



INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y
PEDAGOGÍA
Subdirección Académica

ACTA DE EVALUACIÓN DE TRABAJO
DE GRADO

Programa Académico RECREACION

Fecha

Código del programa: 3464

Resolución del programa: 126

Día	Mes	Año
6	4	2017

Título del Trabajo o Proyecto de Grado

Análisis del proceso metodológico PIARH y las tres actividades inherentes del ser –el trabajo, la educación y la recreación- en pacientes de larga estancia

Se trata de:

Proyecto ☐

Informe Final ☐

Director

JUAN GABRIEL ARCILA BAUTISTA

Nombre del Primer Evaluador

ARMANDO HENAO VELARDE

Nombre del Segundo Evaluador

MAGDA ALEJANDRA PEÑA GIRALDO

Estudiantes

Nombres y Apellidos	Código	Plan	E-mail	Téfonos de contacto
Leidy Johanna Montilla	0831195	3464	leidyjmontilla@gmail.com	3183850835
Juan Camilo Valencia Bravo	1130081	3464	juan.valencia.bravo@correounivalle.edu.co	3007775010

Evaluación

Aprobado



Meritorio



Laureado ☐

Aprobado con recomendaciones



No Aprobado



Incompleto ☐

En el caso de ser **Aprobado con recomendaciones** (diligenciar la página siguiente), éstas deben presentarse en un plazo máximo de _____ (máximo un mes) ante:

Director del Trabajo o Proyecto de Grado



Primer Evaluador



Segundo Evaluador



En el caso de que el Informe Final se considere **Incompleto** (diligenciar la página siguiente), se da un plazo máximo de _____ semestre (s) para realizar una nueva reunión de Evaluación el: _____

En el caso que no se pueda emitir una evaluación por falta de conciliación de argumentos entre Director, Evaluadores y Estudiantes; expresar la **razón del desacuerdo** y las **alternativas** de solución que proponen (diligenciar la página siguiente).

Firmas

Juan Gabriel Arcila B.

JUAN GABRIEL ARCILA BAUTISTA

Director del Trabajo o Proyecto de Grado

Armando H.

ARMANDO HENAO VELARDE

Primer Evaluador

Magda A. Peña

MAGDA ALEJANDRA PEÑA GIRALDO

Segundo Evaluador

Recomendaciones ☐	Observaciones ☐	Razón de desacuerdo - Alternativas ☐
<i>Si se considera necesario, usar hojas adicionales.</i>		
Ambos evaluadores estuvimos de acuerdo en considerar la calificación meritoria por las calidades del trabajo a nivel teórico y metodológico.		
Juan Gabriel Arcila B.		
Firmas		
Juan Gabriel Arcila B. JUAN GABRIEL ARCILA BAUTISTA Director del Trabajo o Proyecto de Grado	Armando H. ARMANDO HENAO VELARDE Primer Evaluador	Magda A. Peña MAGDA ALEJANDRA PEÑA GIRALDO Segundo Evaluador

**Análisis del proceso metodológico PIARH y las tres actividades inherentes del ser –el
trabajo, la educación y la recreación- en pacientes de larga estancia en el
Centro Médico Imbanaco de la ciudad de Cali**

**Leidy Johanna Montilla
Juan Camilo Valencia Bravo**

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

**Análisis del proceso metodológico PIARH y las tres actividades inherentes del ser –el
trabajo, la educación y la recreación- en pacientes de larga estancia en el
Centro Médico Imbanaco de la ciudad de Cali**

**Leidy Johanna Montilla
Juan Camilo Valencia Bravo**

Director Trabajo de Grado:
Juan Gabriel Arcila

Trabajo de Grado presentado para optar el título de:
Profesional en Recreación

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

Dedicatoria

Dedicamos el esfuerzo y el trabajo realizado a las personas hospitalizadas que hicieron parte de esta investigación, a los pacientes que lamentablemente fallecieron y dejaron una huella en nuestros corazones. Por más que intentamos separar lo emocional de lo profesional fue inevitable no apegarnos a estos seres humanos tan magníficos. También a la persona que creyó en nosotros y nos dio la oportunidad de explorar en el contexto clínico el campo de la recreación, jefe Viviana Ávila, gracias por la confianza depositada en este proceso. Por último a nuestras amadas madres por su apoyo incondicional, este es el resultado de su sacrificio, las amamos con todo el corazón.

Agradecimientos

Principalmente la honra y las gracias a Dios todo poderoso; es parte fundamental de nuestro diario vivir, nos ha dado la fortaleza en la adversidad. Por otro lado el eterno agradecimiento a nuestras madres María Isabel Bravo y Diomar Montilla quienes han dado lo mejor de su vida por sacarnos adelante, contribuyendo en todo lo que necesitáramos en la elaboración de nuestro trabajo de grado. Algo que les recompensáremos con los frutos de nuestra dedicación. Damos infinitas gracias a nuestro núcleo familiar: hermanos, abuelos, tíos, primos quienes nos brindaron su apoyo y estuvieron al tanto de nosotros en el recorrido de nuestra carrera universitaria.

Gracias a nuestras redes de apoyo, personas que estuvieron con nosotros compartiendo el afecto; amigos, del barrio, del colegio, cada uno desde su perspectiva, ya fuera para corregirnos o apoyarnos en nuestro camino, gracias por acompañarnos. Ustedes han sido parte de nuestro crecimiento, en darle un significado muy valioso a la amistad.

Por último agradecemos a los educadores del Programa Académico en Recreación. Por darnos las herramientas, compartir sus conocimientos, formarnos y educarnos en una carrera tan indispensable para la sociedad. Muy especialmente a nuestro tutor Juan Gabriel Arcila. Por su paciencia, por sus conocimientos y por dejarnos construir una amistad que independientemente de lo académico es muy significativa para nosotros. Solo nos queda decir; que Dios bendiga a cada una de las personas que han formado parte de nuestra historia. Que nos perdonen si alguna vez hemos obrado mal y que el amor sea la fuente de su fortaleza en sus vidas. De corazón, muchas gracias a todos por brindar su granito de arena.

Tabla de contenido

Resumen	10
1. Marco contextual	11
1.1 Estructura organizacional	11
1.2 Historia del Centro Médico Imbanaco	12
MAPA GEOGRÁFICO	13
1.3 Marco legal de la salud en Colombia	15
1.4 Contextualización de la recreación en el Centro Médico Imbanaco	16
1.5 Antecedentes de prácticas profesionales en recreación en el CMI.....	17
1.6 Contexto poblacional	18
2. Planteamiento del problema.....	20
3. Objetivos	24
3.1 Objetivo general	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4. Marco teórico	25
4.1 Educación: La epistemología del aprendizaje y el conocimiento	25
4.1.1 Teoría socio-constructivista.....	25
4.1.2 Teoría de Vygotsky funciones psicológicas (superiores FPS e inferiores FPI)	26
4.1.3 Teoría de la actividad de Leóntiev	27
4.1.4 Los instrumentos o mediaciones.....	28
4.1.5 Herramientas culturales de Bruner	28
4.1.6 Los símbolos y signos.....	29
4.1.7 Herramientas psicológicas de Vygotsky.....	30
4.1.8 Ley de doble formación: inter-psicológico e intra-psicológico.....	30
4.1.9 Mediación semiótica según Vygotsky	31
4.1.10 Zona de desarrollo próximo (ZDP)	31
4.1.11 Descontextualización.....	32
4.1.12 Conclusión del enfoque socio-constructivista	33
4. 2 Concepto de educación.....	33
4.2.1 Modelo de la influencia educativa.....	34
4.2.2 Concepto de educación según Paulo Freire	35

4.3 Concepto de trabajo.....	37
4.3.1 El trabajo desde un contexto socio-histórico	37
4.3.2 Los exponentes más críticos, dicotomía del trabajo Karl Marx – Jurgen Habermas ...	38
4.3.3 Realidades del trabajo: la mano de obra vs la remuneración	39
4.3.4 Discusión final: determinando los componentes del trabajo	41
4.4 El concepto de recreación a través de la historia: ocio, tiempo libre y recreación	43
4.4.1 El ocio y el juego	43
4.4.2 Tiempo libre y ocio	43
4.4.2.1 Concepción del ocio en Roma y Grecia	43
4.4.2.2 Ocio y tiempo libre en la edad media	44
4.4.2.3 La concepción de ocio y tiempo libre en el capitalismo.....	44
4.4.2.4 Concepción de ocio y tiempo libre según Joffre Dumazedier	45
4.4.2.5 Definición de ocio y tiempo libre según Munné	45
4.4.2.6 La recreación en la época contemporánea	46
4.4.2.7 La recreación en tiempos modernos	47
4.4.2.8 La recreación guiada.....	47
4.5 La recreación como actividad social general y sus tres dimensiones.....	48
4.5.1 Núcleos problemáticos	48
4.5.2 Lenguajes lúdicos-creativos	50
4.5.3 La imaginación creadora: una constituyente de la recreación	50
4.5.4 Método de intervención SAR (secuencia de actividad recreativa)	51
4.5.5 Conclusión: una mirada a los componentes de la recreación	53
4.6 Conceptos adheridos a la investigación	54
4.6.1 El concepto de comunidad.....	54
4.6.2 El concepto de enfermedad.....	54
4.6.3 El concepto de salud	55
4.6.4 El modelo bio-psicosocial	56
Factores intervenidos desde la recreación en un modelo bio-psicosocial.....	57
4.6.5 Las condiciones de vida.....	58
4.6.6 Psicología popular	59
4.6.7 La Programación Neurolingüística (PNL).....	60

4.6.8 La música como herramienta pedagógica	60
4.6.9 El Programa FL Estudio	61
4.6.10 Metodología ‘Proyecto individual de actividad recreativa en el contexto hospitalario’ (PIARH).....	62
Esquema de la recreación guiada en el contexto hospitalario.....	63
Figura No. 7. Ilustración Gráfica de la Metodología PIARH (Proyecto Individual de Actividades Recreativas en el Contexto Hospitalario)	65
4.6.10.1 El triángulo interactivo en el contexto hospitalario.....	66
Figura No. 9 Influencia educativa en el contexto hospitalario	67
4.6.10.2 Epílogo de la metodología PIARH.....	69
5. Metodología de investigación	70
5.1 Etnografía- Diagnóstico	70
Consentimiento informado del paciente y/o acompañante familiar	71
Tabla No. 1 Tabla general de los pacientes aptos y no aptos	71
5.2 Observación y la entrevista: Entrevista inicial para definición de línea de base del paciente, la negociación.....	72
5.3 Instrumentos de verificación	72
INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO (PRE Y POST).....	72
Instrumento de registro individual.....	75
5.4 Análisis de la información	75
Evaluación y condensación	76
Proceso de cierre con el paciente.....	76
Valoración de desempeño individual	76
Testimonios	77
Muestra de resultados	77
6. Análisis de resultados	80
EJE DE EDUCACIÓN	81
Exposición de un caso general del eje de educación	83
EJE DE LA RECREACIÓN.....	86
Exposición del caso general del eje	89
Caso general del eje del trabajo.....	96
Colofón del análisis general	98

