de quien se educa, potencializa las posibilidades y la utilización de los recursos y atiende a las necesidades surgidas de situaciones específicas. “La educación de adultos debe poner cada vez más énfasis en el educando que en los esquemas educativos y en el educador” (Benavidez, 1988, p.20).

Dentro del concepto de educación de adultos es importante buscar la precisión teórica sobre cómo aprenden los adultos y de qué depende su aprendizaje; sobre estos aspectos Pepa Franco (2008) expone que hay varias miradas: la neurológica, la mecánica, la constructivista, y la sociocultural; que en la concepción neurológica se implica la modificación de las conexiones entre unidades o redes neuronales “El aprendizaje, según estas teorías cambia las fuerzas de estas conexiones”. En la perspectiva mecánica habla del cambio de representaciones:

Las representaciones creadas se almacenan en la memoria de forma más o menos permanente que se rige por procesos propios. Se concibe el sistema cognitivo humano como un mecanismo de representaciones del conocimiento consistente en una serie de memorias conectadas a través de ciertos procesos. (p.41)

En la mirada constructivista dice que es:

El aprendizaje a partir de la conciencia reflexiva. No se trata de aceptar sólo que la mente es un mecanismo muy complejo, sino además, que el sistema cognitivo humano puede acceder de forma consciente a sus propias representaciones y modificarlas. (p.41)

Y sobre la mirada sociocultural describe:

Es la interacción social la que origina los cambios en las representaciones individuales. El conocimiento se adquiere y se cambia en el marco de comunidades de aprendizaje. Toda representación se construye en la interacción social y sólo puede entenderse si se analiza como una construcción social. (p.41)

Relacionadas con el aprendizaje también está la concepción de la inteligencia –como capacidad que se desarrolla-, y la memoria, José Antonio Marina (como se citó en Franco, 2008)

...“Llamo *inteligencia* a la capacidad de un sujeto para dirigir su comportamiento utilizando la información captada, aprendida, elaborada y producida por el mismo” y establece una diferencia entre la inteligencia estructural (la que miden los test de inteligencia) y el uso de la inteligencia (lo que el sujeto hace con sus capacidades y que no se puede medir). (p.41, 42)

Igualmente sobre la memoria expresa:

...En cuanto a la memoria, también se discute la idea de una sola memoria, validando²⁶ que existen diferentes sistemas de memoria (sensorial, a corto plazo, a largo plazo o memoria secundaria); y también, que la memoria como afirma Schacter (2007) se debilita con el tiempo, puede bloquearse, atribuir cuestiones erróneas, dejarse llevar por las creencias y recordar solo lo que conviene mientras persisten recuerdos que no pueden olvidarse. (Franco, 2008, p.43)

También se tiene en cuenta que no todas las personas aprenden de la misma manera, que hay diversos estilos de aprendizaje definidos desde lo cognitivo, afectivo-emocional, fisiológico y vivencial; que dependen de las percepciones, interacciones, respuestas a los ambientes de aprendizaje, al entorno y al procesamiento de la información (Franco, 2008). Asimismo en la investigación sobre la forma individual de la construcción del conocimiento expresa que hay personas que se definen como entorno-dependientes quienes generan respuestas según “...la percepción global que tienen de las situaciones...” y que las hay entorno-independientes, quienes tienen “...percepciones analíticas e inductiva.”

Ser o no campo dependiente no es algo estático, las diferencias pueden modificarse a lo largo del tiempo a través de la educación y la formación. Como afirma Tennant (1991), *“los estilos de aprendizaje deberían formar parte del programa de todo grupo de aprendizaje de adultos, no como un instrumento para el educador de adultos, sino como tema de debate y análisis mutuo”*. (Franco, 2008, p.46).

La misma autora expresa que otros autores caracterizan y diferencian cuatro tipos de personas frente al aprendizaje: las activistas, que son quienes participan dinámicamente en el

proceso. Las reflexivas, que observan, piensan y luego actúan. Las teóricas, que profundizan en²⁷ la comprensión teórica y necesitan entender muy bien antes de actuar. Y las pragmáticas, que necesitan consejos y orientaciones técnicas de otras personas con experiencia antes de actuar. Igualmente dice que en otros estudios hay diferenciación entre estilos de percepción, que la individual es la de reacción ante el medio físico. Que la de procesamiento de información es la de sentir, pensar, resolver problemas y recordar; y que los patrones de personalidad se centran en: atención, emociones y valores personales (Franco, 2008). Pero que “Todos estos tipos no son ‘puros’, pero siempre es más dominante uno que otro, es decir, cada persona utiliza distintos estilos de aprendizaje”. (p.47)

En cuanto al aprendizaje:

“Los procesos de adquisición o aprendizaje propiamente dicho consisten en incorporar nuevas representaciones a la memoria permanente o cambiar las que ya tenemos” (Pozo, 1996) y, en general, serán más eficaces cuanto mayor y más significativa sea la relación entre la nueva información y los conocimientos previos que estaban en la memoria. También, entonces, el aprendizaje durará más tiempo y aumentará su posibilidad de transferencia. Por tanto, el aprendizaje depende del buen funcionamiento de algunos procesos que lo optimizan o minimizan. (p.49, 50)

Como procesos auxiliares del aprender están la motivación, la atención, la recuperación y la transferencia, conciencia y control de los propios mecanismos de la formación “Se asume que existe una secuencia durante el aprendizaje: atención, percepción, adquisición, retención, transferencia” (Franco, 2008). Y se afirma que el aprendizaje ocurre cuando la persona es capaz de aplicar conocimientos adquiridos en similares o nuevas situaciones.

Finalmente están las estrategias de aprendizaje, que la misma autora precisa que son²⁸ acciones que parten de la iniciativa del estudiante participante y que están constituidas por una secuencia de actividades controladas por el sujeto que aprende y son deliberadas y planificadas por él. La realización y aplicación de las estrategias depende de la inteligencia de la persona, quién es capaz de recibir información e instruirse, elaborarla y dar respuestas creativas y eficaces.

4.1.2.3 El aprendizaje - La recreación desde su dimensión interna.

La recreación, desde su dimensión interna, se fundamenta en el aprendizaje³ como herramienta para la interacción con el medio en que se desenvuelve el *Recreando ECNT*, y que representa un factor fundamental para vivir más tiempo y con mejor calidad de vida; se entiende “(...) que a partir del ejercicio lúdico se fomentan la construcción conceptual y de actitudes, la búsqueda del conocimiento, la creatividad y el desarrollo de valores” (Funlibre, 2004, párrafo 46). Todo esto como experiencias particulares para la reducción del estrés, el logro del disfrute de lo estético y la autorrealización para el afianzamiento de beneficios individuales que refieren a:

...las oportunidades para vivir, aprender y llevar una vida satisfactoria y productiva así como para encontrar caminos para experimentar sus propósitos, placer, salud y bienestar. Entre los más específicos se encuentran: Una vida plena y significativa, balance entre trabajo y juego, satisfacción con la vida, calidad de vida, desarrollo y crecimiento personal, autoestima y auto resiliencia, sentido de acompañamiento, creatividad y adaptabilidad, solución de problemas y toma de decisiones, salud y mantenimiento físico, bienestar psicológico, apreciación y satisfacción personal, sentido de aventura, etc. (Funlibre, 2004, párrafo 72)

³ Capacidad para adquirir conocimiento de algo por medio del estudio o la experiencia (según la Real Academia Española –RAE).

Pero también reconoce que la persona mayor diagnosticada con ECNT, tiene un cúmulo de conocimientos y experiencias que con su bagaje de saberes, sobre formas de ver la vida y compartir con el entorno, unido a nuevas situaciones, deben ser aprovechadas para la mejora de su propia calidad de vida y la de otras generaciones.

García Araneda (2007) expresa: "...el aprendizaje en la persona mayor es sólido y preciso. Partir de la experiencia vital favorece la incorporación de nuevos conocimientos, siempre y cuando estos conocimientos sean coherentes con valores, creencias, habilidades y hábitos que faciliten este proceso" (p.55). Todo esto dentro del concepto de "...educación permanente propuesto por la UNESCO en la I Asamblea Mundial del Envejecimiento, Viena (1982) y asumido por todos los países participantes, dentro de lo que se conoce como ***Plan de Viena***" (p.59).

Según Gómez Bedoya (2008), en estudio sobre el aprendizaje en la tercera edad, dice:

...los adultos mayores presentan unas características determinadas, que se diferencian del resto de grupos de población; son personas más aferradas a su memoria, que forma parte de su identidad de una forma más firme que en otros grupos etarios; en muchos casos, cuentan con más tiempo libre que el resto de adultos trabajadores y están más desconectados de la vida y los problemas laborales, tienen una situación económica más estable e independiente, y pueden dedicar más tiempo al aprendizaje y consecución de cualquier actividad de su interés, además de conseguir crear en ellos una motivación y una ejercitación de la mente. (p.30)

La misma autora expresa que existen preconceptos sobre el declive de la inteligencia o la disminución de la capacidad intelectual y cognitiva para el aprendizaje en el adulto mayor a causa

del “desgaste en el proceso vital; pero esto ha sido revaluado por numerosos estudios e³⁰ investigaciones que prueban su inexactitud. Por esto afirma: “...el aprendizaje en la tercera edad presenta ciertos rasgos distintivos y peculiaridades que creemos deben ser tenidos en cuenta para cualquier aproximación a los programas educativos que incluyen personas mayores (p.30).

A partir de las principales teorías del aprendizaje y las características pedagógicas aplicables a la educación de los adultos mayores, Gómez Bedoya (2008) expone que es importante que se destaquen otros factores que hacen especial el proceso de enseñanza-aprendizaje en la tercera edad. Que se debe tener en cuenta que el aprendizaje en ellos no tiene, grandes componentes de aprendizaje académico y reglado, como se da en otras etapas de la vida, pero sí es esencial que se considere que la vida diaria del anciano tiene cambios físicos y fisiológicos, crisis de identidad, cambios de roles sociales, que también ofrecen formas de aprendizaje por la experiencia. Asimismo es necesario que se considere la rigidez del esquema conductista en el que ellos se tuvieron que mover en su infancia, que no desarrollaron procesos cognitivos centrados en el estudiante, no experimentaron con estrategias de aprendizaje constructivistas, ni sociales. Pero que si tienen capacidad para aprender a aprender. La autora refiere:

Una de las investigaciones más sólidas en este campo...creada por el profesor Reuven Feuerstein, y que reconoce un programa llamado Enriquecimiento Instrumental, que permite, a través de una serie de tareas, situaciones y problemas, modificar las funciones cognitivas que se presentan deficientes, debido a experiencias de aprendizaje anteriores. Por tanto, los adultos mayores podrían “aprender a aprender”. (p.35)

El aprender a aprender es una herramienta fundamental que involucra varias acciones 31
adicionales a la actitud para el aprendizaje, y que Gómez Bedoya expresa que requiere de tres
áreas de actuación:

- Enseñar a pensar, mediante el perfeccionamiento de los procesos de razonamiento;
- Enseñar sobre el pensar, en que se anima al adulto mayor a ser consciente de sus procesos y estrategias mentales para controlarlas y para la optimización del aprendizaje individual;
- Enseñar sobre la base del pensar, que adapta e incorpora objetivos de aprendizaje a los contenidos de los programas formativos.

Son estas consideraciones que hay que tener en cuenta para la interacción Recreandos-Recreador-Contenidos recreativos, para que se logren los objetivos planteados tanto en la intervención recreativa con adultos mayores de 45 años diagnosticados con ECNT, como con la reflexión de la práctica cumplida y su comparación con otras prácticas de recreadores en el campo de la salud.

4.1.3 Lenguajes lúdico-creativos.

La recreación guiada o dirigida como práctica y proceso pedagógico-educativo, propicia espacios, busca el conocimiento y el aprendizaje de los recreandos a partir de la interacción recreador-contenidos recreativos-recreandos en una relación que se establece a través de las actividades recreativas que se apoyan en los lenguajes lúdico-creativos que permiten el encuentro y la apropiación de herramientas y técnicas (como pintura, música, teatro, danza y otras) que son valiosas para el proceso en el logro de los fines de cada una de las sesiones de trabajo con los recreandos; así construyeron sentido, capacidad de comprensión y significado, representaciones internas, mejora de sensibilidad, emociones, fortalecimiento de memoria y sentimientos; como

también otras percepciones enfocadas en prácticas artísticas y estéticas para la creación de³² cambios favorables en su modo de vida y en la convivencia con su enfermedad crónica en relación con las personas del mundo que los rodea.

De conformidad con lo dicho por Mesa (2002) (citada en Artazcoz y Ossa, 2002), se reafirma la importancia del uso de las herramientas que aportan los lenguajes lúdico-creativos:

G. Mesa (2002) plantea que la Recreación dirigida en tanto proceso educativo se encuentra mediatizada por dos tipos de contenidos de naturaleza distinta, que se complementan en el quehacer pedagógico del recreador. En una primera aproximación podríamos definirlos como:

1. Lenguajes lúdico-recreativos: constituidas por lo lúdico y por las técnicas recreativas apropiadas del arte (pintura, música, teatro, danza, etc.), la ciencia, y la tecnología.
2. El discurso pedagógico: es el lenguaje "instruccional" donde se traman, se entretejen, las normas, las consignas, las instrucciones, las intencionalidades, los acuerdos, las actitudes, las negociaciones, los valores; y en particular los contenidos tanto conceptuales como procedimentales (Párrafo 11)

En torno a los lenguajes lúdico-creativos como mediaciones semióticas, Mesa (1997) los denomina también herramientas semióticas, se construyen en procesos de recreación dirigida en la interactividad recreador/recreandos y están soportadas en la lengua de los partícipes; así los lenguajes lúdico-creativos potencian la comprensión de situaciones que conllevan a la solución de problemas planteados a partir de vivencias que comparten los participantes en una actividad

recreativa, y contribuyen en la integralidad de otros procesos educativos entre los que está el³³ trabajo con los adultos.

La lúdica con los adultos mayores tiene connotaciones diferentes a la lúdica con los niños. El adulto mayor asume el comportamiento y el convencimiento en que fue formado (en la infancia) por sus padres. Del grupo de personas ECNT, con las que se desarrolló la práctica profesional recreativa, se obtuvo la siguiente información: Son personas que consideran que el juego es una pérdida de tiempo, muestran incapacidad para el reconocimiento de lo que disfrutaban cuando ayudan a un hijo o a un nieto a elevar su cometa (por ejemplo), cuando les enseñan a jugar con el trompo o con el yo-yo, o los acompañan a un juego de fútbol, cuando les enseñan a coser los vestidos de una muñeca o de un títere y consideran que ya no tienen edad para eso –para el juego- .

En la medida en que se hicieron adultos abandonaron el juego, la lúdica, el disfrute; en el caso de los hombres adultos, ellos buscaron situaciones de la cotidianidad del trabajo con el compartir conversaciones en torno a una mesa con licor; y en el caso de las mujeres relacionaron las actividades domésticas, los ejercicios y grupos de danza de las personas de la tercera edad, a veces el bordado, el tejido o el culto religioso.

La consulta y el estudio, para que el desarrollo de la propia práctica profesional comprometiera la atención y convocara a la participación de los adultos mayores diagnosticados ECNT, incluyó la presentación de la propuesta recreativa; este hecho causó simpatía, curiosidad y escepticismo al mismo tiempo.

El seguimiento de la consulta de autores que han trabajado la lúdica y la creatividad con personas mayores de 45 años, permitió conocer lo referido por Estela Guadalupe Moro (2004) “El

adulto mayor necesita jugar, liberarse y divertirse...es hombre; hombre íntegro que muchas³⁴ veces se encuentra ligado a prejuicios banales y normas absurdas del deber ser” (p.2).

Según lo expresado por la autora, el juego facilita la autonomía que debe lograr y mantener el adulto mayor, que requiere de su auto-compromiso para jugar y el empleo de estrategias de desarrollo psicofísico como juegos grupales, cooperativos, de inteligencia, expresión, creatividad, destrezas, que generen trabajo integrador que le permita aceptar límites, descubrir potencialidades y posibilidades propias y características de su edad.

También la autora expone que los juegos son acciones que tienen sentido didáctico, que retoman elementos que el adulto mayor adquiere durante su vida y los invita a retomar de forma creativa y activa cada una de sus etapas; en esta parte el rol del facilitador (que puede tener un docente o un recreador) debe estar en la preparación adecuada de los contenidos para el desarrollo de las actividades o tareas; así para el cumplimiento de los juegos y actividades lúdicas el facilitador puede apoyarse en la competencia como factor motivador, pero está obligado al control de los brotes de violencia o rivalidad que puede llevar a los recreandos a diferentes estados anímicos: a la alegría, a la frustración o a la represión de sí mismos.

En su experiencia la autora apunta a que el trabajo que realizó con el adulto mayor ha dado frutos, que ellos mismos se han encargado de descifrar como libertad, gozo, rabia, alegría, tristeza, orgullo, y por sobre todas las cosas, superación personal. Reconocen que están llenos de prejuicios, límites, normas y hasta auto-encierro; que esto les genera una especie de celda que no les permite moverse por temor a golpearse, caerse o perderse, esas son expresiones comunes en el ámbito que los rodea y que los limita en su autonomía.