7. Resultados posteriores al análisis.....	100
7.1 Resultados que emergieron a partir de la investigación	100
Negociación	101
ILUSTRACIÓN GRÁFICA 5	106
Resultado a escala de dolor	107
ILUSTRACION GRÁFICA 6	108
Resultados de nivel de estrés	109
ILUSTRACIÓN GRÁFICA 7	111
Resultados de importancia de la recreación	112
ILUSTRACIÓN GRÁFICA 8	113
Adquisición a implementar, resultado posterior de la metodología PIARH.....	114
PIAR (Proyecto Individual de Actividades Recreativas).....	114
Categorización de factores de riesgo que inhiben las tres actividades	116
De la investigación a la exposición: reconocimiento a la labor	118
8. Conclusiones	120
Conclusión de los resultados analíticos	120
Conclusión del proceso de intervención en la comunidad en general	120
Impacto significativo en la percepción de la población objeto de estudio	122
Conclusión de los resultados posteriores	125
Conclusión desde la perspectiva profesional	125
9. Anexos de la investigación	127
Referencias.....	136

Resumen

El presente documento “Análisis del proceso metodológico Proyecto individual de actividad recreativa en el contexto hospitalario –PIARH- y las tres actividades inherentes del ser el trabajo, la educación y la recreación, en pacientes de larga estancia” se desarrolló en el marco de las asignaturas práctica I y II de la carrera profesional en Recreación de la Universidad del Valle, práctica adelantada en el Centro Médico Imbanaco de la ciudad de Cali. El trabajo adelantado consistió en la realización de una investigación-intervención que planteó como objetivo aportar conceptual y metodológicamente nuevas hipótesis con el fin de constatar la solidez que tiene esta disciplina en procesos de intervención, y que muchos de nuestros colegas, profesores e investigadores de la misma línea, han llevado a cabo durante más de 30 años (Mesa, 2009).

A partir de un proceso metodológico, la investigación e intervención permitió medir en pacientes de larga estancia tres actividades inherentes del ser como son el trabajo, la educación y la recreación, desde tres diferentes enfoques disciplinares: la pedagogía, la psicología y la sociología.

El interés para llevar a cabo esta investigación fue consolidar un trabajo arduo y comprometido adelantado por la recreación guiada en el campo de la salud. A pesar de los antecedentes de otras intervenciones, la percepción del interés de la participación e investigación de los profesionales en recreación no se considera primordial debido a la ausencia de nuevas propuestas, así como también al reducido campo de intervención y al desconocimiento que se tiene de la labor del recreador en las entidades de salud. Estos fueron algunos de los retos asumidos en la práctica profesional y que se condensan en la elaboración del presente documento. Consideramos la propuesta de intervención como una apuesta metodológica *genuina*, con la que esperan contribuir al debate y al análisis de la participación de la recreación guiada como disciplina que contribuye a la transformación de las realidades en procesos de crecimientos individuales y colectivos. Así mismo se espera despertar el interés de los lectores, estudiantes y profesionales de la carrera, en el tema de la recreación guiada como referente en la construcción de significados en torno a la educación de calidad.

Palabras clave: Recreación guiada, Trabajo, Educación, Recreación, Salud, PIARH, Hospitalización, Modelo Biopsicosocial, paciente, condiciones de vida.

1. Marco contextual

A continuación se expondrá el contexto geográfico, organizacional y poblacional del Centro Médico Imbanaco, información que sirve para identificar y explorar la historia y caracterización de la entidad de salud, así como también conocer la dinámica interna que ocurre en el proceso vivencial de los pacientes de larga estancia que son atendidos allí. De esta manera se reconocen las proporciones de las posibilidades de la investigación en el momento de hacer el estudio de caso.

1.1 Estructura organizacional

El Centro Médico Imbanaco (CMI) está ubicado en la ciudad de Cali en la carrera 38 Bis No. 5B2 – 04, la sede principal y en la carrera 38A No. 5ª-100, torres A y B antigua sede. (Imbanaco, Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., 2011). Es una institución de tercer nivel de atención y cuarto de complejidad, esto significa que es un centro de atención con infraestructuras y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población. Cuenta con 56 áreas, cada una de ellas brinda un servicio especializado de salud para los usuarios afiliados. A partir de las exigencias de la organización se ejecutan programas y proyectos para el bien de la comunidad y la entidad misma. La dimensión social, psicológica y pedagógica de la entidad se mide a partir de indicadores cualitativos y cuantitativos, que evidencian el impacto generado por su gestión. Las propuestas son implementadas por el departamento de gestión humana en las áreas de Plan de Atención al Empleado (PAE), y *Business Projects Manager* (BPM). El presente trabajo de grado se enmarca en el PAE dentro de la planeación de proyectos sociales.

Debido al crecimiento del Centro Médico, surge la necesidad de ampliar la infraestructura física para potenciar y ofrecer mejor calidad de atención a los usuarios. Por lo tanto, se constituyó una nueva edificación con el fin de mejorar sus servicios.

1.2 Historia del Centro Médico Imbanaco

El Centro Médico Imbanaco se creó de la iniciativa de un grupo de profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle. Con el interés de ampliar su visión de proyecto empresarial, inician el centro de especialización como organización en agosto de 1976, con 28 consultorios, y un pequeño laboratorio clínico.

En la década de los 80, el CMI recibe a otro grupo de especialistas en las distintas ramas de la medicina, y da un importante paso al abrir los servicios de Urgencias 24 horas, Cirugía y Hospitalización, destacándose como pionero a nivel nacional del modelo de cirugía ambulatoria, con todas sus ventajas para los pacientes, los empleadores y para el sistema de salud en general porque se minimizan los días de incapacidad y los costos asociados.

La Institución atiende en promedio a 35.000 pacientes mensuales de los cuales el 2% corresponde a patologías de alta complejidad y el 98% recibe atención en los otros niveles de complejidad. La clínica ocupa un área con un poco más de 30.000 metros cuadrados, tiene 128 camas de las cuales 85 son de hospitalización, 24 pertenecen a unidades de cuidados intensivos e intermedios adultos y 19 UCI pediátrica y neonatos. Tiene una sede alterna en el norte de la ciudad en el CC Chipichape, presta servicios de chequeo médico preventivo, laboratorio clínico, Rayos X, Ecografía, Electrocardiografía, Monitoría de presión Arterial, Unidad de Vacunación y Mamografía.” (Imbanaco, 2011).

El CMI es una entidad de salud de atención de cuarto nivel, que sustenta sus principios y políticas en altos estándares de calidad en la implementación de las funciones y servicios que presta a los usuarios. A continuación se describe su horizonte organizacional.

Objetivo: Brindar siempre una atención médica segura que nos permita cuidar y preservar la vida.

Estrategia: Efectividad en los procesos y filosofía del servicio en acción. (Hacemos las cosas bien y con mucho amor).

Visión: Ser la organización de salud líder en servicio al cliente por garantizar la seguridad de sus pacientes y la calidad en la atención, para convertirse en centro de referencia nacional e internacional.

Misión: del CMI, es ser la organización de salud preferida por sus clientes, sus colaboradores y sus inversionistas, por la calidad y la seguridad en la atención que ofrece a sus pacientes.

Los valores: Seguridad y confianza, servicio, honestidad, trabajo en equipo. (Imbanaco, 2011)

MAPA GEOGRÁFICO



Figura No. 1. Localización geográfica del Centro Médico Imbanaco. Fuente: Google



Figura No. 2 Sede del Centro Médico Imbanaco. Fuente Boletín Logros



Figura No. 3 Sede del Centro Médico Imbanaco. Fuente Boletín Logros

Toda organización social está regida por parámetros, reglas y principios. Para que exista un orden social los individuos y organizaciones deben asumir roles, comportamientos establecidos y que son preestablecidos de común acuerdo. En las interacciones sociales los individuos asumen actitudes de poder; si no se existiese este sistema de parámetros no existiría un orden establecido en las organizaciones sociales (Chomsky & Foucault, 2006). Es así como las clasificaciones de poder de una empresa u organizacional se establecen mediante dos formas, jerárquica o democrática.

El ser humano hace parte de un sistema en el que se deben integrar estrategias en beneficio de la sociedad. Lo que busca el CMI es racionalizar los recursos y dar soluciones eficaces y efectivas que redunden en el bienestar de sus usuarios. Las empresas deben permanentemente actualizar y descubrir nuevas formas para que sus productos y servicios tengan el mayor impacto tanto para los trabajadores como para sus clientes, buscando la manera de eliminar dinámicas tediosas y ortodoxas con el fin de realizar prácticas más humanas. Es por ello que la organización le apostó a la participación del presente proyecto como recreadores de campo.

El CMI marca la diferencia en el ámbito de la vocación del servicio a poblaciones de contextos socio económicos bajos a partir de la atención de asociaciones y del otorgamiento de subsidios. Esta labor social lo favorece en la liquidación de los impuestos, reduciendo una suma considerable para ellos. Es por ello que la vocación de servicio de este tipo de entidades enfocadas

en la intervención social es primordial al momento de generar prácticas donde se transformen referentes y se construyan significados.

En la Ley sobre responsabilidad social empresarial se expresa claramente esta vocación del CMI:

La promoción de comportamientos voluntarios, socialmente responsables, por parte de las organizaciones aquí comprendidas, a partir del diseño, desarrollo y puesta en servicio de políticas, planes, programas, proyectos y operaciones, de tal manera que tiendan al logro de objetivos sociales, focalizando en aspectos como la protección de la niñez, la erradicación del trabajo infantil, la erradicación de la pobreza, el respeto de los derechos humanos y los comportamientos responsables ambientales basados en la prevención y la reparación de los daños ambientales. (Ojeda, 2009).

1.3 Marco legal de la salud en Colombia

A continuación se señalan algunos artículos y leyes relacionadas con la salud en Colombia, que sirven de referencia a la temática en la que inscribe la presente investigación. La salud es un derecho universal que contemplan varias constituciones de los países en el mundo. Para el caso de Colombia la Constitución Política de 1991 en el Artículo 49 expresa que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales, los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. (Ojeda, 2009)

Sin embargo, en la Constitución Política de 1991 se señala el tema de la salud omitiendo el concepto de salud pública y se resalta el de saneamiento ambiental, limitando con esta denominación el verdadero alcance de la salud pública. Indagando los artículos de la carta se constata que no se consagró en el capítulo de derechos fundamentales el derecho a la salud, solo es mencionado en el capítulo (artículo 49) de los derechos sociales, económicos y culturales.

1.4 Contextualización de la recreación en el Centro Médico Imbanaco

Hay que tener en cuenta que hasta el año 2015 el ingreso al CMI para realizar la práctica era a través del programa *Corachíng*, programa socio-pedagógico que se le brinda a los hijos de los colaboradores para contribuir en su desarrollo integral desde varios enfoques: pedagógicos, psicológicos y sociales. Desde allí se les brindaba a los practicantes la posibilidad de explorar las diferentes áreas a partir de una propuesta de intervención.

Sin embargo, al momento de definir la práctica profesional en el CMI y pasar por *Corachíng* generaba resistencia en algunos de los estudiantes y profesores. Existe un prejuicio hacia el lugar que se ve como un espacio escolarizado o guardería en la que los procesos de aprendizaje no van con los referentes de un profesional en recreación; es decir, el modelo de políticas que se emplea según testimonios de practicantes es jerárquico, pues en su lógica, además de ser una práctica académica, se relaciona con un contrato laboral remunerado. Jaiver Copete egresado de la carrera responde a la inquietud como un imaginario erróneo:

“En la práctica uno mismo es el que genera ese tipo de estigmas debido a la experiencia vivencial, si la persona está dispuesta y encuentra en el espacio un potencial para proponer y montarse en el rol de que es un recreador que va ejercer de la mejor manera su profesión no dirá lo mismo, a comparación de otra persona que por lo contrario sintió que no era su espacio de práctica. En todas las prácticas nos vamos a encontrar con obstáculos y retos, que nos harán salir de nuestra zona de confort. Es cierto que Corachíng es un sitio que refleja un contexto escolarizado, pero el trasfondo es brindar jornadas complementarias desde un enfoque socio-pedagógico a los hijos de los colaboradores a su vez, ofreciendo el espacio de hacer otras intervenciones de acuerdo al interés en las distintas áreas del CMI”.

1.5 Antecedentes de prácticas profesionales en recreación en el CMI

A continuación se reseñan algunos proyectos de intervención social en el campo de acción del profesional en recreación que se han realizado en el CMI cuyos aportes teórico-prácticos sirven de marco de referencia a la presente investigación.

Uno de los proyectos que aún se está desarrollando, dirigido por Jaiver Copete es el programa de Clima Organizacional. Consiste en implementar dentro del CMI, un ambiente socio-político-ambiental participativo, que ayude a que los colaboradores fortalezcan los vínculos entre jefes y empleados. Gracias a este proyecto se abrió el campo de Recreación y Cultura que tiene como fin, propiciar en el colaborador momentos de exploración y reconocimiento de sus capacidades, imaginación, creación, correlacionándola con la cultura en la que se re-significan los valores vinculados con la organización.

El segundo proyecto fue realizado por Erika Ramírez, Jonathan Bedoya y Lina María Lenis (2014) consistente en un diagnóstico participativo en el acompañamiento a pacientes hospitalizados, a partir de una intervención en recreación en la entidad. Dicho acompañamiento solo se hizo en una fase exploratoria del proyecto, a pesar del poco tiempo, desarrollaron un abanico de actividades para intervenir a los pacientes, en un proceso que se llevó a cabo entre septiembre y octubre del 2013. El trabajo planteado por Ramírez, Bedoya y Lenis se enfoca desde el “tiempo libre obligado” sin embargo esta apreciación no es compartida por nosotros dado que la concepción de esta terminología no es coherente puesto que al paciente no se le obliga a ser libre, es una elección condicionada por el contexto; el paciente en su larga estancia en la hospitalización no tiene oportunidad de elegir, por ende no es un “tiempo libre obligado” es un tiempo desocupado en el cual se inhiben las posibilidades que tiene el ser humano de elegir libremente.

El tercer proyecto fue orientado por las practicantes Leidy Johanna Parra y Derly Vidal en el año 2012. Su trabajo tuvo que ver con una intervención recreativa con pacientes oncológicos a partir de la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP). Aunque no la describen como tal, su proceso constaba de observación, planeación, ejecución y análisis, algo que maneja esta metodología de investigación. Cabe aclarar que su enfoque investigativo fue netamente cualitativo:

Podríamos decir que el enfoque investigativo que da soporte a este trabajo es de tipo cualitativo porque el abordaje de la información y los datos no es estadístico y ha implicado tener en cuenta la voz de todos los actores que participaron de esta experiencia. (Parra & Vidal, 2014. p. 52)

En la presente investigación no se planteó la intervención en el programa *Corachíng*, por lo que el CMI no adquiere derechos institucionales para ofrecer ese tipo de servicios con fines educativos. Hubo la posibilidad de proponer y explorar proyectos en otras áreas, finalmente se decidió trabajar en el área de hospitalización.

Una vez analizados los antecedentes en las intervenciones realizadas, se propuso en la presente investigación, la creación de un programa con una línea de autenticidad propia, con la intención de potenciar lo que durante un tiempo atrás habían realizado otros colegas en las prácticas profesionales en el CMI.

1.6 Contexto poblacional

El objetivo de la presente investigación se focalizó en el área asistencial de hospitalización de los pisos 4, 5, 10 de la torre B. Para garantizar un trabajo que perdurara se optó por trabajar con pacientes hospitalizados de larga estancia, es decir, aquellas personas que por las características de su enfermedad, requieren un tratamiento prolongado.

Por lo tanto en hospitalización están los pacientes con patologías de nivel 1, 2, 3 y 4 y su estadía varía según su condición, habitualmente el usuario tiene un acompañante permanente y en los horarios de visita establecidos ingresan otras personas cercanas con vínculos afectivos. Son pacientes que, por su enfermedad, están obligados a permanecer dentro de una habitación donde se les prestan los servicios de salud cuando lo requieren.

Se ha dividido a los actores que conforman el espacio en tres categorías: los pacientes, los acompañantes y los colaboradores asistenciales.

- **Paciente Hospitalizado (larga estancia):** un paciente Hospitalizado es una persona que debe acudir a un centro médico para ser evaluado y tratado medicamente porque en su condición de salud, presenta alteraciones que pueden afectar su vida, por eso debe

permanecer internado en dicho espacio para ser tratado y cuidado constantemente por el tiempo que lo requiera hasta que su condición de salud mejore.

- **Acompañante:** el acompañante es la persona encargada de asistir (acompañamiento) al paciente hospitalizado en todos los procesos de recuperación y estadía dentro y fuera del centro médico, es la principal red de apoyo para dichos actores.
- **Colaboradores (personal de salud):** son los profesionales de la salud, médicos, y auxiliares de enfermería, entre otras especialidades quienes están a cargo de velar por la seguridad y el cuidado del paciente tanto en la atención médica, como también de solucionar las necesidades básicas que el paciente requiera de la organización.

Las relaciones y vínculos se forman según la interacción que tengamos con los otros (Bruner, 1991), el profesional en recreación obtiene mecanismos que le permiten una interacción fluida con los demás. Con una simple observación visual se pueden identificar características de una persona en el momento de relacionarse con ella, en el caso del paciente permite identificar características para una relación social diáfana y negociada, por ejemplo, si al momento de entablar una conversación sostiene la mirada, si tiene sensibilidad al escuchar o es expresivo corporalmente. Para el profesional en recreación estos elementos de la interacción social son claves al momento de plantear propuestas de intervención con personas que padecen enfermedades delicadas que los sitúa en posición de vulnerabilidad y sensibilidad.

Las emociones e impulsos son inherentes de la naturaleza humana, la cuestión es hacer que dichos factores de riesgo se puedan trabajar, se puedan exteriorizar, expresar y desahogar, por lo tanto es indispensable intervenir de manera que el conjunto de actores sociales trabajen en beneficio del paciente; para repercutir positivamente en su estadía. Es así como surge la necesidad de fortalecer la red social cercana al paciente para que los diferentes actores puedan interactuar, compartir intersubjetividades, tener empatía y surja la retro-alimentación necesaria y se debata sobre conductas tediosas, se fomente el diálogo y se ejerzan prácticas positivas que contribuyan a generar procesos de humanización dentro del CMI y en la consolidación de las mejores condiciones de vida de los pacientes.

2. Planteamiento del problema

A continuación se expondrá la epistemología que hace referencia a las tres actividades inherentes del ser, el trabajo, la educación y la recreación, profundizando el concepto de paciente. Estas tres actividades se inhiben al estar inmerso en el contexto clínico, debido a los factores de vulnerabilidad que afectan sus condiciones normales de vida. Es así como a partir de la metodología planteada, se permite observar los tres ejes mencionados y mirar las posibilidades que ofrece la intervención desde el punto de vista de la recreación guiada.

El paciente de larga estancia es una persona que requiere unos cuidados específicos desde la atención médica primordial para el mejoramiento de la salud generado por la enfermedad o la accidentalidad. De acuerdo a lo anterior, estas condiciones en las que se encuentra expuesta una persona hospitalizada lo llevan a generar factores de riesgo como: el estrés, ensimismamiento, dolor, nostalgia, depresión, angustia y en el peor de los casos, según su apreciación psicológica, pérdida del sentido de la vida. Pero no todo es forjado por la enfermedad, hay otros factores que intervienen en las problemáticas del paciente hospitalizado, como son la carencia del tejido social que conforma al sujeto, el vínculo social, las emociones, la percepción del contexto.

Toda persona sana está en capacidad de relacionarse con los otros, y desempeñarse de manera normal en la sociedad, es decir, que el trabajar, aprender o recrearse, son actividades del diario vivir que permiten al individuo crecer y ser alguien útil para su vida y la sociedad. Sin embargo, cuando se pierde la salud y se entra en un estado de malestar o enfermedad que requiere una hospitalización prolongada, estas actividades se ven menguadas, lo que ocasiona en las personas profundos cambios de temperamento y de comportamiento. Las personas dentro de un contexto hospitalario se ven limitadas al no poder realizar estas actividades ya sea por la percepción del entorno, por problemas patológicos o por convalecencia valga la redundancia. Desde un enfoque socio-constructivista las tres actividades son ejes fundamentales para el desarrollo integral del ser, a nivel social, emocional, cognitivo y biológico. Estas dan la posibilidad de resolver problemas mediante el estímulo de componentes como la construcción de significados, la interactividad, la expresión, la producción de conocimiento o de servicios -entre otros- constituyentes transversales de la actividad en sí misma.

El hombre por naturaleza es un ser social que necesita estar en contacto permanentemente con el otro, (Gutiérrez F, Ball Vargas, & Marquez , 2008) esta naturaleza permite la construcción de vínculos sociales ya que en la intersubjetividad (Vigotsky, 1979) se miran las percepciones y los significados de forma simbólica. Por lo tanto, esta interacción en la que también está inmerso el entorno donde se habita ha hecho que surjan por naturalidad tres actividades: el trabajo, la educación y la recreación. En la actualidad están institucionalizadas pero su significado ha tenido una evolución socio-histórica. Se expondrá la manera de abordar las tres actividades inherentes del hombre para comprender cómo funcionan y bajo qué criterios se plantean en esta investigación.

La primera actividad que se abordará es **el trabajo** a partir de una perspectiva de la dignificación de mano de obra (Sennett, 1998) y desde un enfoque procedimental, dejando de lado el enfoque instrumental como se ha parcializado en la actualidad en donde resaltan los principios productivos y económicos. Atribuimos a esta actividad un proceso de construcción en el tiempo, de valoración y de dedicación, conectado a la voluntad frente a la construcción y la acción de crear. Esta descripción está sujeta a las representaciones simbólicas que justifican lo elaborado, que termina siendo un proceso cognitivo por los significados apropiados en la cristalización de la satisfacción de hacer, de producir, de ejercer un oficio, de trabajar por un impulso, asociado a objetivos por el placer, el gusto y no por la obligación.