Como resultados del desarrollo de su propuesta Moro (2004) encontró:

- Que tenían necesidad de expresión y comunicación.

- Que se entusiasmaron con la realización de actividades.
- Que competían y hacían trampa en el juego; que esto generaba violencia entre los participantes, hasta que descubrieron que se juega con y no contra otro, y que esto es norma de convivencia.
- La autonomía personal a través del juego les generó confianza y libertad, así como cambio de percepción sobre sí mismos y sobre sus pares. La didáctica del juego produjo espacios de confianza entre lo que se es y lo que se quiere ser.

...motivó más de un conflicto en aquellos en que el juego estaba gobernado por mitos tales como: ... “...el juego quita seriedad” “...Los hombre no juega...” “...yo ya pasé esa etapa...”, reprimiendo así la necesidad, las ganas de divertirse, de expresarse, de exteriorizar la alegría, de gritar de determinada forma.

Se pudo notar desde las formas jugadas empleadas, como la mayor vivencia, lo que a los 6 años adormeció dentro de él y que lo motivaba a crear y como jugando se revivían esos recuerdos que partían hacia el exterior en forma de creación y expresión únicas de cada uno de ellos. (Moro, 2004, p.4)

Sobre lo lúdico-creativo para la intencionalidad educativa, María Pérez-Iglesias (2010) en su documento “Estrategia lúdico-creativa: al conocimiento y la educación por el placer” expresó: “En este sentido, parece fundamental reflexionar sobre estrategias entretenidas, agradables, lúdicas y creativas que vuelvan más atractivas las actividades educativas tanto para los estudiantes formales como para las personas adultas y adultas mayores. (p. 55-56)

Otros autores, incluida Guillermina Mesa de la Universidad del Valle, han expresado la concordancia de los lenguajes lúdico-creativos en la recreación dirigida, lenguajes que aportan a

la participación, a la colaboración, a la cooperación, a la interacción, a las representaciones, a la³⁶ construcción de sentido y significado, al establecimiento de correlaciones, al disfrute, al goce, al placer, a la felicidad; facilita bases para la conciliación, la negociación, la resolución de conflictos, el respeto a la regla, el desarrollo emocional, el equilibrio, la capacidad creadora, la socialización, y la convivencia. Condiciones fundamentales en la intervención recreativa para el impulso en el fortalecimiento de los hábitos saludables para la mejora de la calidad de vida de los recreandos – personas diagnosticadas ECNT.

4.1.4 La enfermedad crónica y la persona con la ECNT.

Las enfermedades crónicas son de larga duración, son vitalicias, son trastornos de origen multicausal, tienen carácter permanente, inducen en las personas que las padecen y en sus familias modificaciones en el estilo de vida y en la dinámica familiar.

Para un ser humano, el diagnóstico de una enfermedad crónica tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El personal de la IPS COSMITET – Programa de Promoción de la Salud, expresó que la vida con la enfermedad crónica implica más que el padecimiento de un trastorno orgánico que altera las funciones corporales y que limita en las actividades personales; expresan que la enfermedad crónica causa también trastornos emocionales, sentimientos de pérdida, angustia, miedo, resentimiento, depresión, insatisfacción; y que las personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles transforman su comportamiento, viven diferentes etapas que incluyen la secuencia de negación-concientización-rabia-depresión-aceptación. Asimismo la enfermedad le plantea nuevos retos a la personas, donde afrontarlos es un proceso largo que requiere comprensión de lo que le ocurre, y su participación activa en el cuidado de su salud para enfrentarse a las dificultades y asumir transformaciones mediante el tratamiento que implica lo vitalicio de la misma.

Las enfermedades crónicas también causan notable impacto en el sistema público de³⁷ salud al ser las de mayor índice de mortalidad, por esta razón la Organización Mundial de la Salud las considera de alto riesgo.

En las instituciones de la salud, la identificación de la persona con ECNT se hace desde un instrumento denominado la “Valoración Funcional”, que busca la determinación de las capacidades o habilidades sociales y cognitivas de los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles -diabéticos e hipertensos-; así establecen la funcionalidad de las personas, el médico Ramón Miralles (2015) describe que la capacidad de una persona está definida por el concepto de competencia funcional o “Función”, que es la capacidad dada por lo que el ser hace por sí mismo en las actividades cotidianas, son funciones físicas, mentales, emocionales, y sociales.

Las funciones físicas o competencias básicas, o de la vida diaria, son determinadas por las actividades básicas y actividades instrumentales que realiza la persona. Las actividades básicas de la independencia para el autocuidado son seis: lavarse (higiene), vestirse, uso de los servicios sanitarios, moverse libremente (traslado de un lugar a otro dentro de la vivienda, se levanta de la cama o asiento y camina sin ayuda), manejo de esfínteres (continencia), y alimentarse. Las actividades instrumentales, que dan a la persona la independencia para poder vivir solo son ocho: uso del teléfono, hacer la comida, hacer las tareas domésticas, lavar la ropa, usar el transporte público, responsabilidad sobre la medicación y utilización del dinero. Las funciones sociales o de funcionamiento psicosocial son las competencias relacionales con el entorno y con los demás como la familia y los amigos, incluyen consultas sobre estado civil, con quien vive, visita a sus amistades o familiares, si ve a sus amigos y familiares tan frecuentemente como quisiera.

Tanto las actividades básicas, como las instrumentales y las habilidades sociales, fueron³⁸ la base del diagnóstico utilizado en la propia experiencia con los recreandos al inicio de la intervención recreativa.

Miralles (2015), dice que la capacidad funcional es muy frágil porque un adulto mayor independiente puede volverse vulnerable y/o dependiente a causa de cualquier caída, accidente, enfermedad corriente; o por un cambio de medicación, una infección, o una hospitalización, circunstancias en donde la probabilidad de los riesgos aumenta el grado de vulnerabilidad cuando se padece de una enfermedad de tipo crónico. Son pequeñas complicaciones que llevan a que la capacidad funcional disminuya, y a que pueda pasar rápidamente a ser una persona dependiente de otros.

Para la evaluación cognitiva de los recreandos se tuvo en cuenta lo expresado por Martín De Mera (2012), quien dice que con el avance de la edad, el adulto mayor presenta “...un decremento pequeño en el área cognitiva, deteriorándose primero las actividades viso espaciales de cálculo y aprendizaje, mientras que se conservan mejor las habilidades verbales y conocimientos generales.”

El mismo autor determina ocho variables que se relacionan: pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión, resolución de problemas. También se consideraron las áreas neuropsicológicas básicas de la persona como son la afectividad, motivación, atención. Intermedias como lenguajes y funciones viso espaciales, del mismo modo se incluyeron las áreas especializadas: cálculo, praxias u organización de los movimientos (más o menos complejos para determinados propósitos como hablar correctamente, adquirir una posición) y funciones ejecutivas.

Los recreandos facilitaron la valoración de sus habilidades cognitivas en los espacios de³⁹ reflexión, convivencia y en el análisis de las condiciones de autocuidado.

En la intervención con personas diagnosticadas ECNT, la recreación aporta a través de las actividades lúdicas, al fomento de hábitos de vida más saludable y al mejoramiento de las condiciones de salud a partir del estímulo de un proceso de cambio por decisión autónoma. La práctica recreativa bajo este concepto se adaptó a las características personales de los adultos mayores seleccionados en la muestra que se abordó para la práctica profesional universitaria en recreación. Sobre el tema, se encontró una referencia de Maribel Areiza Londoño (2001) quien en su Ponencia “Recreación, Actividad Física y Salud” expresa:

Si nos referimos a la recreación, como el proceso de cambio y superación permanente del hombre, re-crearse es hacerse más humano y más perfecto en cada actividad de la vida diaria. Y entonces ese re-crearse es un objetivo, que integra todos los actos de la vida humana, si hablamos de la recreación como proceso lúdico, nos estamos refiriendo ya no al todo sino a una parte de la actividad humana; cuyo objeto es ser instrumento o medio para conseguir la re-creación integral...(Párrafo 30)

4.1.5 Hábitos o estilos de vida saludable.

Para la definición de hábitos o estilos de vida saludable como pautas de comportamiento individual incorporados por la persona, fue necesario ubicarse en el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud: El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Concepto al que “La Organización Panamericana de la Salud aportó un dato adicional: la salud también tiene que ver con el **medio ambiente** que rodea a la persona.

La OMS (s.f) sobre salud, dice que hay:

una serie de **componentes** que lo integran: el estado de **adaptación al medio** (biológico y sociocultural), **el estado fisiológico de equilibrio, el equilibrio entre la forma y la función del organismo (alimentación)**, y la **perspectiva biológica y social** (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de uno de ellos genera el estado de enfermedad, vinculado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), agente (síndrome) y ambiente (factores que intervienen). (OMC, s.f)

La misma Organización Mundial de la Salud (s.f) determina estilo de vida como la forma basada en patrones de comportamiento identificables precisados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambientales de la persona; ante esto la calidad de vida de la persona mayor, depende de la prevención y cuidado de sus limitaciones funcionales, desnutrición, tabaquismo, adicciones (alcohol, drogas, otras), riesgo ocupacional, ECNT (diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer) y muerte. Los estilos de vida son comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud de las personas y están relacionados con los factores de riesgo o de protección.

Los principales estilos de vida, según la misma organización, están relacionados con la actividad física (caminar, bailar, nadar, jardinería, limpieza del hogar), la alimentación saludable, el control del peso corporal y la tranquilidad emocional. El estilo de vida como conjunto de

actividades que la persona, familia o un grupo social realiza cotidianamente, depende de sus⁴¹ conocimientos y necesidades.

Para la organización OM-C Salud (s.f), que se apoya en conceptos de la OMS, el mantenimiento de hábitos saludables involucra actividades que no tengan efectos negativos sobre la salud: la buena alimentación, la práctica de actividad física y manejo adecuado del estrés. Una buena alimentación implica la disminución del contenido de calorías, el disfrute de la gastronomía y una nutrición equilibrada que priorice las proporciones adecuadas entre proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas). Todos estos nutrientes son igual de importantes para la conservación de la salud, son alimentos suficientes para cubrir con las necesidades nutricionales que cada persona requiere para tener un peso saludable. Debe ser variada, es decir, integra diferentes alimentos de cada grupo en las comidas. Debe ser inocua, que significa que el consumo habitual de los alimentos no implica riesgos para la salud porque están libres de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes.

Como actividad física define cualquier movimiento corporal producido por el sistema músculo-esquelético que da como resultado el gasto de energía. La mayor parte de la población mundial es sedentaria; está probado que el sedentarismo es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas, por lo que llevar una vida físicamente activa disminuye los riesgos de padecerlas y da calidad de vida a quienes las han adquirido. El ejercicio físico que realiza cada persona es específico, libre y voluntario; en este aspecto es necesario considerar que implica movimientos corporales planeados, intencionales, estructurados y repetitivos que se realizan para la mejora o para el mantenimiento de una o más cualidades motoras con el propósito de producir mejor funcionamiento del organismo: saltar, nadar, correr, lanzar, bailar entre otras. La actividad física depende de las características y condiciones de cada persona.

Cada vez ha cobrado mayor reconocimiento que la reducción de costos de la salud pública⁴² está en la interacción con otras disciplinas como la nutrición, la recreación y el deporte; Osorio (2005) expresa que las interrelaciones entre las disciplinas no se está dando en el sistema de salud, y dice que los programas de recreación contribuyen a mejorar la situación y abren alternativas para que las personas tengan mejor salud a través del ejercicio, del control de sus estados emocionales, y de experiencias sociales e intelectuales apropiadas, porque las personas con altos niveles de bienestar hacen buen uso de su tiempo libre y esto impacta positivamente su salud.

Así las actividades de seguimiento y control una vez se presenta la ECNT, su tratamiento y atención de las personas, es una prioridad del orden mundial y una responsabilidad que no sólo se circunscribe al sector salud.

Las consultas sobre el tema dieron como resultado la verificación de acciones integrales, multidisciplinarias e interrelacionadas realizadas en el país. Para el trabajo con personas ECNT, Gloria Yaneth Arias Taborda (2015), dice que se necesita brindar educación al paciente respecto a la adopción de estilos de vida saludables y a la adherencia al tratamiento.

En torno a la adopción de estilos de vida saludables, el Ministerio de Cultura Colombiano (2005) y Coldeportes⁴ como uno de sus organismos adscritos, estimula el desarrollo de las actividades recreativas con los adultos mayores:

La recreación y la vida activa son esenciales para la salud personal: ...También se ha comprobado que la actividad física ayuda a recuperarse de las enfermedades cardíacas, mediante programas de rehabilitación que se basan en el ejercicio, y resultan eficaces para reducir el peligro de muerte. Los efectos de la actividad física en los accidentes

⁴ Coldeportes fue adscrito al Ministerio de Cultura en el Artículo 24 del Decreto 1746 de 2003 Por medio del cual se determinan los objetivos y estructura orgánica del Ministerio de Cultura y se dictan otras disposiciones.

cerebrovasculares están menos claros, ya que las conclusiones de los diferentes estudios⁴³ son contradictorias. La falta de actividad constituye un factor de riesgo en el desarrollo de la diabetes de tipo II.

Hay algunos estudios que han demostrado que realizar ejercicio,..., puede suponer pequeñas pero significativas mejoras en el control de glicemia (azúcar en sangre) de los diabéticos. ... Varios estudios demuestran que la actividad física mejora el bienestar psíquico, la forma en que afrontamos el estrés así como las funciones mentales (como la toma de decisiones, la planificación y la memoria a corto plazo), reduce la ansiedad y regula el sueño.

Existen numerosos estudios que han demostrado que la actividad física reduce la depresión clínica y puede ser tan efectiva como los tratamientos tradicionales, por ejemplo la psicoterapia”. (Ministerio de Cultura, 2005)

Para los adultos mayores con ECNT, la recreación aporta a la construcción de los espacios de socialización y encuentro con los amigos mejorando los niveles de autoestima, ayuda a crear conciencia sobre su utilidad y cuidado de la salud; y permite que la persona se mantenga activa y aporte su experiencia y saberes a otros:

...En esta edad es especialmente importante mantener una actividad física que se adecue a la edad pero que ayude a sostener hábitos de vida saludable, la cual se constituye en la mejor estrategia para tener una vida digna. (Ministerio de Cultura, 2005)

Sobre calidad de vida, concepto que fue complejo de definir porque es subjetivo, pero en síntesis está referido a lo que cada persona concibe y es diferente para cada ser humano. Para esta

significación se tomó lo que expresan Cabrera ME, Agostini MT, Victoria García-Viniegras⁴⁴ CR. (1998), (citados en Victoria, 2007), que es una definición integradora del concepto:

...Calidad de Vida es el resultado de la compleja interacción entre *factores objetivos y subjetivos*; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida. (Victoria y Rodríguez, 2007)

4.2 Marco legal y reglamentario

Dentro del marco legal y reglamentario, se ha incluido la normatividad relativa a la recreación por ser una práctica social intencionada y relacionada con la educación en salud, disposiciones éstas que obligan a las instituciones prestadoras, en el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la atención de todas las personas en cualquier edad e incorporan especialmente a las diagnosticadas con ECNT, que asimismo han sido consideradas en la aplicación del plan nacional de recreación actualmente vigente.

La recreación es un concepto sociocultural que ha sido definido en la legislación colombiana:

...**La recreación.** Es un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento. ...(Ley 181/1995, Art. 5)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud - OMS define la educación en salud como el: 45

Proceso que desarrolla en el individuo la capacidad de pensar, comparar, seleccionar y utilizar información y técnicas en salud adecuadas a sus particularidades bio-socioeconómicas, estructurando en los individuos un máximo de conceptos y actitudes, capaces de llevarlos a la autodeterminación eficaz en salud. (Pachón V. s.f.)

En nuestro país, fue a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993 –norma marco de la salud colombiana, y de su desarrollo legislativo-, que se establecieron otras disposiciones relativas a la atención de las ECNT, pero desde antes de su difusión las enfermedades crónicas ya se trataban como casos de salud pública. Así, el Acuerdo 117 del 29 de diciembre de 1998, estableció el cumplimiento obligatorio de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública como son las enfermedades crónicas no transmisibles –entre ellas, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial-.

Dos años después la Resolución 412 del 25 de febrero de 2000, obliga a todos los actores de salud a velar por la disminución de la morbilidad por causas evitables y a mejorar la calidad de vida con acciones como el cumplimiento de la guía de atención de enfermedades de salud pública, la programación de actividades de salud, el seguimiento y la evaluación.

Diez meses después la Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000 modifica la Resolución 412 y obliga al reporte trimestral de los datos resultado del seguimiento y la evaluación.

La Resolución 0004505 del 28 de diciembre de 2012, citada por Agudelo (2016) estableció la obligatoriedad del reporte relacionado con actividades –entre otras-, la aplicación de guías de atención integral para las enfermedades interés en la salud pública de obligatorio cumplimiento, el Artículo 111 de la Resolución dispone el Sistema de Evaluación y Calificación entre otras de la

Instituciones Prestadoras de Salud – IPS, para que las cifras permitan conocer a primero de⁴⁶ marzo de cada año -como mínimo-, los programas de salud, con prevalencia en las enfermedades de interés en la salud pública, de su población afiliada.