Continuando en este orden de ideas, la segunda actividad inherente al ser, **la educación**. Es decir, todo lo que tiene que ver con la cognición, con la adquisición de conocimientos e interiorización de contenidos referentes hacia lo desconocido y lo que se conoce del entorno y del origen de las cosas. El razonamiento ha llevado al hombre a descubrir sin límites las dimensiones que cuestionan todo lo que lo rodea para tener una respuesta y construir significados. Con base en lo anterior, se incorporan los andamiajes dando como resultado la intersubjetividad, según lo plantea Coll (2001) desde la base teórica de la influencia educativa. Cada individuo se apropia de los conocimientos de una manera diferente, ya que lo que se busca es aprendizaje homogéneo y no heterogéneo, la educación heterogénea lleva a un aprendizaje vacío sin la posibilidad de tener diferentes posturas, por lo tanto, la educación es un proceso de aprendizaje interiorizado y exteriorizado, dejando abierta otras verdades y posturas, ya que la verdad no es absoluta.

Por último aparece el juego (Huizinga, 2007) como una de las primeras manifestaciones constituidas de **la recreación** en el hombre, que ha estado ligada a patrones de comportamientos

culturales, el hombre juega para descubrir e inventar. El juego se ve reflejado en prácticas como la caza, en enfrentamientos por la propiedad y por costumbres culturales en el ejercicio del poder. El juego ha sido parte del contexto socio-histórico y cultural de los sujetos, como lo afirma Vigotsky (1982)

Esta actividad junto a las otras dos prácticas son inherentes al ser, es decir, hacen parte de la esencia del ser, del estar, de sentirse humanos racionales, y sujetos emocionales. Son acciones que siempre están presentes, consciente o inconscientemente en las conductas humanas; el juego aparece en la niñez, sin embargo en las etapas de desarrollo de la edad adulta sigue estando latente, ya que el juego se transforma en sensaciones y acciones asociadas con el placer, la diversión, la contemplación, entre otras (Mesa, 1999). Es así como la actividad recreativa contiene elementos relacionadas con el bienestar psíquico emocional y espiritual, el placer y la diversión. La recreación permite re-significar, crear, dar sentido a fragmentos importantes del diario vivir, independientemente si son negativos o positivos. Es la posibilidad de reinventar la vida más allá de referirse al “volver hacer” en todos los campos de la actividad humana.

La presente investigación abordará a los pacientes de larga estancia en el Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta la necesidad de mejorar condiciones de vida procurando contribuir en su estado de salud. En este estado de vulnerabilidad en el que se encuentran los pacientes emergen situaciones que los hetero-condicionan (Munné, 1980) inhibiendo su capacidad de tomar decisiones sobre las acciones relacionadas con las 3 actividades inherentes.

Teniendo en cuenta los antecedentes realizados por los trabajos de colegas, se ha abierto un camino para proponer, desde la recreación, una mirada de intervención que permita no solo una validación analítica desde lo cualitativo sino desde un enfoque cuantitativo (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006).

El presente estudio pretende analizar, si la intervención recreativa a través de la metodología de un Proyecto Individual de Actividades en Recreación Guiada en el contexto hospitalario (PIARH) afecta las tres actividades inherentes del ser humano, que se ven inhibidas en estados de Hospitalización en pacientes de larga estancia en una confrontación que modifica sus condiciones de salud. Cabe resaltar que dicha investigación no busca direccionar el planteamiento mencionado como una propuesta de intervención, sino que busca por medio de los

resultados obtenidos dar un fundamento para profundizar la investigación y así comprender si la recreación guiada es una actividad que más que necesaria, es un potencial de investigación que aporta al campo de la salud.

De acuerdo con lo anterior se plantea la siguiente la pregunta: ¿Cómo un proceso mediado por la recreación guiada, desde una perspectiva metodológica particular (PIARH), afecta las actividades inherentes del ser humano en pacientes de larga estancia del Centro Médico Imbanaco?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar la incidencia de la recreación guiada a través de un proceso metodológico (PIARH) particular en pacientes de larga estancia en relación a las actividades inherentes del ser.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar las actividades observables de la Educación, Recreación, Trabajo.
- Realizar el análisis de las actividades inherentes educación, trabajo y recreación a partir del desarrollo de la metodología PIARH.
- Analizar los resultados posteriores del desarrollo metodológico y procedimental del PIARH.

4. Marco teórico

A continuación se plantea el marco teórico que fundamenta conceptualmente la presente investigación tomando como punto de partida la educación como articulación teórica. La dimensión socio-constructivista enmarca los procesos de mediación relacionadas con las tres actividades inherentes ya mencionadas, autores como (Leóntiev, 1981), (Bruner, 1991) y principalmente Vygotsky (Wertsch, 1988) dan sustento teórico a los conceptos culturales y sociales donde el hombre es el centro del debate y principal fuente de estudio para la comprensión de las conductas relacionadas con el trabajo, la educación y la recreación.

4.1 Educación: La epistemología del aprendizaje y el conocimiento

4.1.1 Teoría socio-constructivista

Antes se pensaba que el hombre adquiriría aprendizaje y conocimiento gracias a la interacción con el entorno entre el ensayo y el error como si fuese algo biológico, estímulo respuesta; dichas concepciones afirmaban que el hombre aprendía por sí solo, se estudiaba al hombre desde lo conductual sin profundizar el verdadero significado del conocimiento, (Bruner, 1991) el estudio que se tenía del hombre era semejante a las computadoras como lo afirma el autor en su obra *Actos de significado*:

El estudio apropiado del hombre era inevitable, siendo la computación la metáfora de la nueva ciencia cognitiva y la computabilidad, se produjese un resurgimiento del antiguo malestar respecto al mentalismo. Con la mente equiparada a un programa ¿cuál sería el status de los estados mentales no por sus características programáticas, sino por su vitola subjetiva? En estos sistemas no había sitio para la mente en el sentido de estados intencionales como creer, desear, pretender, captar un significado. (p. 25).

Bruner tiene una postura crítica sobre el estudio del hombre afirmando que la esencia del verdadero estudio se basa en los significados instaurados en la cultura, significados subjetivos para comprender el comportamiento de la evolución a través de la historia del hombre. Esta es una de

tantas contra funciones que da explicación de cómo el hombre ha logrado avanzar como un ser social dado hacia la cultura.

Sin duda de que el hombre por naturaleza adquiere funciones a nivel cognitivo que lo hacen independiente a la hora de construir su aprendizaje, esto no implica que sea el artífice para la cristalización de esta, entonces, ¿Qué determina que dicho aprendizaje sea interiorizado y materializado?, Vygotsky uno de los socio-constructivistas más influyentes de las ciencias humanas fue clave para determinar qué es lo que hace que el hombre construya su pensamiento; él descubre el estudio del origen de los procesos psicológicos del individuo, conceptos que se explican a continuación haciendo referencia a cómo el hombre necesita de las herramientas dadas por la cultura, partiendo en dos categorías las funciones psicológicas superiores e inferiores.

4.1.2 Teoría de Vygotsky funciones psicológicas (superiores FPS e inferiores FPI)

Vygotsky (1979) plantea, que el hombre conlleva en su genética propiedades organizativas que le permiten asociar, desarrollar y andamiar todo lo que por hoy hace, dice y piensa en una sociedad establecida; dichas propiedades son las funciones psicológicas con las que nace el hombre, y que según el contexto, la interacción con los “otros” se desarrollan las funciones psicológicas superiores. Hay que mencionar, por otro lado las funciones psicológicas inferiores que Vygotsky ha relacionado con las habilidades biológicas del ser, funciones relacionadas con la atención, la lengua, memoria e imaginación, son inherentes del hombre; estas vienen congénitas y corresponden a la línea natural del desarrollo desde la niñez, están arraigadas a la etapa cronológica del desarrollo, se puede inferir que es la fase inicial con la cual, a medida que el individuo se relaciona con los otros, se desarrolla a un nivel que pasa de inferior a superior.

Las funciones psicológicas superiores están constituidas por la historia, la cultura y los vínculos sociales; Esta segunda, se basa en la instrucción, las interacciones que son formas de mediación semiótica, funciones que se tornan con mayor peso voluntario y es por eso, como afirma Vygotsky, que el hombre ha llegado a construir lo que hoy se conoce como sociedad, con todos sus elementos racionales e irracionales (religión, política, tecnología, ciencia) ha llegado a transferirse a través de la historia unos a otros hasta el día de hoy de tal manera de crear formas organizativas que en la evolución se han institucionalizado como la educación formal en las escuelas, universidades requiriendo de la instrucción, elementos que desarrollan las FPS. Cabe

aclarar que ambas funciones tanto superiores como inferiores están articuladas a la cultura y ninguna es aislada, a medida que los sujetos se relacionen y amplíen sus referentes se desarrollan las FPS. (Vygotsky, 2000)

Vygotsky y Bruner le dan un papel importante al lenguaje para que se den estos procesos de construcción del aprendizaje ya que es la palabra la que le otorgaba significado a las cosas, en la que se hará énfasis más adelante, haciendo referencia a los instrumentos que se le ha otorgado al lenguaje, a los signos y a los símbolos como “actos de significados” que siguen dando soporte a la teoría socio-constructivista. (Bruner, 1991)

4.1.3 Teoría de la actividad de Leóntiev

Se ha interpretado algunos de los elementos de la teoría vygotskyana para comprender la formación socio constructivista, sin embargo Vygotsky no estaba ausente de las diferentes posturas de sus discípulos como lo fue Leóntiev (1981), él siguió estudiando las obras que dejó Vygotsky para seguir dando fuerza a la teoría constructivista a lo que lo llevó a re-conceptualizar las “funciones psicológicas superiores” exponiendo que los procesos que se dan en la construcción de significados, conocimientos y aprendizajes se dan en la actividad, es decir, que dichos procesos psicológicos están señalando a la actividad interna y externa; la fuente de que el hombre entre en conciencia en relación con los otros en la cultura es la actividad, teniendo como instrumento la mediación que vincula al hombre con la actividad para pasar de un plano psíquico interno a la experiencia. Dichos conceptos muy similares a los de Vygotsky (zona de desarrollo próximo, ley de doble formación entre otros). Con la diferencia de que el sujeto además de transformar su alrededor se transforma en un plano psíquico en cuanto a las acciones que se realizan dentro de un contexto social definidos. “La noción de actividad se centra en contextos definidos socioculturalmente en los que tiene lugar el funcionamiento humano. Entre las actividades mencionadas por los discípulos de Vygotsky figuran el juego, la actividad instructiva educación formal y el trabajo” (Wertsch, 2011, p.211). Esto quiere decir que dentro de un marco sociocultural la actividad se institucionaliza, hace efecto en un contexto laboral, de educación o del juego como función instruccional, es por eso que cuando se habla de una actividad como la Recreación guiada, que además es una actividad interdependiente, cumple una función social general dentro de la misma actividad. Así mismo las demás actividades institucionalizadas llámense universidad, gobierno, trabajo, etc.