4.2.1 El programa de salud de la IPS.

La experiencia recreativa se desarrolló en el ambiente del programa de salud de la IPS, que debía cumplir con los objetivos dispuestos en la legislación, tenía contenidos de carácter obligatorio para todas las organizaciones de salud en Colombia que están enmarcados en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud que los definió así: “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

La OMS (1998), se aseguró que los Programas de Salud tuvieran fuerza legal y reglamentaria en las naciones; en Colombia son obligatorios a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

La reglamentación del programa de salud en el Decreto Ley 1298 de 1994 y/o la Resolución 3997 de 1996, propone incluir la actividad física como elemento preventivo y terapéutico en programas promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Igualmente tiene los aportes generados en el cumplimiento de la Ley 181 de 1995 de fomento al deporte, la recreación y el aprovechamiento del tiempo libre:

...Los programas...de recreación pueden contribuir a mejorar esta situación y abrir alternativas para que las personas tengan una salud mejor a través del ejercicio, mejoramiento y mantenimiento de estados emocionales positivos, experiencias sociales e intelectuales. Las personas con altos niveles de bienestar tienden a hacer un mejor uso de

su tiempo libre que aquellas que lo hacen esporádicamente. ...El reto seguirá siendo⁴⁷ entonces educar para un ocio y una recreación orientadas al desarrollo humano y que los seres humanos estén en capacidad de tomar decisiones cualificadas en este sentido.”

“...Sin embargo, para quienes se sienten insatisfechos con su calidad de vida de ocio, y quieran sentirse armonizadas con sus circunstancias, dependerá en gran medida de las rutinas específicas y de la capacidad para acceder a oportunidades orientadas al desarrollo humano”. (Roberts, 2000, p.105-107)

En cumplimiento de las normas de salud, dispuestas por el estado, COSMITET LTDA. - IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia en Santiago de Cali - Valle del Cauca, han establecido el Programa de Salud a través del cual ha atendido -entre otros- a personas diagnosticadas con ECNT como Diabetes tipo 2 y/o Hipertensión Arterial (enfermedades crónicas precursoras del deterioro progresivo del ser, de ataques cardíacos y de accidentes cerebrovasculares), enfermedades clasificadas como objetivo fundamental de la salud pública por el impacto que tienen en las estadísticas de mortalidad en Colombia y el mundo.

La observación de los fenómenos, el estudio de los resultados del Programa de Salud en la IPS, y el trato con algunas personas diagnosticadas con ECNT mostró que algunas sufren descompensaciones frecuentes a causa de:

- Negación de su situación de enfermos crónicos.
- Desconocimiento de la gravedad y los riesgos que conlleva la ECNT.
- Irregularidad y poca disciplina para el cumplimiento de las recomendaciones

médicas, clínicas, farmacológicas y de estilo de vida prescritas por los médicos tratantes.

- Falta de conciencia sobre la necesidad de compromiso con el cambio en el estilo de vida, de hábitos, de costumbres, del autocuidado y del ejercicio físico.
- Las actividades desarrolladas por la IPS en el programa de salud que privilegiaban principalmente los aspectos biomédicos de la enfermedad crónica.

4.2.2 El plan nacional de recreación 2013-2019.

Es pertinente hacer mención del Plan Nacional de Recreación 2013-2019 en su Estrategia 8: “Estrategia Nacional de Recreación con y para Personas Mayores” que dispone los siguientes propósitos:

- Posicionar la recreación como una necesidad y derecho de las personas mayores.
- Contribuir a la creación de espacios sociales que mediados por la recreación aporten a la creación de oportunidades para que las personas mayores en Colombia gocen de una vida satisfactoria.
- Contribuir a generar cambios en los significados que la sociedad tiene acerca de la vejez y el envejecimiento y que los colocan en condiciones de invisibilidad y subalternidad.
- Implementar acciones que desde la recreación, con y para las Personas Mayores, favorezcan el desarrollo de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez, y la normatividad nacional.
- Articular las metas sociales, educativas, de salud y de intervención de la estrategia a la política nacional para el envejecimiento y la vejez del país y en correspondencia con los compromisos internacionales de la región. (p. 65)

Esta última estrategia fue una de las bases para la elaboración de la propuesta de mi intervención recreativa en el marco del programa de salud de la IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia.

El Plan Nacional de Recreación, para su cumplimiento determina acciones de investigación-vivencia-formación-gestión en cuanto a lo vivencial expresa:

...es en la vivencia que cobran sentido los objetivos y acciones propuestas para las áreas de efectividad en el Plan Nacional de Recreación 2013 – 2019...Es decir, lo que típicamente se denomina la oferta, en su operación requiere de acciones de gestión institucionales e interinstitucionales y de participación, de talento humano preparado para ello, la vivencia es por excelencia espacio para la producción de conocimiento para el campo y para la puesta en práctica de los conocimientos producidos con fines de transformación...Por otra parte, la vivencia se constituye en espacio de retroalimentación acerca de la pertinencia de la oferta, de la formación que está recibiendo el talento humano, del conocimiento y principalmente es un escenario de producción de cultura y conocimiento.

Conceptos que facilitan la intervención recreativa conjuntamente con otras disciplinas del saber.

4.2.3 Las ECNT como asunto de salud pública.

Las ECNT son consideradas un asunto de salud pública, han sido categorizadas así por la Organización Mundial de la Salud - OMS, y su tratamiento hace parte de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas.

... La pobreza está estrechamente relacionada con las ECNT. Se prevé que el rápido⁵⁰ aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud. ...(OMS, s.f)

Colombia como integrante de la OMS, suscribió el compromiso de cumplimiento de los Objetivos del Milenio y participa para el logro de las metas de salud pública con disposiciones legales de obligatorio cumplimiento, entre otras la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 que en su Artículo 10 dispone el “Uso de los recursos de promoción y prevención” que obliga a las entidades territoriales y a las EPS a las actividades de promoción de salud. En su Artículo 11 dispone la “Implementación de la atención primaria en salud”, en el numeral 13.4 “Cultura del autocuidado.”, en el numeral 13.5 “Orientación individual, familiar y comunitaria” y las “Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud”, en el numeral 13.6 “Atención integral, integrada y continua.”

4.2.4 Legislación nacional con disposiciones para los niveles de servicio e intervención en salud pública, para personas con ECNT.

La Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, establece y define metas e indicadores con fines de evaluación tanto para las enfermedades de interés en salud pública como de la incidencia de las ECNT y en general de las precursoras de eventos de alto costo.

La norma dispone el impulso a la cultura del autocuidado (Artículo 13 Numeral 13.4) y 51 atención a través de grupos multidisciplinarios motivados, suficientes y cualificados.

Ley que podría ser un recurso para definir la pertinencia del trabajo del profesional en recreación en el campo de la salud, porque con la formación actual, se interviene en el campo de la prevención y promoción de la salud, no ocurre lo mismo en otros niveles o categorías.

4.3 Marco contextual

El contexto de la experiencia recreativa en este estudio, se implementa en el marco de un programa institucional de carácter obligatorio que hace parte integral de la atención a los afiliados de una institución prestadora de salud de la ciudad de Santiago de Cali – Valle del Cauca, Colombia.

La práctica profesional universitaria en recreación se realizó en la Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEN y Cía. Ltda. –Su sigla es COSMITET-, con NIT. 830023202-1 y número de matrícula 00743902, su domicilio principal está en la ciudad de Bogotá D.C. Se constituyó bajo escritura pública número 3.847 en la Notaria 48 de Santa Fe de Bogotá, el 16 de octubre de 1.996, la que quedó inscrita el 28 de octubre bajo el número 560.005 del libro IX.

El objeto social de COSMITET es la prestación de los Servicios Médico-Asistenciales, la elaboración y ejecución de programas especiales de salud con base en la acreditación de su Sistema de Garantía de Calidad en Salud. Se ha fortalecido y posicionado en el Sur - Occidente del País, apoyado en el desempeño ético e idóneo de su talento humano y la permanente innovación tecnológica en las áreas de promoción, prevención, rehabilitación y tratamiento de la salud. También lograron la acreditación de sus agencias en Buenaventura, Tuluá, Roldanillo, Zarzal, Cali, Yumbo, La Victoria, Sevilla y Caicedonia en el departamento del Valle del Cauca, así como en Tumaco y La Unión en Nariño.

COSMITET brinda a sus afiliados y clientes particulares servicios de alta calidad dentro⁵² de un ambiente de respeto, confianza y honestidad. Una de sus IPS es la sede Ferrocarriles – Puertos de Colombia, que está ubicada en el Barrio Tequendama de la ciudad de Cali, Carrera 41 N°5B-70 de la actual nomenclatura de la ciudad.

La IPS seleccionó un grupo de 60 de sus afiliados que asistían a las actividades del Programa de Salud de la IPS, adultos mayores con edades entre 45 y 60 años – personas con ECNT –diabéticos tipo 2 e Hipertensos-. Con ellos se desarrolló la propia intervención recreativa, ellos fueron los recreandos, la mayoría conocidos y caracterizados por el equipo del programa de salud como personas con alto riesgo de descompensación a causa del mal manejo que daban a su enfermedad crónica.

5. METODOLOGÍA

Para el análisis de la experiencia recreativa en COSMITET – IPS se planificaron tres partes:

1. Reconstrucción de la propia intervención recreativa.
2. Descripción de las actividades recreativas que se utilizaron en la práctica profesional, logros y resultados.
3. Comparación de la experiencia propia con tres experiencias significativas de otros recreadores que realizaron su práctica profesional universitaria en el contexto intrahospitalario de la salud de Santiago de Cali, Colombia.

5.1 Primera parte: reconstrucción de la propia intervención recreativa

Para la reconstrucción de la propia intervención del desarrollo de la práctica profesional en recreación se describen: el diseño metodológico de la misma, la propuesta metodológica de intervención mediada por la recreación dirigida que fue la Secuencia de Actividades Recreativas Intensivas – SARI, y el método de recolección de la información.

5.1.1 Diseño metodológico de la intervención en la práctica profesional de la recreadora.

En el diseño metodológico se determinó la unidad de muestreo y el tamaño de la muestra de la intervención recreativa, la unidad de análisis, las variables, los criterios de validez, el tipo de estudio y el método de investigación.

5.1.1.1 Unidad de muestreo.

54

Del total de personas del universo, en conjunto con el equipo del Programa de Salud de COSMITET-, concertamos el tamaño de la muestra para la realización de mi práctica profesional universitaria que se hizo con 60 personas mayores de 45 años –hombres y mujeres- diagnosticadas con ECNT (hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2) inscritas en el programa. Los Recreandos fueron organizados en cuatro grupos de 15 personas cada uno. Conviene destacar que los Recreandos fueron acompañados por sus familiares-cuidadores, quienes participaron en toda la realización de la secuencia de actividades recreativas intensivas desarrolladas.

5.1.1.2 Unidad de análisis.

Los Recreandos son usuarios-beneficiarios de los programas y servicios de salud de la IPS COSMITET.

5.1.1.3 Variables observadas.

Variables independientes o causales.-Son las variables que influyeron e incidieron en otras variables:

- La situación de la persona con una enfermedad crónica no transmisible (Diabetes mellitus tipo 2 y/o la hipertensión arterial).
- Los hábitos de vida saludable en condiciones de ECNT.

Variable dependiente.

La incidencia del programa de salud en el fortalecimiento de las competencias para la vida a nivel personal y relacional de los Recreandos.

Variable interviniente.- O que afectó el resultado esperado:

La intervención recreativa con los Recreandos adscritos al programa de salud de la IPS.

Confiabilidad.

La validez de los resultados de la intervención recreativa produjo consecuencias congruentes para la aplicación en circunstancias similares a otros programas de promoción de la salud en la IPS.

5.1.1.5 Tipo de Estudio.

Descriptivo.

Para el abordaje de apoyo al mejoramiento de las competencias para la vida de los Recreandos, se hizo el **estudio de tipo descriptivo** sobre el aporte de la recreación dirigida en la dinámica de la práctica profesional universitaria, a través de contenidos recreativos apoyados en lenguajes lúdico-creativos, trabajados en una secuencia de actividades recreativas intensivas - SARI.

El estudio de tipo descriptivo, inicialmente menciona las características particulares de los Recreandos en los términos de funcionalidad, tal como los caracteriza el programa de salud; señala la forma en que está planificado y ejecutado el programa de salud de la IPS.

En el estudio de tipo descriptivo se muestra la secuencia de actividades recreativas intensivas que se trabajó, y cómo contribuyó la recreación dirigida en la mejora de hábitos y competencias de los Recreandos para una vida saludable.

La descripción se enfoca desde de la observación y del estudio de la eficacia del programa de salud de la IPS con personas con enfermedades crónicas no transmisibles, que indicó cómo algunos sufren descompensaciones frecuentes a causa del desconocimiento de la gravedad y los riesgos que conlleva su enfermedad, de la falta de conciencia sobre la necesidad del cambio en el estilo de vida, de hábitos, de modificación de las costumbres, de la necesidad del autocuidado y

del ejercicio físico, de la irregularidad y la poca disciplina en el cumplimiento de las⁵⁶ recomendaciones clínico-farmacológicas y de estilo de vida prescritas por los médicos tratantes.

Se planificó la ejecución de la intervención y la interacción mediada por la recreación guiada como una contribución a los hábitos saludables de los Recreandos, también se describió el desarrollo de las actividades en las que se fortalecieron sus competencias y la habilidad para la aplicación de los conocimientos, los nuevos aprendizajes, el fortalecimiento de la comunicación, la forma de asumir los retos de la vida con la enfermedad que los acompañará, el autocontrol de situaciones nuevas, el fortalecimiento psicosocial propio y el relacional con otras personas de su entorno próximo y del contexto en que se desempeña el Recreando.

5.1.1.6 Método.

Inductivo.

En el análisis de la intervención, como recreadora propuse el **método inductivo** para el ordenamiento de la información u observación y la producción de conclusiones de carácter general a partir de datos particulares. Para la inducción se partió de tres conceptos: recreación dirigida, educación en salud y calidad de vida.

5.1.2 Propuesta metodológica de intervención mediada por la recreación dirigida -

Secuencia de Actividades Recreativas Intensivas – SARI.

La metodología para la dinamización de las prácticas recreativas se fundamenta principalmente en la creación de espacios pedagógicos, donde se privilegia la participación activa de las personas, la potenciación de la capacidad de toma de decisiones, y solución de problemas y conflictos y el desarrollo de habilidades para la vida, con un eje central, transversal, como es la lúdica, el goce y el placer por lo que se hace. (Osorio, E. 2005. Párrafo 15)

Una vez la solicitud para la intervención recreativa fue aprobada, la recreación guiada con intencionalidad educativa se desarrolló en procura de que los recreandos ECNT conocieran los peligros y riesgos que conlleva su enfermedad para el fortalecimiento de la necesidad del autocuidado personal, alcanzar óptima calidad de vida, mantenimiento de relaciones armónicas con las personas de su entorno próximo -incluidas las de atención en salud-; para el logro del compromiso y la participación real de familiares-cuidadores en el mejoramiento de las prácticas saludables que contribuyan a la estabilidad y buenas condiciones de la persona que padece de este tipo de enfermedades.

En esta parte se han descrito aspectos de la intervención desde la recreación guiada durante la práctica profesional universitaria con los recreandos, en donde se elaboró, presentó y explicó el contenido del cronograma de la Secuencia de las Actividades Recreativas Intensivas – SARI que orientó el cumplimiento de las sesiones recreativas en el período determinado (entre el 9 de febrero y el 10 de abril de 2015), los días lunes y viernes –dos grupos cada día-, y en donde las dos últimas sesiones se trabajaron conjuntamente con los cuatro grupos. Las actividades desarrolladas fueron las siguientes:

- (1) Conocimiento entre sí de los recreandos en cada uno de los grupos; diagnóstico del grupo de recreandos, y su compartir de antecedentes sobre cuidado-vida en familia-alimentación-ejercicio.
- (2) Relacionamiento con acompañante-cuidador.
- (3) Casos ilustrativos para la vida de los recreandos con ECNT y sus familiares.
- (4) Sesión de reconocimiento de su cuerpo.
- (5) Integración.

(6) Juego con caja con arena.

58

(7) Creación libre de obra para títeres por los recreandos ECNT.

(8) Exposición de los trabajos de los recreandos ECNT.

(9) Conceptos y comentarios sobre vida saludable y calidad de vida, guiados en una secuencia de actividades recreativas.

Cada una de las sesiones de intervención con los recreandos, mediada por SARI, fue estructurada en los cuatro momentos de la metodología: apertura, exploración, negociación, socialización-evaluación. Fueron articuladas la serie de actividades recreativas construidas a partir de referentes conceptuales y principios teóricos de la recreación dirigida que se sustentan en la intencionalidad educativa, en la comunicación, en los lenguajes lúdico-creativos y en las técnicas recreativas específicas asociadas a los mismos.

Cada uno de los momentos, de la secuencia de actividades recreativas intensivas desarrolladas, fue cumplido de la siguiente forma:

Momento 1.Apertura.

La apertura se realizó en cada una de las sesiones con la participación de los recreandos y sus familiares-cuidadores y/o amigos acompañantes que se reunieron en el auditorio de la IPS, espacio que previamente se había destinado para la intervención recreativa.

Durante este primer momento SARI, siempre se hizo el saludo de bienvenida a los participantes y la presentación de la actividad en cada una de las sesiones recreativas. En la reunión inicial se conformaron los subgrupos de 15 recreandos cada uno, se dinamizó la presentación de los participantes para que se conocieran entre sí; y se expuso el Cronograma total de la intervención en recreación, los propósitos de la práctica a través de la secuencia de actividades recreativas intensivas que se desarrolló por cada sesión de trabajo. Se explicó también la duración y horario

de cada una de las sesiones que realizamos, y se respondieron las consultas e interrogantes de los⁵⁹ recreandos. En cada una de las sesiones se hizo la recapitulación de la sesión anterior para propiciar en los recreandos el recuerdo de los temas trabajados, la fijación de conocimientos, y asegurar así la continuidad de la intervención recreativa.

Momento 2. Exploración.

La exploración correspondió al concepto de actividad auto-estructurante, en la que se buscó que los recreandos construyeran su propio conocimiento. Actividad que consistió en la aceptación de un objetivo que tiene origen en sí mismo o en otra persona, así se organizaron las acciones para el logro de la meta. La exploración de sí mismo y de los demás se dio en la interacción de los recreandos con los contenidos de los lenguajes lúdico- creativos (juegos para el fortalecimiento del diálogo, el relacionamiento, los roles, la improvisación, el entrenamiento de habilidades, la negociación, el humor, la construcción con arena y figuras; el uso de técnicas apropiadas del arte como la pintura, el dibujo, el drama, la caricatura, la historieta, la elaboración de títeres); así a partir de la influencia educativa, se dispusieron para el aprendizaje a través de la organización de acciones intencionadas, así mismo se facilitó el ambiente propicio para el desarrollo de la actividad. Para la indagación se hizo referencia a los dos criterios: actividad que le interesa al recreando, y el criterio de la autonomía para el desarrollo de la actividad, donde el recreando es autor de su propio desempeño apoyado en su experiencia e iniciativa.

En el momento exploración, se consideró conveniente el uso de preguntas que ofrecieron claridad a través del lenguaje lúdico- creativo y posibilitaron el reconocimiento mutuo de los recreandos con la puesta en común de sus experiencias; así se lograron espacios de afinidad, familiaridad y camaradería para el trabajo conjunto, cooperativo y colaborativo entre iguales, a partir de vivencias individuales.

Significó el establecimiento de acuerdos entre todos los actores de la actividad recreativa con el propósito de toma de decisiones por parte de los recreandos sobre las tareas colectivas que fueron propuestas, decisión que involucró representaciones personales en las actividades lúdico-creativas. La tarea de negociación conllevó a que los recreandos asumieran sus limitaciones y a que aportarán sus fortalezas y potencialidades para el diálogo entre ellos.

La actividad recreativa plantea en su desarrollo tres tipos de problemas que se evidencian en toda la secuencia de actividades recreativas intensivas SARI: problemas cognitivos, creativos y sociales.

Problemas de tipo cognitivo.- En el desarrollo de la actividad recreativa el recreando se enfrenta a situaciones que lo llevan a la exploración de conceptos sobre los temas a representar como el uso de su capacidad argumentativa, el manejo de conceptos, concepciones, creencias, valores, mitos e imaginarios. Fue un espacio en el que inicialmente se mostraron tímidos, inseguros y víctimas del pánico escénico.

Problemas de tipo creativo.- Los recreandos fueron retados para que asumieran por consenso la representación simbólica del concepto o idea previamente seleccionado por ellos. Se hicieron evidentes sus capacidades personales, habilidades, estrategias comunicativas y expresivas. El momento negociación con los recreandos, fue importante por la discusión que se produjo sobre la responsabilidad conjunta aceptada por ellos, producto de la actividad propuesta por la recreadora.

Problemas de tipo social.- Otras actividades recreativas les exigieron a los recreandos resolver la situación de manera colectiva y no individual mediante el aporte de su dinámica

organizativa, de sus actitudes y aptitudes para la solución de la pregunta orientadora del⁶¹ problema propuesto.

Hubo momentos de negociación en que se observaron situaciones de liderazgo, competitividad, individualismo, respeto y cooperación para la realización de la tarea común.

Así recreandos y acompañantes se organizaron de forma cooperativa y colaborativa para la solución de los problemas y determinaron colectivamente la solución.

Momento 4. Socialización y Evaluación.

Se propuso en cada sesión recreativa la plenaria para compartir resultados obtenidos por cada uno de los pequeños grupos, espacio para la socialización de acciones y puesta en común que tuvo mucho significado para los recreandos copartícipes, que hasta ese momento desconocían el trabajo de los otros grupos de recreandos. La comunicación del proceso cumplido y los resultados logrados fue relevante porque permitió el análisis de la recreación dirigida como influencia educativa en la lógica de la secuencia de actividades recreativas intensivas – SARI realizadas. La evaluación fue realizada durante las diferentes sesiones, hecho que implicó la reconstrucción de las experiencias individuales y colectivas.

La secuencia de actividades recreativas intensivas requirió de planificación rigurosa y del alistamiento detallado para la ejecución de las actividades, dinámicas, reflexiones, juegos; y de la posterior reflexión sobre los hechos cumplidos en la interacción Recreadora-Recreandos-Contenidos Recreativos.

5.1.2.1 Exploración y reconocimiento de la población: aplicación de encuestas diagnósticas y observación.

La exploración y el reconocimiento de los recreandos se cumplió en la primera sesión de actividades recreativas intensivas (SARI), a través del juego de reconocimiento se logró el

diagnóstico para la determinación de la capacidad funcional de los recreandos, se utilizaron⁶² encuestas elaboradas para la determinación del grado de independencia con el que ellos desarrollaban las actividades instrumentales básicas de la vida diaria, su relacionamiento social con sus familias y amigos; y la segunda parte del reconocimiento, fue el diagnóstico cognitivo que se cumplió en la observación directa del desempeño de los recreandos en cada una de las sesiones que se desarrollaron durante la intervención recreativa.

El reconocimiento de los recreandos a través de la encuesta de diagnóstico se apoyó en la Escala de OARS, escala social que proporciona información sobre la estructura familiar, los recursos económicos, la salud mental, física y capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria; instrumento de consulta que se utiliza para los diagnósticos en salud que permite la determinación de las capacidades funcionales de cada persona en observación médica. A través de la aplicación de la encuesta de diagnóstico, se exploraron las competencias básicas de los recreandos:

En la Tabla 1 se describen las seis actividades básicas de la vida diaria o de independencia para el autocuidado que fueron consultadas con los recreandos y que permitieron la determinación de su estado funcional o capacidad para valerse por sí mismos; estas actividades básicas son: lavarse, vestirse, el uso de los servicios sanitarios, moverse libremente o trasladarse de un lugar a otro dentro de la vivienda, levantarse de la cama o asiento y caminar sin ayuda, manejar esfínteres o continencia y alimentarse.

Diagnóstico de la capacidad y habilidad personal (Valoración funcional)		
N°	Actividades básicas	Consulta
1	Baño	Independiente: Se baña solo o precisa de ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía
		Dependiente: Precisa de ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en el baño, o no puede bañarse solo
2	Vestirse	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos
		Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido
3	Uso de los sanitarios	Independiente: Va al sanitario solo, se arregla la ropa y se limpia
		Dependiente: Precisa ayuda para ir al sanitario
4	Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo
		Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
5	Manejo de esfínteres (continencia)	Independiente: Control completo de micción y defecación
		Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación
6	Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)
		Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral

Fuente: Escala instrumental OARS⁵

En la Tabla 2, se relacionan las actividades de tipo instrumental que las personas ECNT realizan en su vida diaria independiente; acciones que se describen como la capacidad para uso del teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso del transporte público, responsabilidad por el uso de la medicación y utilización del dinero.

⁵ **Escala de OARS:** instrumento aplicado en salud que proporciona información sobre la composición familiar, la economía, la salud mental, física y las aptitudes para la realización de las actividades de la vida diaria; permite valorar desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta un deterioro social total (6 puntos). Información encontrada en Blog de la Universidad de San Jorge – Grupo San Valero (2012).

Consulta diagnóstica de las actividades instrumentales de la vida diaria independiente

Actividades instrumentales	Ítem para diagnóstico instrumental
Capacidad para usar el teléfono	Utiliza el teléfono por iniciativa propia
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar
	No es capaz de usar el teléfono
Hacer compras	Realiza todas las compras necesarias independientemente
	Realiza independientemente pequeñas compras
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra
	Totalmente incapaz de comprar
Preparación de la comida	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas
Cuidado de la casa	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa
Lavado de la ropa	Lava por sí solo toda su ropa
	Lava por sí solo pequeñas prendas
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro
	No lava
Uso de medios de transporte	Viaja solo en transporte público o conduce su propio vehículo
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona
	Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros
Responsabilidad respecto a su medicación	No viaja
	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente
	No es capaz de administrarse su medicación
Manejo de sus asuntos económicos o de manejo del dinero	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos
	Incapaz de manejar dinero

Fuente: Escala instrumental OARS

También fueron incluidas algunas preguntas sobre actividades o habilidades sociales⁶⁵ para la valoración funcional. En la Tabla 3, se describen los ítems consultados para el diagnóstico de los recreandos, como estado civil, personas con quién vive, si visita a sus amistades o familiares, si ve a sus amigos y familiares tan frecuentemente como quisiera.

Tabla 3

Consulta diagnóstica sobre actividades sociales de la vida independiente

Actividades Sociales	Ítems para diagnóstico de habilidades sociales
¿Cuál es su estado civil?	Soltero
	Casado/a
	Viudo/a
	Divorciado/a
	Separado/a
	No responde
¿Con quién vive?	Nadie
	Esposo/a
	Hijos
	Nietos
	Padres
	Otros. Especificar
	Hermanos/as
	Otros familiares
	Amigos/as
¿Visita a sus amistades o familiares?	Cuidadores pagados
	Si
	No
	No responde
Ve a sus amigos y familiares tan frecuentemente como quisiera	Si
	No
	No responde

Fuente: Escala instrumental OARS

El diagnóstico de los 60 recreandos de la muestra -adultos mayores ECNT de 45 años- inscritos en el Programa de Promoción de la Salud de la IPS dio los siguientes resultados:

El 100% eran personas independientes para el manejo de las actividades básicas de la vida diaria, desarrollan las siguientes actividades instrumentales de la vida cotidiana: hablan por

teléfono, hacen compras, preparan sus alimentos (aunque con temor a cortadas o quemaduras),⁶⁶ cumplen con el cuidado de la casa, hacen uso del transporte, y manejan sus asuntos económicos.

En cuanto a las actividades instrumentales, el 58,33% dijeron que lavan su propia ropa, el 20% expresaron que lavan su ropa interior, y el 21,66% manifestaron que son otras personas quienes lo hacen.

En el consumo de la medicación, se encontró que solo el 51,66% de los consultados lo hace por sí mismo en la dosis correcta y a la hora precisa. Mientras el 48,33% manifestó que son las esposas, hijos o familiares, o cuidadores, quienes les suministran los medicamentos.

En cuanto a las actividades sociales y de convivencia, el 83,33% dijo que vivía con su esposo o esposa o compañero/a permanente, el 8,33% vivía con sus hijos, el 3,33% con nietos y el 5% con familiares.

El 100% dijo que cumple con las actividades sociales de visita a amigos y familiares, el 71,66% expresa que ve a familiares y amigos siempre que lo desea, mientras el 28,33% dice que no. Algunos manifestaron que éstos viven en otras ciudades o en otros países.

Cada uno de los 60 recreandos respondió personalmente la encuesta del diagnóstico. Los resultados mostraron que son aptos para la participación en las actividades de recreación propuestas.

Cuando se socializaron los resultados del diagnóstico funcional con los recreandos, éstos manifestaron que reconocen que su capacidad funcional es frágil porque están en riesgo a causa de imprevistos como una caída, una cortada, un golpe o un accidente que son eventos imprevistos pero probables para cualquier persona, pero que para ellos puede hacer que aumente el grado de vulnerabilidad y que se produzcan complicaciones, que aunque pequeñas, los lleva a que su

funcionalidad disminuya y que de ese estado puedan pasar rápidamente a ser dependientes de⁶⁷ otros y/o a mostrar signos de descompensación que los lleven a la hospitalización.

Asimismo a través de las actividades recreativas juego en la caja con arena y en la creación libre de una historieta para títeres, los recreandos identificaron y compartieron en el momento SARI de socialización las situaciones de desconcierto, angustia, estrés, depresión, negación, rabia, impotencia que habían sentido cuando fueron conscientes que padecían la ECNT; situación de enfermos sin cura médica actual, con dificultades para la práctica de hábitos de vida saludable y búsqueda de calidad de vida. Reconocieron que no tuvieron educación basada en el ejercicio y en el deporte, ni cuidado para el consumo de comida saludable. No consideraron que debían cuidarse del tabaquismo, del alcohol, de sustancias psicoactivas, manifestaron que no habían creado la cultura del autocuidado, no habían trabajado por la adaptación a la rutina de cuidados a que los obliga la ECNT, no habían hecho el aprendizaje sobre la enfermedad, habían omitido el cambio de costumbres y las precauciones inherentes a su condición. No habían sido conscientes de la gratitud ni de la necesidad de la armónica y sana convivencia con el grupo familiar, ni con amigos ni con los cuidadores, ni con la comunidad de su entorno; y que no habían asumido rigurosamente el cuidado responsable de las condiciones para la calidad de vida.

El desempeño de los recreandos en la secuencia de actividades recreativas intensivas – SARI permitió el cumplimiento de la segunda fase del diagnóstico, que era la verificación de su capacidad cognitiva, capacidad que incluye: memoria, comprensión, atención, creatividad e imaginación. Permitió la observación de la atención a la guía entregada en la actividad recreativa, se comprobó que los recreandos interpretaron y recordaron apropiadamente las orientaciones dadas para la realización de las actividades recreativas, consultaron lo que no comprendían bien, fueron capaces de trabajar con otras personas, dialogaban con ellas, colaboraban entre sí, le ponían humor

a lo que hacían, explicaban a otros lo que interpretaban de cada actividad, aplicaban soluciones⁶⁸ creativas y hacían uso de la imaginación para la solución de problemas. Así mostraron su capacidad de pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión y capacidad para la resolución de problemas.

Se observó en el desempeño de los recreandos los aspectos relacionales, la forma como interactuaban con otras personas, que como ellos tienen diagnóstico de ECNT, con sus acompañantes-cuidadores de las otras personas (que casi siempre fueron las mismas), la interrelación con el personal administrativo y de salud de la IPS; se comprobó que se produjeron manifestaciones de afectividad, motivación y atención. Se percibió el uso del lenguaje y de las funciones viso-espaciales, uso de la memoria y las formas de la toma de decisiones a veces por consenso y otras por mayoría.

La intervención recreativa cumplida estuvo mediada por los lenguajes lúdico-creativos: teatro, danza, expresión gráfico-plástica, música, juego, expresión oral y narrativa. La observación de su desempeño en las actividades recreativas mostró que tenían capacidad para la aplicación de sus conocimientos a cada tarea en cada una de las sesiones recreativas.

5.1.3 Método de recopilación de la información para análisis

En el proceso de intervención recreativa para la reflexión sobre la experiencia se cumplieron los siguientes pasos del método inductivo:

- Registro de los hechos.
- El análisis y la clasificación de la información.
- La producción de resultados y conclusiones a partir de observaciones particulares

o derivación inductiva de una generalización de los hechos.

- La comparación entre experiencias para el análisis de diferentes prácticas⁶⁹ recreativas desarrolladas en el campo de la salud, con el propósito de la identificación de semejanzas y diferencias para la observación de los problemas con los que partieron, de los objetivos planteados, de los resultados obtenidos y de las conclusiones para el beneficio de los recreandos ECNT.

La recopilación de la información como proceso planeado y organizado se realizó a través de:

- Entrevistas.
- Encuestas.
- Registros específicos (diarios de campo o bitácoras, fotografías, videos) y
- Consultas documentales sobre experiencias recreativas en salud y sobre trabajo con ECNT.

Las entrevistas que se realizaron con las personas a cargo de la dirección y coordinación del Programa de Salud de la IPS, fueron conversaciones dirigidas a través de preguntas y respuestas aportaron información sobre los contenidos, dinámicas cumplidas, intencionalidad, resultados, y la forma en que trabajaban con personas como las del grupo de ECNT de la muestra o recreandos.

A través de encuestas –tipo cuestionarios- se abordó el diagnóstico de los recreandos y se hizo la evaluación de algunas de las actividades recreativas.

Los registros específicos incluyeron convocatorias y llamadas telefónicas hechas –desde la IPS- a los recreandos para que recordaran el compromiso con la realización de la secuencia de actividades recreativas intensivas planificadas, se documentó cada una de las actividades recreativas programadas, se solicitó y alistaron los materiales para cada una de ellas. Durante las actividades recreativas se diligenciaron los listados de asistencia, se hicieron algunos videos y se

tomaron fotografías, se llevaron bitácoras o diarios de campo en los que se incluyó el objeto de⁷⁰ cada sesión y los resultados de las mismas.