El intento de Leóntiev de especificar lo que alguien está haciendo en el nivel de la actividad se refiere al medio institucional social en el que ocurre los procesos psicológicos dado en su interés en formular una psicología marxista no es sorprendente que Leóntiev considerara el trabajo como la forma prototípica de la actividad humana en efecto la teoría de la actividad puede considerarse como un intento de elaborar las consideraciones de Marx sobre el trabajo mediante la identificación de sus implicaciones en procesos psicológicos y proporcionando un examen análogo de otras instituciones sociales y sus implicaciones psicológicas (pág. 219)

4.1.4 Los instrumentos o mediaciones

Se han observado las diferentes posturas que han definido al hombre en un marco socio-cultural y como a partir de estos van reluciendo las tres actividades inherentes (educación, trabajo y recreación) conformado por todas las concepciones y acciones del hombre según el pensamiento de cada quien. Se entrará a definir cómo el hombre ha requerido siempre de una “mediación” para todo lo que se dijo en el inicio¹, que además es uno de los conceptos fundamentales del presente trabajo a nivel teórico-práctico estudiados en el tiempo. Lev Semiónovich Vygotsky se centra en conceptualizar el significado de mediación, explica las funciones del aprendizaje a través de las herramientas psicológicas y no hay mejor intérprete para explicar cómo lo expresa su discípulo Leóntiev “las mediaciones” como los recursos que se usan para interactuar con los otros; para otros autores como Bruner son las “herramientas culturales” en el campo de la recreación guiada son las herramientas lúdico-pedagógicas. Por ahora se definirán los instrumentos o mediaciones como todo aquel recurso natural o no natural que sirva de vínculo entre el hombre y la sociedad que interactúan entre sí para crear un aprendizaje, se abordarán otras posturas de los autores para concluir si la definición en el presente trabajo son aceptables con lo que plantean los diferentes teóricos sociales.

4.1.5 Herramientas culturales de Bruner

Bruner llama herramientas culturales a los recursos que sirven como funcionamiento del hombre, él le asigna un valor importante al lenguaje como entrada del significado. El signo, los

¹Cuando se habla del inicio, se hace alusión al párrafo referenciado a la crítica de que el hombre es estudiado como acciones de estímulo - respuesta y no en el trasfondo de los significados.

símbolos, los instrumentos. Y el intérprete son las categorías que están ligadas fuertemente a la teoría del lenguaje como entrada a la cultura. mencionando el lenguaje como biología del significado algo que él llama “protolingüística”; lo que quiere decir que viene congénito desde que se nace, esta cumple tres funciones antes de dar entrada al significado, la primera es la interacción cuya función se basa en la niñez, en la que el sujeto no solamente es el espectador de las dinámicas sino que también es partícipe de las interacciones con los otros, la segunda es la lingüística, que tiene como finalidad instruir al niño en el lenguaje; es la enseñanza para que el niño aprenda a comunicarse mediante el habla. Y por último, la adquisición del lenguaje al contexto, que se basa en que la persona pueda ser capaz de materializar eventos o sucesos a través de una herramienta como por ejemplo el dibujo. Pero ¿Qué quiere decir con esto el autor en relación a las herramientas culturales? Qué una vez las personas desarrollan estas funciones son capaces de codificar lo que le brinda la cultura, el entorno, la naturaleza, recursos que se utilizan actualmente. “Las herramientas de cualquier cultura pueden describirse como un conjunto de prótesis mediante las cuales los seres humanos pueden superar, e incluso redefinir, los «límites naturales» del funcionamiento humano”. (Bruner, 1991)

4.1.6 Los símbolos y signos

Hay una complejidad explicativa respecto a la comprensión de los términos de signos y símbolos que se han tocado en varios puntos de la teoría socio constructivista, esto también se ha reflexionado en el campo, por lo que se cree que es pertinente aclarar estos términos de forma no tan tecnicista para el público lector. Incentivando a su vez a los colegas del campo a debatir futuras posturas sobre “semiótica” ya que ésta influye de manera conceptual y práctica.

Los autores manifiestan que los signos y símbolos son ejes importantes para la comprensión de todo lo que se conoce y de cómo se ha dado a entender entre culturas y sociedades hasta hoy en día, en la actualidad todo es un sistema de signos y símbolos, codificaciones que se han establecido socialmente, cada una de estas etapas se articulan entre sí para llegar a dar un significado: “Los símbolos dependen de la existencia de un lenguaje que contiene un sistema de signos ordenado o gobernado por reglas. El significado simbólico, depende críticamente de la capacidad humana para internalizar ese lenguaje y usar su sistema de signos como interpretante de estas relaciones de representación” (Bruner, 1991, p. 77). Se tiene un sistema de signos que se le otorga algo simbólico; el amor, la paz, la comida, contienen una carga simbólica que está representada en la

herramienta del lenguaje escrito y finalmente se le atribuye un intérprete para dar entrada a su significado. Los símbolos y los significados dependen de la historia y el concepto que las personas le otorguen a cada uno. A continuación la diferenciación de los términos:

Simbolismo: Es la representación de algo, un ejemplo es el niño que coge la escoba para jugar al caballo, él imagina al caballo en una escoba, es una representación simbólica entre el objeto y lo que representa.

Significado: es lo que le atribuye a un signo. Un concepto mental ☺ = alegría ☹ = tristeza.

Signos: son códigos instaurados a lo que se les busca una interpretación: ¿¿¿+/%# (Vygotsky, 1979)

4.1.7 Herramientas psicológicas de Vygotsky

Se han conceptualizado fragmentos de la teoría del socio-constructivismo planteadas por Vygotsky, pero uno de los elementos fundamentales de su estudio son las herramientas psicológicas, claves en los procesos de aprendizaje aclarando que sin la interacción con los otros no sería posible.

Vygotsky (1995) habla de las habilidades mentales en un plano inter-psicológico (personal) e intra-psicológico (social) estas están sujetas a las herramientas ya mencionadas conformadas por signos, símbolos, sistemas numéricos, lenguaje entre otros sistemas simbólicos. El autor le atribuye al lenguaje como la herramienta más importante por ser la mediación entre todo lo que se conoce para desarrollar la propia realidad; sencillamente porque es el medio que permite la interacción, la comunicación para darse a entender hacia los otros. Dichas herramientas actúan según la forma de pensar, de sentir, en un plano intra-psicológico e inter-psicológico. A continuación se expondrá cómo a partir de las herramientas psicológicas emergen los procesos de las habilidades mentales intra e inter.

4.1.8 Ley de doble formación: inter-psicológico e intra-psicológico

A pesar de que Leóntiev le otorga a la teoría socio-constructivista de Vygotsky como el proceso que se da en la actividad para desarrollar el aprendizaje, Vygotsky no pierde el orden psicológico que está al margen de las fases del individuo para desarrollar el conocimiento, su

concepto de los procesos psicológicos siguen siendo semejantes a la actividad, ahora bien, el autor expone que dentro de los procesos de aprendizajes, en el individuo hay una ley que aparece dos veces para evidenciar el aprendizaje, el primero es en el plano inter-psicológico y el segundo en el plano intra-psicológico, Por ende, esta afirmación no es más que la comprensión de los contenidos a la hora de interiorizarlos y exteriorizarlos; en la primera fase se da en la interacción con los otros, en las dinámicas de la cultura dentro de un contexto social ligados a los instrumentos psicológicos mencionados anteriormente, el habla, los signos etc. Estas se desarrollan en la niñez, no es algo que venga congénito por lo cual el niño debe instaurarse en las relaciones sociales culturales. La segunda fase es lo intra-psicológico, que básicamente se refiere a la capacidad de poder compartir el aprendizaje a través de las mismas herramientas psicológicas hacia otras personas pasando primero por el proceso de internalización; es decir a la asimilación de la experiencia para poder plasmarlo ante los demás (Wertsch, 1988).

En el desarrollo cultural del niño toda función aparece dos veces: primero entre personas (de manera interpsicológica), y después, en el interior del propio niño (de manera intrapsicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones se originan como relaciones entre seres humanos. (Vygotsky, 1979, p. 94)

4.1.9 Mediación semiótica según Vygotsky

Esta connotación no es más que el proceso de mediación que brinda la ayuda en el aprendizaje, Vygotsky se basa en los símbolos para analizar dichas conductas, la mediación semiótica vendría siendo el proceso mediante el cual se construyen los conceptos, instrumentos o herramientas que están inmersos en la cultura y a partir de estas se es capaz de ponerlas en interacción con los demás teniendo como herramienta principal el lenguaje, los signos, y símbolos. Estas relaciones no son procesos que se desarrollan individualmente, Vygotsky lo ha nombrado como la zona de desarrollo próximo (ZDP) en (Wertsch, 1988).

4.1.10 Zona de desarrollo próximo (ZDP)

Articular las herramientas psicológicas a las FPS no sería posible si no hubiese un mediador que facilite la comprensión de los procesos internos del aprendizaje en el desarrollo humano, como lo afirma Vygotsky todo lo que sabe y conoce el ser humano es por la simple razón de estar

inmersos en la cultura, por ende la zona de desarrollo próximo es el paso que permite que los sujetos puedan asimilar o reproducir el conocimiento. Se hará un análisis más explicativo para mostrar cómo funciona la ZDP retomando conceptos de las de las funciones psicológicas inferiores y superiores.

El hombre llega al mundo con habilidades mentales de su naturalidad relacionadas con sus impulsos que limitan su conducta, el instinto condiciona su comportamiento. A eso es lo que se le llama FPI, porque solo se limita a acción y reacción en un plano individual del hombre. Cuando el hombre se integra a una sociedad, se da a conocer a los otros, en pocas palabras se inmersa en la cultura, adhiere herramientas como el lenguaje para darse a entender; articula tanto las herramientas como el proceso de internalización para construir su propio concepto de las cosas, a eso es lo que se le llama FPS, porque no solamente se limita al instinto, surgen elementos como el razonamiento, la configuración, el pensamiento crítico y el análisis gracias a la interacción con los otros, al poder materializarlo a los demás se convierte en el puente para que otros sujetos construyan su propio pensamiento, analicen su propio concepto y aprendan a pasar al siguiente nivel, esto es lo que el autor llama Zona de Desarrollo Próximo. El aprendizaje se da en conjunto, un claro ejemplo para soportar esta teoría es la de enseñar hablar a los hijos cuando tienen sus primeros años de vida, es claro que el niño aprende “solo” pero es gracias a las interacciones que se da con los otros que utilizan como herramienta el lenguaje. (Wertsch, 1988).

4.1.11 Descontextualización

Finalmente si se juntan todas las etapas del conocimiento en términos de la explicación científica del enfoque socio-constructivista en el proceso del aprendizaje, aparece la descontextualización como el transcurso mediante el cual el significado de las cosas se vuelve menos dependiente del contexto. Es decir, se puede significar lo mismo independientemente donde esté. Por ejemplo, una persona aprende de quien es Dios en un ambiente religioso. Pero luego esa persona es capaz de descontextualizar el significado de Dios y aplicarlo a diferentes contextos aun cuando no esté en el medio o no exista un parámetro para contextualizar a Dios. Se separa y se lleva el significado independientemente del contexto donde esté, ya no depende del lugar, no reacciona únicamente a un estímulo que lo produce sino más bien cuando desee aplicarlo, es capaz de exteriorizarlo por fuera de cualquier sitio, no necesita un espacio determinado únicamente para

ejercerlo, el sujeto se vuelve más independiente de la mediación o ayuda y necesita cada vez menos asistencia, siendo capaz de hacerlo por sí sólo por fuera del que le enseña. (Wertsch, 1988)

4.1.12 Conclusión del enfoque socio-constructivista

El aprendizaje es social en términos de significado y sentidos, el sentir es una construcción cultural, la gente necesariamente participa de las dinámicas de la cotidianidad y esta se da en la interacción con los otros. Para que haya aprendizaje debe haber interacción y la primera mediación fundamental es el lenguaje, (Vygotsky, 1995) es la que permite la construcción del significado. El lenguaje se establece como la mediación principal, no se habla solamente en la escuela si no en todos los contextos que se da como mediación principal, es a través de esta que los otros construyen los conceptos.

En la época actual el lenguaje no es el único medio para generar conceptos e interacciones en la construcción de significados. Ahora se implementan otras mediaciones como aquello que permite el tránsito de un lugar a otro y los recreadores usan las herramientas pero buscan una intención comunicativa en la que el sujeto permite expresarse es decir; hablar, focalizar la atención sobre algo específico y llegar a determinar o cambiar algo.

4. 2 Concepto de educación

“La educación debe estar orientada hacia el futuro no hacia el pasado” (Vygotsky, 1968)

Surge la pregunta en la historia de cómo se traspasa a través del aprendizaje los conocimientos, el hombre encuentra definiciones sobre el clima, la ciencia, el deporte, pero sobre todo como en las dinámicas del diario vivir se desempeña para responder en todos los contextos: laborales, familiares, culturales, y personales. En esta sociedad existen médicos, profesores, sociólogos, psicólogos, trabajadores de obras, pintores etc. Disciplinas y acciones que se han mantenido por la cultura, pero esto es, gracias a una acción inherente de nuestro desarrollo en la vida, algo que se transmite de generación en generación como lo es la educación. Epistemológicamente la palabra educación procede del latín *educare*, que significa criar, nutrir o alimentar y de *exducere* que equivale a sacar, llevar o conducir desde dentro hacia a fuera.

(Carbore, 2013) El significado entonces de la palabra educación se rige a una práctica que guía a las personas con el fin de adquirir saberes cuyos objetivos es desarrollarse en el entorno social.

La educación en el hombre aparece como algo congénito a la especie humana para garantizar la supervivencia del individuo y de su especie, a través de ella se desarrollan las sociedades actuales. Esto permite reconocer que la educación constituye uno de los principales instrumentos de cambio socio-histórico. En la historia la educación tiene su origen en las comunidades primitivas cuando el ser humano pasa del nomadismo al sedentarismo, ya que la caza y la recolección son las principales fuentes de alimento y supervivencia. (Pedagogia.mx, 2010). Ha tenido una connotación significativa en trascender y mantener la información del hombre en cuanto a toda la historia sociocultural que lo permea para seguir descubriendo y conociendo todas las dimensiones que le rodean bajo un contexto político, social, económico y cultural. Así como lo plantea la autora (Guichot Reina , 2006).

El acto de educar se refiere no solamente a los procesos de aprendizaje sobre un contexto sino al proceso cognitivo de la persona en sí misma, si relaciona este punto de vista con unos de los planteamientos de educación de Freire el ser humano pueda irse transformando a partir del conocimiento que adquiere a través de la relación con el otro en diferentes ámbitos como los ya mencionados.

4.2.1 Modelo de la influencia educativa

Lo dicho anteriormente da la entrada a un componente que vendría siendo el agente educativo, el “guía”; quien es la persona encargada de transmitir el conocimiento, el concepto de la influencia educativa planteada por Coll haciendo referencia a la “ayuda pedagógica” desde la cual el guía o el mediador emite los contenidos. Contenidos que vendrían siendo en la investigación otro componente y se fundamenta desde la teoría de (Coll, 1995) Estos son aquellos que contienen los temas a través de la cual se brinda el aprendizaje a los “otros”, son toda la carga de ejes temáticos, conocimientos que contienen una finalidad.

César Coll hace referencia a tres tipos de contenidos, estos contenidos son las fases que desarrollan los actores para su comprensión y socialización. Dichos contenidos están ligados a lo político, social, económico, cultural, valores y creencias entre otras conductas y fenómenos sociales, los cuales son (Actitudinal, Procedimental, cognitivo o/y conceptual).

Actitudinal: están constituidos por los valores, normas y creencias, relacionados con el ser y sobre la actitud frente a las cosas.

Procedimental: Hace referencia a todas las acciones y habilidades que están relacionadas con el hacer.

Cognitivo: son los conocimientos que se adquieren en un proceso de aprendizaje. (Apolinar, Bastos , & Nieto, 2010)

De acuerdo a la investigación con la población objeto de estudio, es importante que el paciente desarrolle éstas fases. En el actitudinal se desarrolla la actitud frente a los cambios, procesos, dinámicas, rutinas relacionados con la intervención que se describe en el presente trabajo de grado, en el procedimental se observa cómo los participantes solucionan en el hacer los retos que se le asignan y por último en el cognitivo como la verificación del proceso pedagógico, que en su análisis, son los resultados que obtuvieron los pacientes en el acompañamiento conjunto a través de un proyecto individualizado.

Las definiciones que han dado las diferentes fuentes y autores muestran una visión de la educación como una actividad que se ha institucionalizado a través del tiempo dentro de un marco formal como lo son las entidades educativas, un sistema criticado por el sociólogo (Marx, Educación y pedagogía marxista, 2011) denominando la educación como instrumento del capitalismo es decir; que se forma a los sujetos tanto académicamente y socialmente para adaptarlos al sistema productivo.

4.2.2 Concepto de educación según Paulo Freire

Paulo Freire hace un planteamiento de una Educación Liberadora y destaca la pedagogía propuesta por él para que los seres humanos aprendan a leer no solamente “la palabra”, sino también leer “su mundo”. Esto implica el desarrollo del conocimiento crítico, potenciar el pensamiento, ayudar a la reflexión del individuo, el desarrollo del pensamiento le permite a los seres humanos cuestionar la naturaleza de su situación histórica y social, para poder interpretarlo desde su realidad, y a su vez intervenirlo en su beneficio. (Paiva, 2014).

Es decir que no solo se limita a realizar una educación encasillada entre el educador, el educando y la temática a tratar, sino una educación más liberadora en donde el educador otorgue

autonomía de pensamiento y desarrollo de las temáticas a tratar, así el educando logra una mejor introspección y un aprendizaje más profundo.

La pedagogía de Paulo Freire es, “Por exactitud, una pedagogía del oprimido, que no postula modelos de adaptación ni de transición de nuestras sociedades, sino modelos de ruptura, de cambio y de transformación total” (Freire, 2007). No existe educación sin sociedad humana y no existe hombre fuera de ella, de acuerdo a esta concepción freireana la educación ocupa el papel central del proceso de una liberación, ya que se puede inferir que la educación es el instrumento por excelencia tanto para la opresión como para la liberación. Para él significa “el arma de lucha contra el atraso y la pobreza”. Resaltando que necesitamos de un “guía”, alguien que brinde las herramientas que el hombre necesita para estar inmerso en la sociedad, que haya un mediador o un facilitador que permita dicha liberación de conocimiento, incitando a que se compartan saberes para lograr un aprendizaje enriquecedor.

Luego de la explicación psicológica y sociológica del enfoque socio-constructivista hacia la concepción histórica de la educación, se hace una valoración de las posturas planteadas para identificar los componentes en la actividad de educarse, los cuales se precisan a continuación:

- a. **Los Contenidos:** son los temas con un objetivo claro que permite que la persona adquiera un aprendizaje que pueda interiorizar. (Coll, 1995)
- b. **La Mediación:** haciendo referencia a las herramienta que facilitan la práctica y el dialogo entre la persona que se está educando. (Mesa, 2004)
- c. **Interactividad:** cuando se construyen referentes a través de la comunicación y la mediación; (interacción en la que se comprenden realidades) (Vygotsky, 1995)
- d. **Agente educativo:** el rol que tiene el agente educativo cuando guía, orienta y direcciona. (Coll, 2001).

4.3 Concepto de trabajo

A través de los tiempos el hombre siempre ha trabajado, es una muestra de que esta actividad ha estado congénita desde tiempo atrás; en un inicio esta actividad se hacía principalmente porque las condiciones del medio lo obligaban a desenvolverse para subsistir en la adaptación en el medio que habitaba. Con el transcurrir de la historia fue evolucionando y así mismo su entorno, comenzando a descubrir que ya no solo bastaba con lo que le brindaba el medio, sino que tenía que abarcar más espacios de desarrollo y progreso para su existir. Fue así como la producción de alimentos y el trueque por diferentes materias primas de la naturaleza comenzó a tomar fuerza como primeras prácticas de trabajo remunerado. (Borisonik, 2011) Fue avanzando la demanda de intercambios por el trabajo que realizaba cada persona, se fue cosificando el trabajo; se dejó de lado el verdadero sentido por el cual se regía el trabajo, la prioridad comenzó a ser el poder y el trabajar a cambio de dinero, las personas que alcanzaban dicho poder, comenzaron hacer uso de el para esclavizar a las comunidades, dichas personas enfocaron su trabajo que inicialmente era producto de su querer y su quehacer en el modo de sustento para sus familias conceptos apoyados por autores como Jurgen Habermas, Karl Marx, Richard Sennett entre otros.

4.3.1 El trabajo desde un contexto socio-histórico

Los griegos fueron los primeros en darle una definición al trabajo desde una mirada “pensante” y cultivadora que los llevara a trascender como personas, esta definición va muy de la mano al concepto de ocio como fuente de iluminación, fue así, que las personas en la antigua Grecia consideraban el trabajo cultivador “ocio”, ya que éste como un fenómeno de estado de conciencia les daba el poder para llegar al conocimiento y realizar sus obras, y responderse así mismo. Sin embargo esta connotación de trabajo era vigente solo para los que tenían un poder de influencia mayor en las comunidades en ese entonces. Por ende el concepto de trabajo se divide a las clases sociales, la clase baja o plebeyos eran los que suplían el trabajo arduo, físico, el labor desgastante; implica ejercer fuerza en acciones que no necesariamente son voluntarias. (Sue, 1987)

En el renacimiento el concepto de trabajo gira en torno a la religión, a un ser superior llamado “Dios”. Toda la fuerza de producción, de creación e invención era asequible para el clero y los gobernantes que ejercían el poder, controlando al pueblo e inhibiéndolo de prácticas relacionadas con el crear y el pensar como objetivo de auto-realización, considerando como

“pecador” a aquel que lo realizara sin consentimiento. Esta diferencia de clases generó la revolución dándole la bienvenida a la industrialización, en el que el trabajo aparece como una obligación para todos. El concepto de trabajo tendría una connotación de máquina humana donde el capitalismo y la economía ejercían dominación sobre los trabajadores quienes dentro de su jornada tenían espacios para realizar prácticas compensatorias para disponerse de nuevo a las jornadas laborales.

El significado de trabajo viene siendo el eje de la sociedad en fines de producción y economía monopolizados por el capitalismo. (Dumazedier, 1968)

4.3.2 Los exponentes más críticos, dicotomía del trabajo Karl Marx – Jurgen Habermas

Dos de los exponentes en conceptualizar el trabajo han sido Karl Marx y Jurgen Habermas, ellos han categorizado el concepto en dos ejes; trabajo reducido versus el concepto amplio de trabajo, Habermas más inducido por la línea del concepto amplio y Marx por la línea del concepto reducido, ambos tienen planteamientos dicotómicos que a lo largo de sus investigaciones han realizado contraposiciones teóricas el uno del otro (Noguera, 2002). Marx plantea que el trabajo tiene como fin el uso instrumentalizado valorizado y en sus posturas conceptuales da a entender que ese es el único medio y fin de la actividad. Por otro lado Habermas plantea el concepto amplio de trabajo como una función de autorrealización personal culpando a los sistemas y organismos de institucionarlo a un fin instrumentador. De igual forma los puntos del autor son utópicos ya que intenta separarlo de la función instrumentadora dejándolo netamente como una acción social de la persona para cultivarse en la plenitud de producir sin beneficio de valor que no sea la autorrealización.