Se revisaron fuentes documentales en la biblioteca de la Universidad de Valle, se hizo la revisión de trabajos de grado a través de internet. La consulta permitió la selección de los documentos para la comparación de la experiencia recreativa desarrollada por otros recreadores y profesionales que han trabajado en el área de salud y con ECNT.

5.2 Segunda parte: descripción de las actividades recreativas utilizadas para la mejora de los recreandos, logros – resultados – conclusiones

Las actividades recreativas de la práctica profesional universitaria se desarrollaron entre el 9 de febrero y el 10 de abril de 2015. La intencionalidad educativa de la recreación dirigida fue guiada por la planificación que se plasmó en un cronograma y que tuvo la finalidad del mejoramiento de las competencias para la vida de los recreandos, se buscó que ellos mismos interiorizaran y concluyeran sobre la necesidad que tenían de la modificación de sus costumbres hasta que llegaran a la creación de hábitos y de la cultura para tener una vida saludable y de calidad.

En el anexo 2 se incluye el cronograma de la secuencia de actividades recreativas intensivas que se desarrollaron con todos los grupos de recreandos. Se relacionan los nueve temas de la intervención recreativa en que inicialmente se propició el conocimiento entre ellos buscando dinámicas de sensibilización para facilitar la aplicación del diagnóstico que determinaría su estado funcional, y que a su vez profundizaran en el conocimiento de sus sentimientos y emociones-cuidados-cuidado de la alimentación-actividad física para el mantenimiento en su condición de ECNT. Se contó la participación activa de acompañantes-cuidadores. Una de las actividades versó sobre los roles de ellos en el mantenimiento de estilos de vida saludables de las personas diagnosticadas con ECNT, otra tuvo que ver con el reconocimiento del cuerpo y los cuidados del

mismo en condiciones de la enfermedad crónica, de su singularidad y de la individualidad de⁷¹ los seres humanos. En otra de las sesiones se fortalecieron los aspectos relacionales a través de actividades de integración con el juego en la bandeja de arena para sacar a flote los sentimientos, frustraciones, temores, angustias, incertidumbre, desasosiego que tenían en su interior, con el propósito de reconciliarse consigo mismos y facilitar que se auto-aceptaran en condiciones de la enfermedad crónica. Se estimuló el reconocimiento y reencuentro con su creatividad, su imaginación y su capacidad para la representación de sus pensamientos a través de obras elaboradas por ellos; se propició la reflexión sobre el descubrimiento de las destrezas que cada uno posee, las que pusieron de manifiesto y socializaron en la exposición artística de sus creaciones. Finalmente trabajaron los conceptos de vida saludable en el ambiente de la ECNT, para la práctica de hábitos y estilos saludables para sus vidas.

5.2.1 Logros de la propia intervención recreativa a través de la SARI.

Cada una de las actividades recreativas planificadas y ejecutadas con los recreandos tuvo un propósito educativo determinado, se cumplió como un proceso al que inicialmente recreandos y acompañantes entraron con resistencia manifestada en diversas reacciones emocionales como temor, miedo, angustia, hostilidad, escepticismo y mucha incertidumbre. Los recreandos mostraban rechazo al reconocimiento de su enfermedad y a la certeza del carácter de la cronicidad de la misma, manifestaban sentimientos interiores de negación, la impresión de estar sufriendo un castigo, escasa comprensión de las implicaciones que la ECNT tiene para el organismo del ser que la padece, y pocas nociones sobre la necesidad del fortalecimiento de sus habilidades para la conservación de una vida saludable.

Al inicio del proceso recreativo y a partir del lenguaje pedagógico-instruccional se entretejieron orientaciones, normas, consignas, pactos, negociaciones, valores y contenidos

conceptuales y procedimentales. Con los lenguajes lúdico creativos seleccionados para cada una⁷² de las actividades recreativas, se dieron las explicaciones sobre la intencionalidad educativa y transformadora de la recreación guiada apoyada en la pedagogía, propósito formativo que desde la perspectiva instruccional buscó el aprendizaje, la puesta en práctica o la resignificación de los conceptos y habilidades para el trabajo conjunto, para la negociación de acuerdos y solución de problemas grupales. Asimismo a través de los lenguajes lúdico-creativos, constituidos por las técnicas recreativas apropiadas del arte como la pintura, la música, el teatro, la danza y otras, se logró el relacionamiento social entre recreandos, entre éstos y sus acompañantes, entre acompañantes y entre todos (ECNT y acompañantes) con personas de atención en salud de la IPS.

Se logró que la lúdica estimulara en cada ser los pensamientos, los recuerdos-la memoria y los sentimientos a través de lo gráfico-plástico, de los juegos dramáticos, de las narraciones, de la música, entre otras actividades recreativas, para que facilitaran el diálogo, la conversación, la interacción entre las personas y la construcción de nuevos aprendizajes que tuvieran la finalidad de aportar al fortalecimiento, mantenimiento y reafirmación de habilidades para la mejora de la calidad de vida de cada persona. Beneficios del proceso recreativo que fueron verificados en la evaluación y el análisis por parte de los recreandos. La secuencia de actividades recreativas intensivas desarrolladas con los recreandos permitieron los siguientes logros:

Secuencia recreativa 1: Conocimiento entre compañeros y hablemos de nuestro estado

En la primera sesión de trabajo con los recreandos, quienes ya conocían a la recreadora por su vinculación con la IPS, se hizo la presentación formal como practicante profesional del Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle, se expuso el propósito de la intervención recreativa en el marco del programa de salud de la IPS, se expresó que la

intencionalidad, a partir de la experiencia, la IPS incorporaría a su programa de salud los⁷³ elementos necesarios para que quienes padecen ECNT comprendan mejor su condición de cronicidad a través del aumento de los conocimientos sobre la enfermedad (síntomas, efectos, manejo) y la relación con los hábitos de vida saludable, los cambios de actitud para tener mejor calidad de vida.

Se logró despertar el interés y la aceptación de las personas de cada uno de los grupos de recreandos para el cumplimiento del cronograma de actividades recreativas que se propuso.

Durante la presentación de participantes-recreandos cada uno dio su nombre y manifestó lo que hacía en esos momentos (trabajo, o estado de pensionados, tiempo en la IPS, tiempo de padecimiento de la ECNT, y algún otro asunto que quiso compartir); esta actividad logró que se conocieran como compañeros de grupo y disponerlos a la participación en las actividades recreativas, igualmente se logró que se reconocieran en los lugares comunes de su enfermedad y del programa de salud de la IPS.

En la presentación dieron cuenta del tiempo que llevan desde el descubrimiento del padecimiento de la ECNT, de sus percepciones sobre lo que había representado para cada uno su enfermedad, hablaron de la incertidumbre frente a una enfermedad crónica, de su angustia, del miedo a perder la visión, del pánico ante el riesgo de las amputaciones, del temor a las secuelas de una trombosis, a la sensación de inutilidad por la incapacidad para valerse por sí mismos, de su rechazo a re-aprender a comer, de la incertidumbre frente a las consultas médicas, a los exámenes de laboratorio, y a la toma de medicamentos por el resto de sus vidas. Los acompañantes también se presentaron durante la sesión y manifestaron sus sentimientos de desconcierto, desconocimiento y sensación de no lugar frente a cómo actuar para ayudar a la persona enferma crónica.

Luego de esta etapa se logró la participación para la realización del diagnóstico. Al⁷⁴ finalizar algunas personas manifestaron lo siguiente:

“No imaginé que todo lo que hago todos los días refleja mi autonomía para la vida”.

“Estas preguntas le muestran a uno que todo tiene un fundamento, que todo lo que uno hace desde que se levanta hasta que se duerme tiene un significado”

“Yo quiero ser independiente siempre, esas preguntas le mueven el piso a uno y lo hacen pensar”

“Creo que esto que vamos a hacer me va a servir, por lo menos me saca de la autocompasión de mí mismo por mi enfermedad sin cura”

Secuencia recreativa 2: Mis relacionamientos

Durante la actividad de relacionamiento se logró que los recreandos dieran importancia real a su acompañante (pareja, familiares o amigos). Se logró que reconocieran que las relaciones son fuente de emociones que favorecen o desfavorecen las condiciones anímicas y que éstas inciden y afectan su estado de salud.

A través del juego dramático se logró la interacción entre el grupo de recreandos y familiares, el reconocimiento de lo que son capaces de hacer por sí mismos y del valor del acompañamiento de los otros en el reto de improvisación que los enfrentó a lo desconocido y a la necesidad de darle solución. Se consiguió que usaran la memoria para recordar que hicieron cuando eran niños para la representación de situaciones de la vida y para la aplicación de su imaginación creadora en la manifestación de sus habilidades para la planificación, organización, comunicación, diálogo, explicación, negociación, establecimiento de alianzas, cooperación y ejecución de las actividades.

Durante la socialización-evaluación de las acciones algunas personas manifestaron: 75

“Fue recordar nuestras experiencias previas para la construcción de lo que debíamos hacer, es decir para el encuentro de soluciones en el presente y del futuro”.

Nunca pensé que volvería a ser niño para jugar...de verdad ha sido un reto y me siento bien...creo que lo he disfrutado”. ...

“Creí que estaba muy vieja para esto...pero me gustó y vi el entusiasmo y la buena voluntad de todos por sacar adelante la tarea...eso es bueno”. ...

“Eso de hoy, me sacó de la rutina diaria, de mi amargura, me complace lo bien que me he sentido”. ...

“Creo que saber que tenía la enfermedad me sorprendió como lo hizo el juego y el drama de hoy...y creo que como hoy debo buscar en mi cabeza como continuar con la vida...porque no sé si me voy a morir pronto o si voy a vivir muchos años con esta enfermedad...y si es así tendré que aprender a vivir con ella...así como tuve que hacerlo con mi mujer...ja, ja, ja...ya llevamos más de 35 años juntos”.

Secuencia recreativa 3: Mi padecimiento, la enfermedad crónica no transmisible

Se alcanzó que los recreandos dieran el paso de la queja a la propuesta, del reproche a la colaboración; así se cumplió el propósito de la actividad en la que los recreandos y sus acompañantes percibieron el valor de las sesiones recreativas para la transformación de sus rutinas cotidianas a través del aprendizaje de otras vivencias que los llevaron a aislarse de pensamientos sobre los peligros y los riesgos que conlleva la enfermedad crónica para pasar a la actitud de **“al mal tiempo...buena cara”** (como ellos mismos expresaron).

La experimentación con los materiales y con las técnicas gráfico-plásticas permitió que⁷⁶ los recreandos lograran la identificación de sus habilidades cognitivas para la transformación de ideas en hechos concretos y para el empleo de la fantasía en la solución de los ejercicios planteados. Fueron experiencias que algunos recreandos enfrentaron por primera vez y otros reconocieron que debieron retomarlas porque habían perdido la práctica.

En la evaluación unas personas manifestaron:

“Lo que hicimos hoy es nuevo y con base en lo que sabíamos pudimos salir adelante...es como la enfermedad, hay que aprender a vivir con ella a partir de lo que sabemos hacer y aprender lo que nos falta para poder tener larga vida con buena calidad”.

“Con rabia, disgusto, mal modo, la cabeza se tapa y no se encuentran soluciones para nada...cuando uno se despeja se encuentran salidas, así creo que será con esta enfermedad”.

“Cuando estoy angustiada y me hacen exámenes todo sale alto, yo pienso que como tenga uno la cabeza también está la salud de uno...a lo mejor hay que bajarle al miedo y a la zozobra sobre que la enfermedad es incurable”.

“Me da pánico que me tengan que cortar un dedo o una pierna o una mano a causa de esa diabetes...ahora veo que si me cuido eso no me pasará...eso depende de mí, allí no hay otro que valga.”

Secuencia recreativa 4: Mi cuerpo hoy y mañana

El cuerpo y la imagen corporal provocó que los recreandos analizaran durante el desarrollo de la actividad recreativa el significado de éstos desde lo biológico-psicológico-social en

condiciones de la enfermedad crónica, le dieron importancia en su proyecto de vida, en la salud⁷⁷ y la supervivencia en condiciones de la ECNT.

En el trabajo con la representación de la imagen propia asociada a la autovaloración y al reconocimiento de sí mismos, inicialmente se mostraron tímidos pero una vez superaron la primera impresión, se apropiaron de la actividad y se logró la reflexión, que estuvo asociada a las emociones de alegría, tranquilidad y sosiego que estimularon los recuerdos pasados de los familiares, de las amistades, de buenas experiencias y del reto que les planteaba el presente; resignificaron sus emociones y la motivación por el deseo de luchar por el futuro aún en condiciones de ECNT. Se reconocieron sus fortalezas y debilidades frente al proceso de la enfermedad crónica. Asimismo dieron importancia a la sensación de la disminución del estrés cuando encontraron que en su interior tienen elementos para las transformaciones y cambios requeridos.

Los recreandos y sus acompañantes manifestaron en el desarrollo de la actividad:

“No había pensado que mi cuerpo era así...porque sentía que no me gustaba”.

“No se me había ocurrido representarme...creí que para eso estaban las fotos,...pero me gustó”.

“Este soy yo...hasta me gusta”.

Secuencia recreativa 5: Mi derecho a la risa y al disfrute – integración

La mayoría de los recreandos consideró que tuvo rechazo a las actividades recreativas, que no estaban en edad para el juego porque eran personas serias, maduras, que ya no estaban para el goce y el disfrute. Inicialmente no le dieron importancia al tema de la risa, el humor, las bromas, los chistes y las caricaturas, pero a medida que se integraban descubrieron que estas expresiones

están vinculadas y hacen parte de las emociones, que es una actividad creativa del ser humano⁷⁸ debían disponerse y permitirse el espacio para el desarrollo consciente de la actividad recreativa.

Expresaron ser escépticos al comienzo, pero a través de la secuencia recreativa poco a poco se apropiaron de la actividad. Manifestaron que tanto risa y humor son escapes para el sufrimiento y favorecen el relacionamiento entre las personas porque es una experiencia interpersonal que permite la liberación de tensiones y facilita la expresión de sentimientos.

Reconocieron como su logro que el manejo de la enfermedad es muy difícil **“a palo seco”**, que el sentido del humor les ayudó a relajarse, a disminuir tensiones, angustia, ansiedad, estrés, rabia, ira, impotencia, decepción, frustración y miedo. Expresaron que cuando ríen se sienten mejor:

“Es como desconectarse de la realidad”.

“Se siente alivio...se siente bien”.

“Definitivamente falta sacarle más gusto a la vida...y a los demás”.

Secuencia recreativa 6: Juego con la caja de arena - Así soy yo...qué le vamos a hacer

Con esta actividad los recreandos reconocieron y exteriorizaron sus sentimientos dolorosos y de culpa, a partir de la vivencia con la enfermedad se aplicó el juego con arena y con figuritas llamado “Tradición Jungiana” o “Juego con la Caja de Arena”, a través del cual hicieron representación simbólica de los escenarios. Este juego permitió que verbalizaran muchas emociones internas y contribuyó a la sanación del dolor oculto.

Con la orientación sobre la intencionalidad del juego se accedió al inconsciente para exteriorizar lo que habían experimentado con el diagnóstico de la enfermedad crónica y

reflexionaron sobre la naturaleza de las heridas, que tanto físicas o espirituales deben restaurarse⁷⁹ por sí mismas –si se propician las condiciones apropiadas–, a la vez que estimulan el desarrollo en el interior de cada persona. A través del juego con arena, los adultos mayores de 45 años afianzaron el encuentro de espacio y libertad para que su inconsciente se expresara en imágenes concretas.

No en vano Santamaría (2015) expresó: “El juego ha sido reconocido como algo importante desde los tiempos de Platón, quien observaba que ‘se puede descubrir más de una persona en una hora de juego que en un año de conversación’ ” (Párrafo 5).

Se observaron las posturas corporales de los recreandos durante el desarrollo de la actividad que se realizó en silencio, no se percibió incomodidad en ninguno de ellos. Cada uno de los participantes describió el significado de la representación durante la socialización-evaluación de la actividad recreativa. Ellos fueron capaces de interpretar, relatar historias y sentirse libres para el hacer. Manifestaron:

“Realmente me sentí muy golpeado en mi interior cuando supe de mi enfermedad y que era incurable,...sentí rabia, impotencia, me culpaba, no sabía que hacer...era como estar cayendo a un abismo, pero de noche. Nunca pensé que eso era algo que no solo me golpeaba en el cuerpo sino que también afectaba mi mente...estas reflexiones aquí en el programa de salud de la IPS se tienen que tener en cuenta porque nadie sabe si uno va a morir mañana o si dure 20 o 30 años más conviviendo con esta enfermedad. ...Si uno fuera consciente de todo lo que afecta la enfermedad a la persona y a la familia, uno mismo buscaría soluciones para vivir bien lo que resta de vida.”

“Sí, uno cuidaría más su propia salud”.

“Uno sabe que tiene capacidad de adaptación y resistencia...pero está tan desconcertado que no sabe qué hacer”.

“Creo que la enfermedad crónica lo obliga a uno a reinventarse”.

80

“Así es, obliga al crecimiento personal y a aceptarse tal como se es...eso implica tomarla suave”.

“Es tomar las riendas, fortalecerse interiormente y ser autoconsciente de la realidad”.

Secuencia recreativa 7: Soy creativo...y lo disfruto

En la elaboración de los títeres⁶ se apropiaron responsablemente de la actividad, y cuando se dieron cuenta que no alcanzaban a terminarla, decidieron la ampliación de la jornada por su cuenta para la finalización de los muñecos y para la creación de la obra interactiva con el tema seleccionado: una persona que padece una enfermedad crónica.

Asimismo los recreandos y sus acompañantes por su propia iniciativa lograron el permiso, para la presentación de la obra de títeres, de la utilización de los espacios en las salas de la IPS. Esta dinámica y autonomía demostró que la etapa de cesión-traspaso de recreadora a recreandos se logró.

Durante la actividad una persona expresó:

“Yo nunca imaginé que podía hacer estas cosas...es algo que no sabía que podía hacer...es un reto y me ha gustado. Aprendí”.

⁶ Para la elaboración de los títeres se utilizó la siguiente secuencia: 1. Se explicó que la actividad consistía en la fabricación de los títeres. 2. Se entregaron los materiales: telas, tijeras, agujas, hilos, lanas, cintas, pelotas de ping-pong, témperas, pinceles, pegantes, cartón, papel seda y crepé. 3. Una vez entregados los materiales se les dio libertad para la producción de los títeres; 4. Ante el desconcierto inicial se respondieron las preguntas. 5 se dio inicio a la labor por parte de alguno de los recreandos, así los todos los demás los siguieron y continuaron con la actividad.

Los logros de lo realizado por los recreandos y sus acompañantes en esta actividad les permitió descubrir que tanto el diseño, confección de los títeres, planeación de la obra, diálogos y ambientación del escenario son un arte, y ellos como creadores eran los artistas. La iniciativa y la organización por ellos mismos de la presentación y exposición de resultados de las actividades a partir de la recreación dirigida en la sala de la IPS, posibilitó que en la socialización-evaluación manifestaran que fue una experiencia significativa y quisieron compartirla con los demás visitantes y con el personal de COSMITET.

Tramitaron y obtuvieron los permisos administrativos para la exhibición, clasificaron e ilustraron cada obra para dar a conocer la información sobre su origen, orientaron a las personas que visitaron la exhibición, socializaron con ellos, explicaron el sentido y el significado de cada uno de los objetos expuestos.

Finalmente se logró que analizaran la experiencia, que expresaran sus sentimientos y las vivencias que surgieron en el desarrollo de la secuencia de actividades recreativas intensivas: la superación del temor y la timidez, el asumir el reto, la diversidad de ideas, la concertación, la ejecución y la divulgación del significado y sentido de sus obras.

Secuencia recreativa 9: Mi vida no termina hoy.

En la última actividad recreativa realizada con todos los recreandos y sus acompañantes manifestaran sus vivencias y experiencias. En sus discursos exponían que lograron conocer más y aprender de su enfermedad crónica para controlarla y ahuyentar el miedo, sobre el cuidado del cuerpo y convertir el hábito de su cuidado en una costumbre para el logro y satisfacción de una vida saludable. También que a mayor conocimiento de la enfermedad tienen mayor comprensión sobre el tratamiento a seguir, que necesitan apoyo y esto significa que alguien los escuche y los

comprenda, que la enfermedad es parte de su ser y como tal deben aceptarla, que en ningún⁸² momento es un castigo, que la auto-responsabilidad y la adopción de un rol activo en el cuidado de la salud es una decisión totalmente personal y que ésta es la que define su calidad de vida.

La secuencia de actividades recreativas intensivas permitió la interacción entre recreadora-recreandos-acompañantes, entre recreandos-recreandos y entre recreandos-acompañantes, entre acompañantes-acompañantes, entre recreandos-acompañantes-personal de la IPS a todo nivel. Todos resignificaron la vivencia con la ECNT, generaron apoyos, respeto, comprensión, escucha, descubrieron la necesidad del otro y el rol del cuidador, se animaron a hacer trabajo individual y grupal, y obtuvieron logros colectivos tanto internos como externos.

Los contenidos recreativos invitaron a la reflexión y estimularon el conocimiento de la enfermedad crónica; a partir de estos logros los recreandos y sus acompañantes generaron las bases para mejorar su actitud frente al proceso de vida en el ambiente de la enfermedad crónica, para la que actualmente la medicina no tiene cura.

5.2.2 Resultados de la propia práctica profesional recreativa.

Como resultado de la secuencia de actividades recreativas intensivas desarrolladas relacionan los siguientes:

Resultado 1: La resignificación que hicieron los recreandos de su condición de enfermos crónicos con un horizonte de vida similar a cualquier persona, pero que a ellos los obliga al aprendizaje sobre la ECNT y el impacto de la enfermedad en el cuerpo humano con la finalidad de generar la adopción de los hábitos de alimentación, autocuidado y la acogida de prácticas necesarias para un estilo de vida saludable y de calidad.

Resultado 2: Los recreandos lograron el encuentro de nuevos sentidos para la comunicación con sus familiares-acompañantes-cuidadores porque tienen la necesidad de

interlocución, escucha y sanación interna para asumir su condición de enfermos con muchos años de vida.

Resultado 3: A través de la recreación guiada, los recreandos hicieron resignificación de sus emociones para el fortalecimiento del deseo de lucha por la existencia y el estímulo en la transformación de sus costumbres mediante la práctica de actividades físicas para el logro de hábitos de vida saludable y de mejor calidad de vida.

Resultado 4: Asimismo, lograron la resignificación de la vivencia con la enfermedad crónica no transmisible a partir de la aceptación como condición de su ser, y de la decisión personal de continuar la vida mediante la adopción de un rol activo, auto-responsable, y riguroso para el acogimiento y desarrollo de hábitos de vida saludable.

Resultado 5: También se hizo evidente por parte de los recreandos, quienes expresaron que es una necesidad la complementación del Programa de Salud de la IPS con la inclusión de los elementos que aporta la recreación dirigida, porque ayuda a que la persona con la enfermedad crónica pueda resignificar su concepto de sí misma, de la enfermedad crónica, de las relaciones con sus familiares-amigos-personal de la atención en salud, y de sus hábitos para una vida de calidad y saludable.

5.2.3 Conclusiones de la propia práctica profesional recreativa.

A partir de los logros y de los resultados obtenidos en la práctica profesional universitaria en recreación se relacionan las siguientes conclusiones:

(1) La intervención profesional universitaria en recreación que se ha descrito, permite hacer aportes a los recreandos ECNT para que conozcan mejor su enfermedad y su manejo a través del fortalecimiento de las competencias para la vida y de hábitos saludables que les posibilite mejor calidad de vida.

(2) Con base en los resultados de la intervención recreativa, es posible la elaboración de⁸⁴ una propuesta recreativa que contribuya al programa de salud de la IPS, que brinde elementos para la mejora de la calidad de vida de las personas con ECNT.

5.3 Tercera parte: comparación de la propia experiencia con tres experiencias significativas de otros recreadores que realizaron su práctica profesional universitaria en el contexto intrahospitalario de la salud de Santiago de Cali, Colombia

Para la comparación con la propia experiencia se seleccionaron tres experiencias significativas de recreadores, se tuvo como criterio que dieran cuenta de intervenciones recreativas realizadas a través de la práctica profesional universitaria del Programa Recreación de la Universidad del Valle y que se hubieran desarrollado en el área de la salud.

5.3.1 Experiencias significativas seleccionadas.

En la Tabla 4, se relacionan los títulos de las experiencias significativas seleccionadas para la comparación, cabe destacar que todas se desarrollaron en el Hospital Universitario “Evaristo García” de Cali del Valle del Cauca con recreandos en condiciones intrahospitalarias, aunque de salas diferentes. Se relacionan, para cada experiencia analizada, los nombres de las recreadoras-autoras.

Experiencia significativa	Título	Autoras/es
Nº1	“El potencial transformador de la recreación en la vivencia intrahospitalaria del familiar acompañante del menor hospitalizado en las salas de pediatría del Hospital Universitario del Valle”	Sandra Liliana Montejó y Viviana Yusty Bautista (2009). Trabajo de Grado del Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle
Nº2	“Calidad de vida para las pacientes adultos mayores en las salas de medicina interna del Hospital Universitario del Valle (HUV): El papel de la recreación.”	Ingrid Marcela Contreras C., Ana Patricia Reyes R., Mireya Marmolejo M., y Carlos A. Reyes-Ortiz (MD). (2001),
Nº3	“Una propuesta de apoyo psicosocial mediada por la recreación dirigida, para las gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de la ciudad de Cali”.	Juliana Colorado y Diana Patricia Moreno Yusty (2009). Trabajo de Grado del Programa Académico de Recreación de la Universidad del Valle.

Fuente: Elaboración propia con base en las experiencias significativas seleccionadas para el análisis.

5.3.2 Descripción de las tres experiencias significativas seleccionadas.

Las experiencias seleccionadas son prácticas concretas en recreación ejecutadas en el área de la salud, buenas prácticas con intencionalidad educativa y que tuvieron como fin el desarrollo de aprendizajes significativos para el fomento de competencias personales y grupales que tienen sentido y significado para los diferentes grupos de recreandos a quienes estuvieron dirigidas; prácticas recreativas que atendieron a las necesidades del contexto en el que se realizaron, experiencias que tienen fundamentación teórica y metodológica, y como resultado generaron impacto en la calidad de vida de los conjuntos humanos sujeto-objeto de las mismas.

Todas las experiencias significativas de los recreadores seleccionadas para la⁸⁶ comparación, se realizaron en el contexto interno, es decir en intramuros o dentro de las salas del Hospital Departamental “Evaristo García” de Cali: una de las prácticas profesionales se cumplió con acompañantes de pacientes enfermos internos durante largo tiempo (niños con cáncer) en la institución de salud ; otra práctica profesional se ejecutó con la comunidad hospitalaria conformada por pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas internados en la sala geriátrica del hospital por descompensación en su organismo debido al proceso de la enfermedad o al mal cuidado de la misma. La otra práctica profesional universitaria se realizó directamente con pacientes gestantes en alto riesgo, mientras la propia práctica profesional en recreación se realizó en un contexto externo de la salud –la IPS-, con personas diagnosticadas con enfermedades crónicas que residían en sus casas, y que en su condición ambulatoria visitaban periódicamente y junto con sus acompañantes, la sede de la institución prestadora de salud con fines específicos relacionados con su tratamiento médico.

5.3.2.1 Criterios para la comparación de las experiencias.

Para la realización del análisis de las experiencias significativas se tomaron como criterios de comparación los siguientes: el problema que dio origen a la experiencia, los objetivos formulados, y los resultados de cada una de las prácticas recreativas.

5.3.2.1.1 Comparación de Problemas.

Los problemas que orientaron las prácticas profesionales en recreación de todas las recreadoras practicantes se describen en la Tabla 5, en donde se relaciona el problema de la propia práctica y los encontrados en los tres trabajos de grado objeto de la comparación.

Comparación del problema formulado en mi experiencia frente a los problemas planteados en las tres experiencias significativas seleccionadas

Problema que dio origen a mi experiencia	Problemas formulados en las experiencias significativas seleccionadas
¿Cuál es el aporte que deja una intervención mediada por la recreación guiada en el programa de salud de COSMITET Ltda. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali, que atiende a personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas?	<i>Problema que dio origen a la experiencia significativa N°1. La pregunta orientadora de la experiencia de Montejó y Yusty (2009) fue la siguiente:</i> ¿De qué manera la Recreación contribuye a la resignificación de la vivencia intrahospitalaria del familiar-acompañante del menor hospitalizado en las salas de pediatría del HUV?
	<i>Problema que dio origen a la experiencia significativa N°2. En el documento encontrado de Contreras, Reyes, Marmolejo, y Reyes-Ortiz (2001), no se encuentra explícito el problema que dio origen a la experiencia, pero se infiere –en la siguiente cita– que está relacionado con el aporte que hace la recreación al paciente, su familia, y al personal de atención en salud, para la creación de un ambiente favorable a la salud y la reducción de los niveles de estrés en la comunidad hospitalaria:</i> <i>La enfermedad, además de sus consecuencias orgánicas, produce un estrés marcado en los pacientes. El estrés que siente el paciente ante la enfermedad se potencia cuando requiere ser hospitalizado. La hospitalización se asocia a un alto grado de incertidumbre y a la vez a mayor estrés en los pacientes y sus familias. El personal de salud que atiende a los pacientes tampoco está libre de ese estrés. La recreación es una estrategia integral de enfoque y manejo de los pacientes adultos mayores hospitalizados que es poco usada en nuestro medio, y se convierte en una nueva alternativa para completar el manejo de los pacientes hospitalizados. (Contreras et al, 2001, párrafo 2).</i>
	<i>Problema que dio origen a la experiencia significativa N°3. La pregunta orientadora de la experiencia recreativa de Colorado y Moreno (2009) fue:</i> ¿Cómo la recreación dirigida puede ser una propuesta de apoyo psicosocial para las gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de la ciudad de Cali?

Fuente: Elaboración propia con base en las experiencias significativas seleccionadas para el análisis.

5.3.2.1.2 Comparación de objetivos.

La comparación toma tanto objetivos generales como objetivos específicos de todas las experiencias recreativas desarrolladas en el área de la salud. En la Tabla 6, se relacionan los

objetivos de la propia intervención recreativa y los de las otras tres experiencias seleccionadas 88 para el análisis.

Tabla 6

Comparación de los objetivos formulados para mi experiencia con los planteados en cada una de las experiencias significativas seleccionadas

Comparación de objetivos		
1. Objetivos generales		
Objetivo general de la experiencia estudiada	Experiencia significativa	Objetivo general
Identificar los aportes de la recreación guiada en el programa de salud de COSMITET LTDA. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali, para la mejora de los hábitos de vida saludable de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas.	Nº1	Identificar cómo la Recreación y sus Lenguajes Lúdico-creativos sirven de mediación semiótica para la resignificación de la enfermedad y la vivencia intrahospitalaria en un programa de recreación dirigida a los familiares-acompañantes del menor hospitalizado en las salas de pediatría del HUV.
	Nº2	No están explícitos en el documento consultado, se encontraron tres objetivos que se comparan entre los objetivos específicos.
	Nº3	Diseñar una propuesta de apoyo psicosocial para las gestantes hospitalizadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico del HUV, desde un enfoque de Recreación Dirigida a partir de la reconstrucción y análisis reflexivo de la Práctica Profesional I y II.
2. Comparación de objetivos específicos		
Objetivos específicos de mi experiencia	Experiencia significativa Nº	Objetivos específicos
1. Reconstruir la experiencia de la práctica profesional universitaria en recreación cumplida en el programa de salud de COSMITET LTDA. IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia, de Santiago de Cali. 2. Describir las actividades recreativas utilizadas en la propia intervención recreativa para la mejora de los hábitos de vida saludable de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles, diabéticas e hipertensas, base de la propuesta para el aporte a la	Nº1	- Identificar los factores emocionales, físicos-espaciales, sociales y cognitivos que genera la enfermedad y la vivencia intrahospitalaria en el acompañante del menor hospitalizado. - Identificar la función de la recreación como generadora de vínculos y redes informales de apoyo emocional entre los familiares acompañantes del menor hospitalizado. - Visibilizar el papel transformador que los lenguajes lúdico-creativos aportan para la resignificación de la enfermedad y la vivencia intrahospitalaria.
	Nº2	1. Establecer las modalidades recreativas que se ajusten a las necesidades de los pacientes de edad avanzada que se encuentran en las salas de Medicina Interna del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" (HUV) y sus familias. 2. Presentar algunas sugerencias para elaborar una respuesta participativa de recreación, que sirva como aporte a los pacientes de tercera edad.

complementación del programa de salud de la IPS.		3. Propiciar un ambiente saludable y de dialogo en las salas entre el personal de atención, los pacientes y sus familias.	89
3. Comparar la propia práctica profesional recreativa con tres intervenciones recreativas descritas en los trabajos de grado de otros recreadores que fueron realizadas en el campo de la salud en la ciudad de Cali, para el análisis de experiencias significativas.	Nº3	• Construir una memoria sistemática del proceso de actividad recreativa dirigido a las gestantes durante la Práctica Profesional I y II. • Identificar los factores psicosociales de las embarazadas que han generado su condición de riesgo. • Identificar los elementos del proceso que coadyuvieron en la modificación y manejo de los riesgos psicosociales. • Definir el perfil del profesional de Recreación que estaría a cargo del proyecto.	

Fuente: Elaboración propia con base en las experiencias significativas seleccionadas.

5.3.2.1.2 Comparación entre resultados.

Con los resultados de la propia experiencia descrita y la síntesis de lo encontrado en las experiencias significativas que se seleccionaron para la comparación, conviene anotar lo que se encontró en una de ellas:

En la descripción de su experiencia las recreadoras Montejo y Yusty (2009), narraron cada actividad recreativa de las sesiones de trabajo y gradualmente través de su descripción mostraron los resultados, posteriormente hicieron el análisis de los contenidos y de la ayuda pedagógica para la construcción conjunta de nuevos significado y sentido con sus recreandos.

En la Tabla 7, se comparan los resultados de la propia experiencia descrita con los resultados de las experiencias significativas seleccionadas.