Aunque Marx en sus postulados del trabajo reducido lo define como una acción instrumentadora no deja a un lado el propósito que dicha acción se haga con otros valores como la dedicación y el esfuerzo, algo semejante a la autorrealización personal; el trabajo lo plantea como un concepto con el ideal instrumentador de producción de valor, enajenación, y alienación (Noguera, 2002).

Son posturas que tienen algo en común, la base de sus componentes están derivadas a la acción de fuerza, el esfuerzo, la ocupación, la dedicación, independientemente del concepto

reducido o amplio, y de cómo lo haya impuesto la sociedad como instrumentos para la producción o a la autorrealización personal.

Peiro (2006) define el trabajo como:

Podemos afirmar que el trabajo es un conjunto de actividades que pueden ser o no retribuidas, de carácter productivo y creativo, que mediante el uso de técnicas, materias, instrumentos o informaciones disponibles permite obtener, producir o prestar ciertos bienes, productos o servicios. En esta actividad la persona aporta energía, habilidades, conocimientos y otros diversos recursos y obtiene algún tipo de compensación material, psicológica y/o social. (p. 128)

Por otro lado, Blanch (1996) define el trabajo como:

Aquella inversión consciente e intencional (retribuida o no, con o sin cláusulas contractuales) de una determinada cantidad de esfuerzo (individual o colectivo) en orden a la producción de bienes, elaboración de productos o realización de servicios con los que se satisface algún tipo de necesidades humanas.

Otra postura expuesta por Marx es que, el trabajo en primer lugar, es un proceso entre el hombre y la naturaleza, una causa en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza. El hombre se enfrenta a la materia natural misma como un poder natural. Pone en movimiento las fuerzas naturales que pertenecen a su corporeidad, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de apoderarse de los materiales de la naturaleza bajo una forma útil para su propia vida. (Marx, 1991, p. 215).

4.3.3 Realidades del trabajo: la mano de obra vs la remuneración

Continuando la línea de Marx El trabajo viene a ser el empleo de la fuerza de trabajo, ya que lo que se vende y se compra, no es el trabajo, sino la fuerza de trabajo. El uso de esa fuerza de trabajo, viene a ser el trabajo mismo, ya que “el comprador de la fuerza de trabajo la consume haciendo trabajar a su vendedor”. Esto significa que la fuerza de trabajo es el trabajador haciendo un producto, el consumidor no compra el producto si no la fuerza generada por el sujeto que realizó

el producto. No obstante el consumidor compra la fuerza y después contrata un trabajador para vender la fuerza del trabajo y el mismo trabajo.

Richard Sennet plantea el trabajo en tres ejes: la rutina, trabajo flexible y la ética del trabajo; cosificación y objetivación, el trabajo desde el hacer con un componente vital como el pensar “hacer es pensar” dirigiéndose a lo más profundo de las obras y cristalizaciones como mano de obra en la que se plasma el esfuerzo, es decir, cómo ha sido el proceso de construcción en el día a día, en la que probablemente se presentan momentos de frustración, orgullo, felicidad voluntad y disposición frente a la creación y composición de ese “algo”, que no necesariamente está relacionada a la remuneración si no a la satisfacción de “hacer” cuya cristalización es contemplada y no es obligada. (Sennett, 1998)

“Salir de la rutina” hace referencia al escapar de esa vertiente del sistema actual en donde se debe realizar una misma acción todos los días para producir un producto el cual será vendido a millones de personas: “La rutina puede degradar, pero también puede proteger; puede descomponer el trabajo, pero también componer una vida.” (Sennett, 1998) El autor plantea a la realización del trabajo por gusto realizando una obra, una pintura, una silla, o una manilla -como los artesanos- sin importa que tantas veces se realice esa acción, siempre va a sentir la satisfacción de que allí, en ese producto, no solo está el esfuerzo sino el sentido.

Uno de los puntos claves de Sennett es la crítica sobre las consecuencias del trabajo y el capitalismo que han venido convirtiendo al hombre en un ser competitivo y sin un sentido de cooperación o trabajo en equipo; se plantea también que gracias a la alta competencia que hay en cuanto a lo laboral las personas han ido perdiendo esa naturaleza solidaria que posee el ser humano.

El trabajo, como tal, puede ser abordado desde varios enfoques en diversas áreas de la vida, como la economía, la física, la filosofía, la religión. Dándole las posibilidades a los hombres y mujeres de alcanzar objetivos y metas que están regidas en el orden social de la vida, además de ser una forma de expresión y de afirmación de la dignidad personal. Es por ello que el trabajo se ha especializado desde lo científico, lo intelectual, lo artesanal e industrial. En la actualidad el debate sigue vigente, debido a la valoración que se le da al producto realizado por el hombre, valor que se reduce al concepto *dinero*.

4.3.4 Discusión final: determinando los componentes del trabajo

El concepto de trabajo ha evolucionado con los años; entre los autores citados se encuentran similitudes en cuanto a su acción, que se ha ido modificando a lo largo de la historia. El trabajo en término instrumentalizado era realizado por la mano de obra esclava quien tenía propietario con el derecho de disfrutar de los bienes producidos (Noguera, 2002). Cabe resaltar que desde siempre ha existido el trabajo manual que es considerado en su mayoría como un trabajo de movimiento y fuerza. Se puede inferir que en la actualidad se considera el trabajo de una forma mucho más amplia, ya que se ejerce la actividad de trabajo como no asalariada; no están reguladas formalmente como: el voluntariado social, el trabajo doméstico, las actividades manuales etc. Estos tipos de trabajo son los que han hecho que el individuo actúe, proponga iniciativas y desarrolle habilidades. El trabajo enseña al hombre a compartir, a vivir, a pensar colectivamente y a no ensimismarse. Este permite que los sujetos aprendan hacer las cosas con un objetivo distinto, gracias al trabajo el ser humano conquista su propio espacio y siente satisfacción. Independientemente de que el trabajo realizado sea remunerado o no, y esté mediado por procesos de producción y de consumo, el trabajo dignifica el ser, por lo tanto debe valorarse como crecimiento y realización personal, reconocimiento al esfuerzo realizado y por supuesto, por el bienestar material que ofrece.

No hay duda que en cada una de las definiciones los autores afirmaron el trabajo como actividad requerida de acciones ejercidas como: la fuerza, energía aplicadas en algo, ese algo como lo menciona (Peiro, 2006) los “recursos” para la realización de la misma. Esta idea tiene relación con la afirmación de Marx en cuanto que el trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza, entonces se puede decir que la naturaleza es el entorno y el mismo entorno brinda los recursos, para que el hombre medie por sus habilidades físicas e intelectuales. Se deduce que un componente observable del trabajo en sí mismo, es la negociación con el entorno y el recurso que le brinda a la persona para que ejerza dichas funciones. Se resume a la fuerza física impuesta y la energía mental, el trabajo debe ser un esfuerzo físico y mental del sujeto.

Se reseñaron posturas críticas e idealistas de Marx, Sennet y Habermas que plantean la realización del trabajo desligándolo de la producción opresiva y remunerada del sistema capitalista.

Blanch hace referencia de que el trabajo puede tener un carácter retribuido o de no retribuido, sin embargo él destaca que cualquiera que sea la intención siempre hay una producción de ideas que también comparten los de más autores. La actividad de trabajar tiene que llevar a producir, a elaborar y a construir, como lo plantea Sennet “el hacer es pensar”, sin embargo, esta concepción genera tensión dado que el trabajo es visto actualmente como algo mecanizado y alienado en donde el hombre no piensa ni es cociente de las acciones realizadas. A partir de planteamiento se propone definir el trabajo como algo que debe estar mediado por el pensamiento, en donde se produce un bien material, pero antes debe pasar por el racionamiento, ¿para qué se hace?, ¿con qué fin se produce? Por otro lado, los autores coinciden con el valor significativo que Habermas le da al trabajo en relación a la mano de obra o cristalización representada, no es el producto justificado en la mano instrumentalizadora con fines de producción remunerada, como anteriormente se mencionó, el trabajo también se realiza con fines de autorrealización representada en algo material tangible o no tangible.

A continuación se resumen los componentes que definen el concepto de trabajo, según los planteamientos de los diferentes autores citados:

- a. **Energía:** como la capacidad de realizar fuerza física y mentalmente, acciones que determinan que la persona tiene una capacidad de respuesta por estímulos y objetivos. (Marx, 2012)
- b. **Producción:** la evidencia y muestra de mano de obra entendiendo que mano de obra puede ser el valor de algo tangible o no tangible. (Sennett, 1998)
- c. **Los recursos y el entorno:** el entorno entendido como el espacio que se requiere para realizar el trabajo y los recursos como aquello que brinda la materia para la realización de la misma. (Peiro, 2006)
- d. **Ocupación:** ocupación refiriéndose al tiempo dedicado a la tarea de elaboración partiendo también que dicha ocupación debe ser voluntaria o autotético. (Marcuse, 2003)

Estos serán los componentes observables que se tendrán en cuenta para el análisis de la presente investigación, aunque, cabe aclarar que estos pueden variar, suprimirse, quitarse o agregar más dependiendo de los resultados y análisis observados.

4.4 El concepto de recreación a través de la historia: ocio, tiempo libre y recreación

La recreación como actividad general e inherente del ser humano se ha ido construyendo a través de la historia desde una evolución epistemológica que encierra y engloba sus componentes constituyentes, términos asociados a la actividad recreativa que permiten explicar y desarrollar su concepción funcional en la actualidad. A través del tiempo la recreación ha estado en constante evolución sujeta a los conceptos de ocio, tiempo libre y trabajo.

4.4.1 El ocio y el juego

Si se dimensiona el accionar del ser humano, en el juego se reflejan actitudes comportamentales no ajenas a la realidad; en el juego se ven reflejados el contexto y las situaciones expresadas de manera simbólica. Estas conductas y representaciones, son las primeras manifestaciones de ocio en función de la diversión en los niños. Una vez que se llega a la adultez, forman parte de las labores que debe asumir en la sociedad. El juego como práctica de desarrollo de habilidades para la vida. Es similar a la analogía si se observa el comportamiento de los animales cuando son cachorros juegan para desenvolverse, funciones de su instinto que se ven en el cazar, el pelear y el comer. Se considera el juego como una de las primeras manifestaciones del ocio porque aparece en la niñez como etapa inicial de las prácticas del hombre (Huizinga, 2007).