Comparación de los resultados para mi experiencia con los de las tres experiencias significativas seleccionadas

Resultados de la experiencia recreativa descrita a partir de la propia práctica profesional	Resultados de las intervenciones recreativas de las experiencias recreativas significativas seleccionadas y realizadas por otros grupos de recreadoras
<i>Resultado 1:</i> La resignificación que hicieron los recreandos de su condición de enfermos crónicos con un horizonte de vida similar al de cualquier persona, pero que a ellos los obliga al aprendizaje sobre la ECNT y sobre el impacto de la enfermedad en el cuerpo humano; con la finalidad de generar la adopción de los hábitos de alimentación, autocuidado y la acogida de prácticas saludables necesarias para un estilo de vida saludable y de calidad. <i>Resultado 2:</i> Los recreandos lograron el encuentro de nuevos sentidos para la comunicación con sus familiares-acompañantes-cuidadores, porque tienen la necesidad de interlocución, escucha y sanación interna para asumir su condición de enfermos con muchos años de vida. <i>Resultado 3: Resultado 4:</i> Asimismo, lograron la resignificación de la vivencia con la enfermedad crónica no transmisible a partir de la aceptación como condición de su ser, y de la decisión personal de continuar con la vida mediante la adopción de un rol activo, auto-responsable, y riguroso para el acogimiento y desarrollo de hábitos de vida saludable. <i>Resultado 5:</i> También se hizo evidente por parte de los recreandos, quienes expresaron que es una	Los resultados descritos por Montejo y Yusty (2009), fueron: <i>Experiencia 1 Resultado 1:</i> los recreandos-acompañantes lograron el reconocimiento de la comunidad hospitalaria. <i>Experiencia 1 Resultado 2:</i> resignificaron su percepción del medio hospitalario al enmarcar su vivencia en nuevos aprendizajes para la relación con personal médico, psicológico y de atención en salud tratante de los niños. <i>Experiencia 1 Resultado 3:</i> los recreandos resignificaron los factores emocionales, físico-espaciales, sociales y cognitivos para el control del estrés y el cansancio físico en el hospital mediante la transformación de sus emociones negativas en pensamiento y actitud positivos como acompañantes en la mejora de los pacientes. <i>Experiencia 1 Resultado 4:</i> los recreandos resignificaron sus historias de vida por medio de emociones y actitudes positivas; la generación de vínculos sociales-afectivos; y la contribución al mejoramiento físico del paciente. <i>Experiencia 1 Resultado 5:</i> crearon vínculos sociales con familiares-acompañantes de otros niños enfermos a través: de la comunicación, del reconocimiento como habitantes de un mismo lugar por la enfermedad de sus hijos, del respeto entre personas-espacios-pertenencias; de la tolerancia, de la solidaridad, de la información sobre la dinámica del funcionamiento de las salas de hospitalización, de la identificación de las personas vinculadas con la atención del paciente, de los procedimientos, y del trámite para exámenes o autorizaciones en particular.
	Los resultados descritos por Contreras et al (2001), fueron: <i>Experiencia 2 Resultado 1:</i> Mejoró la comunicación entre el personal de atención hospitalaria, los pacientes y sus familiares-acompañantes durante la hospitalización. <i>Experiencia 2 Resultado 2:</i> Los resultados de la evaluación de los participantes, en la encuesta aplicada a la muestra, dio los siguientes resultados (sumadas las calificaciones excelente y buena): el 95% de participación en los talleres realizados, el 97% de participación entre compañeros, con el 100% fue calificado el ambiente de las actividades, la actuación del grupo de apoyo y con el 97% la claridad y comprensión de actividades. Los pacientes refirieron que la actividad les sirvió para: aprender, relajarse, distraerse, sentirse útiles, hacer amigos, mejor uso del tiempo en el hospital, y olvidarse un poco de sus problemas. Y manifestaron que deseaban mayor frecuencia entre una y otra actividad, más ejercicios manuales, juegos y apoyo emocional.
	Los resultados descritos por Colorado y Moreno (2009), fueron: <i>Experiencia 3 Resultado 1:</i> Las recreandos-madres gestantes lograron auto-reconocerse en el momento que vivían, superaron temores para manifestar en público sus sentimientos, fortalecieron su comunicación consigo mismas y con su bebé en espera, y expresaron que las actividades recreativas desarrolladas tenían significado para su vida futura.

necesidad la complementación del Programa de Salud de la IPS con la inclusión de los elementos que aporta la recreación dirigida, porque ayuda a que la persona con la enfermedad crónica pueda resignificar su concepto de sí misma, de la enfermedad crónica, de las relaciones con sus familiares-amigos-personal de la atención en salud, y de sus hábitos para una vida de calidad y saludable.	<i>Experiencia 3 Resultado 2:</i> Las gestantes resignificaron el rol del personal de atención en salud (enfermeras-médicos-psicólogos), en especial por la explicación que recibieron a través del monitoreo fetal, y mejoró la percepción del ambiente intra-hospitalario para los diferentes actores del proceso. Reconocieron al hospital como un lugar que da apoyo a sus pacientes. <i>Experiencia 3 Resultado 3:</i> Las recreandos reflexionaron sobre la necesidad del fortalecimiento de sus relaciones familiares como parte de la formación y el apoyo emocional, espacio de convivencia, respeto, afecto y comprensión para construir una calidad de vida cada día mejor. <i>Experiencia 3 Resultado 4:</i> Las recreandos-madres gestantes hospitalizadas mejoraron sus relaciones entre sí, en una actitud de gozo y una visión cálida de la esencia humana, propiciando elementos de motivación, animación y solidaridad. <i>Experiencia 3 Resultado 5:</i> Las recreandos resignificaron conjuntamente la relación recreador-recreando en la vivencia intra-hospitalaria y la influencia de la recreación en su actitud durante el periodo de hospitalización.
---	---

Fuente: Elaboración propia con base en las experiencias significativas seleccionadas para el análisis.

5.3.3 Análisis resultado de la comparación de la propia práctica recreativa con las experiencias significativas seleccionadas.

En el análisis de los resultados de las prácticas profesionales universitarias la experiencia obtenida en cada una de las cuatro permite la verificación del aporte de la recreación dirigida a cada grupo de recreandos.

Cada una de las prácticas recreativas da cuenta del esfuerzo de las recreadoras por el cambio a partir de una situación inicial identificada y definida en el problema o en la pregunta orientadora, así cada intervención tuvo una dimensión proyectada que buscaba la superación del presente inmediato de los recreandos

Las cuatro prácticas profesionales recreativas desarrollaron actividades recreativas secuenciales orientadas por los objetivos formulados para la implementación de la propuesta de intervención.

Todas las intervenciones recreativas tuvieron momentos de experimentación que se ajustaron de común acuerdo con los recreandos en fases de negociación que dieron la pertinencia

necesaria. Las cuatro experiencias significativas en recreación se apoyaron en la interacción y⁹² en la continuidad de las actividades recreativas, e implicaron procesos de reflexión por parte de los recreandos.

Las intervenciones recreativas en las cuatro prácticas profesionales reelaboraron las actividades desarrolladas durante los momentos de evaluación que se realizaron con los recreandos, hecho que permitió la mejora de las siguientes actividades de la secuencia recreativa, y la cesión-traspaso de las mismas de recreador a recreandos.

Por último se dio la verificación que dio lugar a la elaboración y entrega de propuestas de recreación dirigida (con intencionalidad educativa y apoyada en las experiencias personales) para que fueran apropiadas en los contextos en donde se desarrollaron las prácticas recreativas de los recreadores.

El desarrollo de la propia práctica profesional en recreación que ha sido el objeto de este estudio y el de las experiencias significativas de otros recreadores con las que se realizó la comparación, mostraron lo que la recreación como disciplina facilitó, que fueron encuentros colectivos de pensamiento e intervención recreativa, que apoyada en lo lúdico, lo festivo, lo creativo aportó a las diversas poblaciones de recreandos quienes fueron parte de la comunidad de la salud tanto intrahospitalaria como no hospitalizada, para la transformación de entornos, el fortalecimiento del tejido social y el desarrollo de la apropiación de hábitos saludables.

En las cuatro experiencias recreativas comparadas fue explícito que la intencionalidad educativa de la recreación se apoyó en que los adultos tenían un cúmulo de experiencias que permitieron la apropiación de las propuestas recreativas de cada una para la satisfacción de sus expectativas; que el juego, la expresión artística y los ambientes lúdicos fueron herramientas pedagógicas para la adquisición de los nuevos conocimientos y experiencias; que el predominio de sentimientos de placer, bienestar, satisfacción fue lo que los motivó a la participación y les abrió un camino de libertad, imaginación y creatividad para el desarrollo de los contenidos recreativos; que los sentimientos de logro aportaron a la autoestima, autoconfianza y seguridad de los recreandos, como resultados de la interacción.

Para cada una de las cuatro experiencias significativas la recreación dirigida como práctica pedagógica intencionada, interactiva, temporal, con discurso pedagógico instruccional de todas las recreadoras, con contenidos ajustados en la interactividad e interrelación recreadoras-recreandos, y con contenidos recreativos, articularon las actividades conjuntas, facilitaron la cesión traspaso progresivo del control y la responsabilidad de recreadoras a recreandos, así mismo facilitaron la construcción progresiva de significados compartidos entre recreadoras y recreandos, cada uno en

un marco social y específico de referencia desde donde se dieron las relaciones para la ejecución⁹⁴ de las actividades y tareas recreativas con sentido y significado compartido para los aprendizajes de los recreandos, en los que medió el fortalecimiento de la comunicación intersubjetiva de la acción educativa; donde se construyeron espacios de negociación para la solución de diferencias, conflictos, divergencias, malos entendidos; y asimismo se produjo el análisis de la actividad conjunta y de la evolución de la secuencia de la organización didáctica de tareas y contenidos desde los significados de los recreandos.

Cada una de las prácticas profesionales recreativas descritas en las cuatro experiencias partió de la realidad concreta de los recreandos, de su identidad; se dieron en forma colaborativa, cooperativa, solidaria; partieron de la realidad para volver a ella y transformarla; prácticas educativas que permitieron la participación efectiva para la toma de decisiones que se apoyó en instrumentos sencillos y eficaces en función del fin esperado.

En todas las prácticas profesionales recreativas, incluida la propia –que es objeto del presente estudio–, se tuvieron en cuenta los procesos de apropiación y construcción de conocimiento en atención a las necesidades de los recreandos; se estimuló el aprendizaje a partir del estímulo a la conciencia reflexiva para que partieran de sus propias representaciones para que las modificaran a partir de los nuevos conocimientos adquiridos en los grupos de aprendizaje donde todo se construyó y pudo entenderse en la interacción social.

En las cuatro experiencias recreativas se tuvo en cuenta que las personas adultas aprenden de diferentes formas y a distintos ritmos, que hay diversos estilos de aprendizaje (cognitivos, afectivo-emocionales, vivenciales), que lo que aprendieron dependió de su percepción, de las interacciones, de las respuestas al entorno y a la forma como procesaron la información; entre los recreandos de cada práctica profesional se encontraron personas que participaban dinámicamente

en los procesos de aprendizaje, otras personas observaban y pensaban para luego actuar, algunas⁹⁵ personas profundizaban y necesitaban comprender para luego proceder, mientras que otras personas se apoyaban en sus pares con más experiencia para pedir consejos y orientaciones antes de hacer algo.

Todas las cuatro experiencias recreativas tuvieron la intencionalidad de incorporación de nuevas representaciones a la memoria permanente de los recreandos para la modificación o el cambio de los conocimientos previos que ya tenían y que sirvieron como auxiliares del nuevo aprendizaje; para esto motivaron, estimularon la atención, la recuperación, la transferencia, y en todas las prácticas recreativas se hicieron aplicaciones de los conocimientos a situaciones nuevas o similares a las ya vivenciadas por los recreandos para la validación del aprendizaje.

Fue en la cesión y traspaso de la responsabilidad donde las estrategias de aprendizaje fueron acciones que partieron y fueron controladas por los mismos recreandos; en las cuatro experiencias significativas se dio cuenta de las acciones deliberadas y proyectadas por ellos mismos para lo que realizaron y aplicaron, donde fue evidente la capacidad de recibir información, de elaborarla, y de dar respuestas creativas y eficaces para los contenidos recreativos.

Para las cuatro prácticas profesionales en recreación los lenguajes lúdico-creativos fueron las herramientas por excelencia, a través de ellos se buscó la autonomía y el auto-compromiso para la participación grupal, colaborativa, cooperativa, que les permitió a los recreandos que hicieran manifestación de su inteligencia, experiencia, creatividad, destrezas; que generaran integración, los límites y simultáneamente que descubrieran sus potencialidades propias para la edad y condiciones de salud.

Cada experiencia recreativa empleó diferentes herramientas y técnicas de los lenguajes lúdico creativos para su práctica, todas tuvieron diferentes enfoques didácticos que obligaron a los

adultos a aplicar su creatividad para la solución de los problemas y de las dificultades, para⁹⁶ deponer preconceptos, para encontrar posibilidades de expresión y comunicación, para que exteriorizaran su entusiasmo, para que encontraran su espíritu competitivo y su deseo de lucha, y las condiciones para el equilibrio, las relaciones y la convivencia. Los recreandos lograron a través del juego y la lúdica, confianza, libertad, el cambio de la percepción de sí mismos y la de los demás.

Las personas adultas en las cuatro experiencias recreativas resignificaron “su edad para el juego y el que este era perder tiempo”; encontraron que el proyecto facilitó vivencias agradables y motivantes para el aprendizaje; que les permitía el establecimiento de correlaciones, el disfrute, el goce, el placer, el respeto de la regla, y que contribuyeron a su bienestar emocional y asumir la realidad de su situación desde otro estado de ánimo.

Los resultados de la propia práctica permitieron la identificación del aporte al programa de salud de la IPS, fueron los siguientes: el estímulo a la capacidad de resignificación de los recreandos sobre su condición y vivencia como enfermos crónicos, sus emociones, el concepto de sí mismos, su relación con sus familiares y con el personal de la atención en salud, sus hábitos y prácticas físicas; el encuentro de sentido de la comunicación, interlocución y escucha, de la adopción de su rol, de la sanación interna, de la aceptación de la ECNT como una condición que llegó a su ser, de la decisión de continuar con una vida de calidad. Además hizo aporte a la transformación de sus costumbres, de sus hábitos alimenticios, del autocuidado, de la práctica de actividades físicas, de la auto-responsabilidad, para el logro de hábitos de vida saludable y de mejor calidad de vida.

La observación de los hechos que vivenciaban las personas adultas diagnosticadas con ECNT, en el programa de salud de la IPS en donde se desarrolló la propia práctica profesional en recreación, llevó a la elaboración y aprobación de la propuesta recreativa presentada a la organización de salud. A través de ésta implementación se contribuyó a la reconstrucción y reflexión de la práctica universitaria, los antecedentes expuestos en los trabajos de grado de recreadores profesionales, que también desarrollaron su ejercicio de práctica profesional en el campo de la salud, la comparación y análisis de las tres experiencias significativas ejecutadas por los recreadores, permiten reconocer el aporte que hace la recreación dirigida a la salud y específicamente al programa de salud de la IPS que convocó a los recreandos.

Las conclusiones sobre la importancia de la recreación dirigida en las experiencias significativas comparadas y analizadas, fueron expresadas así por los recreandos:

Conclusiones en experiencia 1, en uno de sus apartes dice:

... Dentro del rol y el desarrollo de la recreación como mediación social y pedagógica, es importante resaltar la resignificación que se logró obtener en los familiares acompañantes sobre la intervención recreativa y la función que desempeña el Profesional en Recreación dentro del hospital, ya que inicialmente el campo de la recreación se encontraba limitado por los esquemas y las acciones gráficas enfocadas a la repetición y ocupación momentánea del tiempo con el familiar acompañante, más no a un proceso de intervención secuencial con objetivos y procedimientos claros, lo cual dificultaba el desarrollo de un verdadero proceso de intervención. A partir de las intervenciones realizadas los familiares acompañantes visualizaron una imagen y un contenido de recreación diferente al que se encontraba posicionado en el hospital y ampliaron su referente concibiendo nuestro trabajo

como un proceso enfocado al desarrollo de habilidades comunicativas, expresivas,⁹⁸ sociales y emocionales que sin necesidad de utilizar moldes les permitió aprender, reflexionar, resignificar y replantear muchos aspectos personales sobre la enfermedad de sus pacientes y su estadía en el hospital... (Montejo y Yusty, 2009, p. 128)

Conclusiones en experiencia 2:

1. El ambiente saludable proporcionado por la recreación es un espacio benéfico para pacientes y sus familiares, ya que les brinda acompañamiento y bienestar emocional lo cual beneficia su salud.
2. Hubo menor distanciamiento en la relación pacientes-enfermeras.
3. Las actividades ayudaron a los pacientes a re-evaluar el significado de su enfermedad.
4. El ambiente creado propicia el dialogo entre la familia, el paciente y el personal de salud en el hospital.
5. El profesional de recreación se presenta como otra alternativa dentro del equipo interdisciplinario-intrahospitalario para el manejo integral de los pacientes mayores hospitalizados. (Contreras et al., 2001)

Conclusiones en experiencia 3, que entre otras expresiones, refiere lo siguiente:

...Podemos concluir así, que la recreación ayuda en la atención integral del paciente durante el proceso de hospitalización, influyendo en la salud social y mental en esta etapa de su vida, fortaleciendo sus capacidades y experiencias para que se sigan desarrollando apropiadamente en la sociedad a la que pertenecen, por medio de diferentes actividades permiten a la gestante la optimización de sus potenciales y el desarrollo de nuevas habilidades que favorezcan su creatividad, aprovechar los recursos materiales y estimularle permanentemente para su recuperación. De este modo, este espacio recreativo es un sitio

privilegiado para trabajar sobre los temores, necesidades y expectativas que tienen las⁹⁹ gestantes respecto al proceso de hospitalización, el personal médico, como se percibe el ambiente hospitalario y pensar en conjunto alternativas de acción frente a las problemáticas presentes en este entorno... (Colorado y Moreno, 2009, p. 132)

El contrastar conclusiones de las prácticas cumplidas a través de la recreación dirigida es claro el aporte -en cada una de las experiencias significativas analizadas y la propia experiencia-, de los elementos requeridos para el cumplimiento de su intencionalidad educativa aplicable a situaciones diferentes de los programas y áreas de atención, tanto para el beneficio de los enfermos, acompañantes, como para el personal de la salud; por lo tanto se puede decir que la recreación da un impulso significativo a las acciones de los programa de salud en el medio hospitalario y/o no hospitalario o ambulatorio como el de la IPS. Para el caso de la IPS COSMITET, la recreación como disciplina, tiene potencial para contribuir a la mejora de los hábitos de vida saludable de sus afiliados adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes tipo 2 e hipertensión arterial).

- Areiza Londoño, Maribel. (Noviembre de 2001). *Recreación, actividad física y salud. II Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación*. Vicepresidencia de la República / Coldeportes / FUNLIBRE. Cali, Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/simposio2vg/MAreiza.htm>
- Arias Taborda, Yaneth. (Junio de 2015). Programa de Intervención en Factores de Riesgo Cardiocerebrovasculares de la EPS Comfenalco. Recuperado de http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/programa.pdf.
- Artazcoz, María Marta y Ossa S., Andrés Felipe. (Julio de 2002). *Algunos Aportes Desde La Recreación Dirigida Para La Construcción De La Convivencia Y La Paz*. Congreso Nacional de Recreación – II ELAREL. Cartagena, Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso7/MArtazcoz.html>
- Benavidez I., Luis G. (1988). *Teoría y metodología de la educación de adultos. Estado de la cuestión*. Méjico, Méjico: CREFAL. Recuperado de <http://tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda-1988-11-1/articulo1.pdf>
- Brito Lorenzo, Zaylín. (Enero 2008). *Educación popular, cultura e identidad desde la perspectiva de Paulo Freire*. En: *Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía*. Moacir Gadotti, Margarita Victoria Gomez, Jason Mafra, Anderson Fernandes de Alencar (compiladores). Buenos Aires, Argentina: CLACSO. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/freire/06Brito.pdf>
- Coll, César, Colomina, Rosa, Onrubia Javier y Rochera María José. (1992). *Actividad Conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.
- Colorado, Juliana y Moreno Yusty, Diana Patricia. (2009). *Una propuesta de apoyo psicosocial mediada por la recreación dirigida, para las gestantes hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” de la ciudad de Cali* (tesis de grado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Contreras C., I.M., Reyes R., A.P., Marmolejo Marmolejo, Mireya. Y Reyes-Ortiz, C.A. (Noviembre de 2001). Calidad de vida para los pacientes adultos mayores en las salas de medicina interna del Hospital Universitario del Valle (HUV): El papel de la recreación.

- Ponencia en *II Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación*. Cali, Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/simposio2vg/IContreras.htm>
- Del Águila, Roberto. (2012). *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de las enfermedades crónicas en el adulto mayor*. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Chile. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Franco, Pepa. (2008). *El aprendizaje de las personas adultas: teorías del aprendizaje*. España, Alcalá: Instituto sindical de cooperación al desarrollo. Recuperado de http://redescuelascsa.com/sitio/repo/M4_Completo.pdf
- Funlibre. 2004. Fundamentos de la Recreación – Módulo 3. Recuperado de <https://www.funlibre.org/documentos/idrd/fundamentos.html>
- Gajardo, Marcela. (1985). *Teoría y práctica de la educación popular*. Méjico, Pátzcuaro-Michoacán: CREFAL-PREDE/OEA-IDRC. Recuperado de http://www.crefal.edu.mx/crefal25/images/publicaciones/retablos_papel/retablo_papel15.pdf
- García Araneda, Nelson Roberto. *La educación con personas mayores en una sociedad que envejece*. Horizontes Educativos, Vol. 12, N° 2: 51-62, 2007. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/979/97917592006.pdf>
- Ghiso Cotos, Alfredo Manuel. (s.f.). *Legados de Paulo Freire*. Recuperado de <http://www.chasque.net/frontpage/relacion/0008/r-educacion.htm#Serie>
- Gómez Bedoya, María. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad*. Manzanares, España. Universidad de Nebrija. Recuperado de http://www.mecd.gob.es/dctm/redele/Material-RedEle/Biblioteca/2009_BV_10/2009_BV_10_13Gomez_Bedoya.pdf?documentId=0901e72b80e1ffb1
- Lezama Guzmán, Carlos. (Noviembre de 2000). El Papel del Receptor en la Sociedad Contemporánea. Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación – FUNLIBRE, Costa Rica. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/papelreceptor.html>
- Martín De Mera, Hiram O. (2012) *Valoración Cognitiva Geriátrica*. Medicina Familiar. Recuperado de <http://es.slideshare.net/drmartindemera/valoracin-cognitiva-modificada>

- Mesa Cobo, Guillermina. (1997). *La recreación como proceso educativo*. Recuperado en 102
<http://www.redcreacion.org/documentos/congreso5/GMesa.htm>
- Mesa Cobo, Guillermina. (2004). *La Recreación Dirigida: ¿Mediación Semiótica y: Práctica Pedagógica? Una pregunta para el debate*. Cali, Colombia: Universidad del Valle. Instituto de Educación y Pedagogía.
- Mesa Cobo, Guillermina. (2008). *La recreación dirigida como práctica pedagógica. Una aproximación al concepto de recreación dirigida desde la perspectiva del Modelo de Análisis de la Influencia Educativa y sus vínculos con la pedagogía freiriana*. Cali, Colombia: Universidad del Valle.
- Ministerio de Cultura. Instituto Colombiano del Deporte-Coldeportes. (2005) *Beneficios de la Recreación*. Bogotá, Colombia
- Miralles, Ramón. (2015) *Valoración de la Capacidad Funcional en el Paciente Anciano*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona - Hospital de la Esperanza – Servicios de Geriátrica. Slideplayer. Recuperado de <http://slideplayer.es/slide/101195/>
- Montejo, Sandra Liliana y Yusty Bautista, Viviana. (2009). *El potencial transformador de la recreación en la vivencia intrahospitalaria del familiar acompañante del menor hospitalizado en las salas de pediatría del Hospital Universitario del Valle* (tesis de grado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Moro, Estela Guadalupe. (2004). *Propuesta lúdica para la educación del adulto mayor*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional, Instituto CREDEHUM. Recuperado de www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Moro.doc
- OM-C. *Un Estilo de Vida Saludable*. Recuperado de <http://www.omcsalud.com/articulos/un-estilo-de-vida-saludable/>
- Organización Mundial de la Salud – OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es>
- Osorio C., Esperanza (Octubre de 2005). *La recreación y sus aportes al desarrollo humano. I Congreso departamental de recreación de la Orinoquia colombiana*. Villavicencio, Colombia: Funlibre Recuperado de <http://www.redcreacion.org/documentos/cmeta1/EOsorio.html>
- Pachón Villamil, Norman Jairo (s.f.) *La recreación desde un enfoque saludable*. Pereira, Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira.

- Pérez-Yglesias, María. (2010). *Estrategia lúdica-creativa: al conocimiento y la educación por el placer*. San José, Costa Rica: Revista Educación 34(1) p. 55-72. Recuperado de revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/download/497/499
- Plan Nacional de Recreación 2013 – 2019 Recuperado de http://www.coldeportes.gov.co/recursos_user/2015_Doc/Planeacion/Documento-Plan-Nacional-de-Recreacion%202013-2019.pdf
- Quintero, Maximiliano. (Julio de 2008). Consideraciones generales para la formación de profesionales en recreación. *X Congreso Nacional de Recreación* Coldeportes/FUNLIBRE. Bogotá DC, Colombia. Recuperado de <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso10/MQuintero.html>
- Roberts, Kenneth. (2000). Ocio y Desarrollo Humano en un Futuro Inmediato. 6°. *Congreso Mundial de Ocio*. Bilbao, España. Págs. 105 – 107. Recuperado de <http://blog.utp.edu.co/areaderecreacionpcdyr/files/2012/07/Beneficios-de-la-Recreaci%C3%B3n.pdf>
- Santamaría, Ale. (2015). Sandplay. La Caja de Arena de Dora Kalff. Recuperado de <http://www.jungcolombia.com/2015/08/sandplay-la-caja-de-arena-de-dora-kalff.html>
- Torres Castillo, Alfonso. (s.f.). *Paulo Freire y la educación popular*. Recuperado de <https://www.dvv-international.de/es/educacion-de-adultos-y-desarrollo/ediciones/ead-692007/el-decimo-aniversario-de-la-muerte-de-paulo-freire/paulo-freire-y-la-educacion-popular/>
- Universidad de San Jorge-Grupo San-Valero. (2012). *Valoración geriátrica total*. Zaragoza-Aragón, España. Recuperado de <https://cuidadosdelanciano.blogspot.com.co/?showComment=1476757606938>
- Universidad del Valle – Instituto de Educación y Pedagogía. (2000). *Programa de Recreación*. Cali, Colombia: Consejo Académico. Recuperado de <http://iep.univalle.edu.co/programa-academico-en-recreacion>
- Velasco Arboleda, Jhony Andrés. (2012). *La recreación dirigida como mediación en el desarrollo de competencias ciudadanas* (tesis de grado). Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Victoria, García-Viniegras, Carmen Regina y Rodríguez López, Geidy. (2007). Artículo. 104
Calidad de Vida en Enfermos Crónicos. 6 (4). La Habana, Cuba: Revista Habanera de
Ciencias Médicas. Versión on-line.

Anexo 1. Aportes de la recreación dirigida a la IPS, a los recreandos y a la recreadora

La realización de mi práctica profesional universitaria en recreación aportó desde la recreación dirigida tanto a la IPS Ferrocarriles y Puertos de Colombia de COSMITET Ltda., como a los Recreandos, personas ECNT afiliadas a la IPS y convocadas para el Programa de Salud.

1. La práctica en recreación demostró a COSMITET Ltda. lo siguiente:

- Que la organización debe trabajar en concertación y corresponsabilidad con profesionales de otras disciplinas de forma conjunta y solidaria para la atención en todos los componentes de la salud, de las enfermedades no transmisibles y el fomento de la adopción de hábitos de vida saludable por parte de las personas con ECNT.
- Que puede mejorar las prácticas en los cuidados mínimos de la EC de las personas ECNT afiliadas y de sus familias.
- Que produce como efecto la disminución del deterioro de la salud y evita la descompensación de las personas con ECNT como diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, por lo tanto bajan las necesidades de hospitalización de las personas que padecen las enfermedades, aumenta la esperanza de vida de las persona con ECNT, sin descuidar que el autocuidado y la vida saludable beneficia económicamente tanto a la persona como a la organización.

**2. La práctica recreativa mostró a personas ECNT-afiliadas, a familiares y a¹⁰⁶
COSMITET Ltda.:**

- Que a través de la recreación dirigida, de sus aportes pedagógicos, de los juegos y talleres de lúdica, y espacios de reflexión, se dispone de otra forma de intervención para que quienes padecen enfermedades crónicas no transmisibles aprendan de los peligros y riesgos de su enfermedad y se apropien de la forma de tratarla para el logro de una vida saludable.
- Que las personas con ECNT se pueden hacer más conscientes de la realidad que viven y de la necesidad de las acciones complementarias con actividades de salud para la adopción de estilos de vida saludable.
- Que para la sana convivencia de los enfermos, es muy importante que los familiares sean conocedores de los peligros que conllevan las enfermedades crónicas, y que estén capacitados en la enfermedad, sus implicaciones y su manejo. Que sean más conscientes de sus aportes y comprensión, porque su actuación es muy importante para la disminución del estrés que produce una enfermedad en la persona con ECNT y como estos padecimientos no tienen cura, tienen que aprender a acompañar y a convivir con la persona que padece la enfermedad crónica no transmisible.

3. La práctica recreativa mostró a la practicante:

La fuerza de la intencionalidad educativa de la recreación guiada o dirigida, el aporte en la resignificación de conceptos y actitudes de los recreandos, la convocatoria que despiertan los lenguajes lúdico creativos en las personas; así como la posibilidad de intervenir apropiadamente en campos tan sensibles como los de la salud.

Cronograma SARI, cumplido				
N°	Fecha	Nombre de la secuencia	Actividades recreativas	Intencionalidad
1	9 y 13-feb-2015	1.1 Conoce a tus compañeros 1.2 Diagnóstico de los recreandos. 1.3 Antecedentes acerca de su cuidado, vida, familia, alimentación, el ejercicio.	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 1.1.1 Juego de reconocimiento: • Creación de mascarones • Bandas gráficas • Retroalimentación. 1.1.2 Aplicación de encuesta diagnóstica. 1.1.3. Reflexión.	1.1.1.1Presentación e inicio de la socialización entre los recreandos. 1.1.1.2Determinación de su estado funcional. 1.1.1.3Reconocimiento y conciencia de las implicaciones de la ECNT.
2	16 y 20-feb-2015	2.1 Reconocimiento al rol de acompañantes - cuidadores	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 2.1.1 Juego dramático improvisado: • Trabajo en el aquí y el ahora • Técnica doble • Técnica de espejo • Juego de máquinas • Juego de roles - inversión de rol en la ciudad y su familia • Juego improvisación • Creación de obra literaria.	2.1.1.1 El fortalecimiento de mis relaciones
3	23 y 27-feb-2015	3.1 Casos Ilustrativos para los recreandos con ECNT y sus acompañantes	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 3.1.1 Significados y sentido • Entrenamiento de habilidades	3.1.1.1 Mi significado de la enfermedad crónica

			• Entrenamiento de la ilustración	
4	2 y 6-mar-2015	4.1 Sesión de reconocimiento de su cuerpo	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 4.1.1 Juego: • Calentamiento • Meditación • Bromas, cuentos.	4.1.1.1 Mi aceptación, mi individualidad.
5	9 y 13-mar-2015	5.1 Integración	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 5.1.1 El humor: • Un futuro inesperado • Una sorpresa agradable • Ser sorprendido • Entender el chiste • Sesión de caricaturas	5.1.1.1 Mi derecho a la risa y al disfrute.
6	16 y 20-mar-2015	6.1 Juego en la caja de arena	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 6.1.1 Juego con arena: • Redirección de la atención hacia el interior de la persona. • Activación de las energías reparadoras • Expresión del inconsciente • Estimulación creativa y reflexión.	6.1.1.1 Descubrimiento de mi interior, reconciliación con mi yo, aceptación de mi yo.
7	27 y 30-	7.1 Creación libre de obra para	Apertura, negociación, exploración, y	7.1.1.1 Manifestación de nuestra creatividad e imaginación, reflejo

	mar-2015	títeres, por los Recreandos ECNT	socialización-evaluación: 7.1.1. Juego de títeres: • Creación de personajes relacionados con personas ECNT y los acompañantes • Creación de historieta relacionada con una persona que padece una enfermedad crónica. • Escenario participativo entre títeres y auditorio	de nuestros pensamientos.
8	6-abr-2015	8.1 Exposición de trabajos de los recreandos ECNT	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 8.1.1 Muestra de los trabajos de cada uno de los cuatro grupos. 8.1.2 Análisis de la experiencia, sentimientos y vivencias de la actividad artística creativa.	8.1.1.1 Descubrimiento de mi yo artista...no sabía que tenía esas destrezas. Sé que puedo dar más.
9	10-abr-2015	9.1 Conceptos y comentarios sobre vida saludable y calidad de vida, guiados en una secuencia de actividades recreativas	Apertura, negociación, exploración, y socialización-evaluación: 9.1.1 Por una vida saludable y de calidad: • Introducción y apoyo • Contacto inicial con la enfermedad • Recopilación de antecedentes de la persona con ECNT	9.1.1.1 Conciencia y compromiso: Duele...Claro que duele, pero es la realidad...es la única vida que tengo...y debo vivirla bien, por mí, para mí...para los míos y por los míos. 9.1.1.2 El camino que sigue es mi responsabilidad.

-
- Enfoque en un problema, profundización y revisión de actitudes para una vida con una enfermedad crónica.
 - Manejo de fricciones en la relación de necesidad de apoyo-ayuda-cuidado en la familia
 - Retro-alimentación de la experiencia.

Fuente: Elaboración propia con base en la propuesta formulada para el desarrollo de la Práctica Profesional.