4.4.2 Tiempo libre y ocio

4.4.2.1 Concepción del ocio en Roma y Grecia

El ocio como fenómeno social se ha concebido a través de la historia según la apreciación de cada cultura. Por ejemplo, una de las primeras culturas que concibieron el ocio como un estado divino fue la griega que en su práctica lo determinaba como una fuente para el conocimiento y la cultivación del ser. Actividades como la música, el arte y el pensar eran producto de pasar a un estado de ocio para su desarrollo. Por otro lado, en la cultura romana concebían el tiempo de ocio como fuente de entretenimiento; de Roma se heredó la frase “circo para el pueblo” que era una práctica de combate que se hacía entre esclavos, quienes eran llevados a los coliseos romanos para

el goce y el entretenimiento, tanto para las clases altas como para las bajas. Se gozaba viendo combatir y morir a los esclavos, eso era el entretenimiento para los romanos. (Dumazedier, 1968).

4.4.2.2 Ocio y tiempo libre en la edad media

Según Bajtín (2003) en su libro ‘La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento’ el concepto de ocio era definido como algo pecaminoso, sin embargo, a pesar de estas concepciones, no fue impedimento para que el pueblo tergiversara los roles establecidos socialmente y en las festividades, que aprovechaban para burlarse de la condición del rey y de sus subalternos, como manifestación contestaría en su relación de sumisión ante el clero y del poder político. Por ende el ocio era visto como una problemática social atribuida a las personas de clase baja. Por otro lado, la clase alta ejercía el derecho de utilizar dicho tiempo libre para el deporte o la política, entre otras actividades negadas a las clases bajas.

A medida que las sociedades avanzaban y con la llegada de la industrialización el ocio seguía teniendo una connotación de improductividad opuesta al trabajo, situación con la que tuvo que lidiar el poder político; encontrando la manera de usarlo a su favor para mantener a la clase obrera en función del trabajo como una premiación de su esfuerzo. Se les regalaba tiempo libre para luego suplirlo nuevamente en el trabajo, era una convergencia que la burguesía supo tratar con el fin de manejar a las clases bajas. Por lo contrario las clases que ejercían el poder político, si usaban de este tiempo libre para su placer y diversión: en el deporte, en el entretenimiento, el descanso y el juego.

4.4.2.3 La concepción de ocio y tiempo libre en el capitalismo

Con el auge del capitalismo, el ocio fue concebido como tiempo libre, la revolución en la época del renacimiento y la lucha de clases en la industrialización demandó que dicho tiempo libre debía ser más aprovechado para su uso: actividades como descansar, compartir en familia, participar en eventos culturales y hacer compras, se constituyeron en demandas de la sociedad. Se promulga el derecho de la ley de los tres ochos: ocho horas para trabajar, ocho horas para dormir o descansar, y ocho horas para divertirse o pasarla en familia. Sin embargo, la utilización del tiempo libre estaba destinada para el consumismo e instaurada por instituciones y organizaciones del Estado en beneficio del mismo capitalismo. Le vendían a la sociedad en qué invertir el tiempo libre, no había una decisión autotélica de utilizar el tiempo, el deporte competitivo y las olimpiadas

eran formas de sacar provecho económico en eventos sociales como el teatro, la música etc. (Dumazedier, 1968).

4.4.2.4 Concepción de ocio y tiempo libre según Joffre Dumazedier

En general, ocio se entiende como un estado autotélico (finalidad en sí misma) que se manifiesta fuera de toda ocupación que implique trabajo o que genere represión a los sujetos, es decir que dicho estado va más allá de la voluntad de la persona, ya que este “fenómeno” se manifiesta sin ninguna restricción de temporalidad u/o actividad realizada por el sujeto (Munné, 1980). Sin embargo el ocio hace referencia a la actividad y a la actitud de la persona; el ocio no es sinónimo de tiempo libre, se puede tener tiempo libre pero no necesariamente se tiene ocio en el tiempo libre. Dumazedier (1968) plantea bajo este enfoque el ocio como:

El conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento, ya sea para descansar, cultivar, divertirse, desarrollar su formación o información desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora, cuando se ha liberado de todas sus obligaciones profesionales, familiares y sociales.

Esta definición de Dumazedier se pueden categorizar el ocio a partir de tres conceptos: el descanso como la función de doblegar las ocupaciones laborales, la diversión para escapar de la rutina diaria generada por la producción en sí misma de hacer y reproducir y por último el desarrollo de la personalidad, que libera el dogmatismo generado por la cotidianidad. Esto implica atender a las grandes necesidades de liberarse de la fatiga, del fastidio de rutinas y estereotipos impuestos por la sociedad.

4.4.2.5 Definición de ocio y tiempo libre según Munné

Ahora bien Munné entra a debatir las interpretaciones psicológicas que buscan darle un sentido al tiempo libre, por su parte establece el ocio como un fenómeno natural en el que el hombre decide por gusto qué hacer, es una concepción subjetiva. Cada civilización y cultura han tenido su propio concepto de tiempo libre; en Grecia los filósofos como Aristóteles, Platón, Sócrates utilizaron dicho tiempo para cultivar el ser y trascender. En Roma el tiempo libre era usado para entretener por medio de espectáculos que ocasionaban la muerte entre esclavos y guerreros. Y en la edad media el sentido del tiempo libre giraba en torno a la religión y la moral.

El autor afirma que Dumazedier expone el ocio en función después de las ocupaciones laborales y no como actividad en sí misma poniéndolo al servicio del trabajo. (Munné, 1980).

Munné pone en contra-función el sentido del ocio por el hecho de que éste es una actividad que se cumple por fuera del trabajo, es decir, es una actividad en sí misma que cumple como objetivo la contra-función de cubrir las necesidades que deja el trabajo. Esta connotación aplica también dentro del campo de la recreación ya que también esta tiene una función en sí y no depende de otras actividades.

De acuerdo con lo anterior y en relación con la presente investigación, una persona hospitalizada se encuentra en un tiempo ocupado debido a que se haya condicionado en un contexto donde la prioridad es su estado de salud, por ende si se parte de que el paciente está en un determinado tiempo de estadía en su hospitalización, el ocio puede ser algo subjetivo según la persona, ya que no se puede diferir si el paciente tiene ocio contemplativo o no, pero, sí se podría afirmar que en algunos pacientes es un ocio hetero-condicionado como lo afirma Munné por las circunstancias adversas en que se encuentra la persona. Es un estado inhibido a las actividades inherentes del hombre dentro de las cuales el ocio es una de los elementos constituyentes que emergen en la actividad, ya sea educándose, recreándose o trabajando. Sin embargo esto no quiere decir que toda persona hospitalizada no pueda acceder a momentos autotélicos de ocio.

4.4.2.6 La recreación en la época contemporánea

En la sociedad contemporánea del consumismo, aparecen los problemas en el manejo del tiempo libre ya sean económicos o sociales, y se institucionalizan prácticas para el uso de este espacio como son los deportes, las actividades extracurriculares, los pasatiempos, que son promocionadas desde la educación, la política y el trabajo: la familia, a través de las cajas de compensación creadas por el Estado podían acceder al disfrute de vacaciones y podían acceder a estímulos económico reglamentados en lo laboral como derechos básicos. Estas fueron consideradas como las primeras prácticas recreativas con la demanda de satisfacer, entretener y divertir, eran formas de expresión para el sano desarrollo. (Munné, 1980)

4.4.2.7 La recreación en tiempos modernos

La recreación aparece como una práctica pedagógica con todos sus elementos constituyentes, el juego, la interacción, el entrenamiento con el fin de cuestionar o transformar acciones de opresión, una nueva búsqueda de expresión social a nivel colectivo o individual. (Mesa, 2004)

A través del tiempo la recreación ha ido cambiando, Por ejemplo en España, Argentina, Chile se habla de animación socio cultural, la cual tiene una concepción semejante a como lo expresa Egg (1988) “La animación sociocultural es una tecnología social que basada en una pedagogía participativa, tiene por finalidad actuar en diferentes ámbitos de la calidad de vida, promoviendo alentando y canalizando la participación de la gente en su propio desarrollo sociocultural”, como se puede observar el término a la que el autor menciona “tecnología social” se refiere a una nueva práctica cultural que promueve el aprendizaje desde lo no convencional, sin embargo hay discrepancia del concepto de animación socio cultural ya que limita la actividad en sí misma (animar el alma) desde una dimensión social. Si se habla del desarrollo sociocultural y se promueve la participación, el calificativo de la recreación, “algo más que volver hacer” (Mesa G. , Funlibre, 1999) es una connotación según ella más aproximada a la que se hace referencia “re-significar” los escenarios de los diferentes contextos de la sociedad mediante las herramientas lúdicas y pedagógicas.

4.4.2.8 La recreación guiada

La recreación guiada surge y se aplica en diferentes ámbitos educativos (Coll, 1995) y extrae los elementos de la influencia educativa para aplicarlos a todos los contextos no académicos ni escolarizados a partir de las herramientas lúdicas que permiten la re-significación de referentes:

La recreación guiada se diferencia de los procesos escolares porque se realiza en los contextos no-escolares de la Educación Popular y aunque difiere en cuanto a los motivos y objetivos de la actividad escolar, el apelativo “dirigida o guiada” revela la presencia de “otro” que ayuda pedagógicamente a que se produzca un tipo de aprendizaje de la participación constructiva y creativa para la organización de un proyecto grupal compartido, por ejemplo, organizar un evento festivo en una comunidad, diseñar y construir un parque, transformar un espacio de la comunidad. (Mesa, 2004).

Mesa planteó un estudio del trabajo teórico sobre la recreación demostrando que la recreación va más allá de ocupar el tiempo libre, exponiendo la recreación como una actividad pedagógica cultural inherente del hombre.

4.5 La recreación como actividad social general y sus tres dimensiones

Dentro de la fundamentación de la recreación como actividad social, se engloban todas aquellas prácticas culturales de las sociedades que emergen a través de los tiempos y son conformadas por sus culturas, ritos y creencias, dentro de esta perspectiva se liga lo que actualmente se conoce como el entretenimiento, que son aquellas obras o creaciones socioculturales simbólicamente representadas. Todo se genera a partir de tres dimensiones que son:

A. Histórico socio-cultural: se manifiesta en las prácticas culturales a través de los tiempos por las sociedades, que se constituyen por sus identidades, culturas, ritos y creencias. Que representan y transforman sus significados por su función recreativa y social.

B. Práctica pedagógica: la cual muestra teóricamente los conceptos de la recreación guiada y cómo ha estado inherente en la sociedad. Permite explorar aún más en el campo de la recreación ya que nunca termina de aportar conocimiento.

C. Interno cognitiva: permite identificar problemáticas en la construcción de conocimientos basados en la experiencia a analizar, contextualizar marcos teóricos y entender los significados y sentidos que pueda brindar la recreación guiada en la vida y en la sociedad. (Mesa, 1999)

4.5.1 Núcleos problemáticos

Para continuar con la línea anterior, al entender la recreación como actividad sociocultural, Mesa (1997) realiza una distinción de tres grandes núcleos problemáticos lo contemplativo, lo lúdico y lo festivo, que son aquellos que configuran y aportan el objeto de estudio de la recreación, brindando herramientas para la intervención en comunidad.

Contemplativo: Hace referencia a toda aquello que despierta los sistemas sensoriales y que permite generar espacios de goce y placer, lo contemplativo despierta la concentración y la atención permite que nos observemos a nosotros y a los otros. La actividad contemplativa se da

internamente a través de actividades como el yoga o la meditación, pero también es externa por medio de actividades que el contexto y la sociedad, o hasta la misma naturaleza nos ponen a disposición, como ir a cine, disfrutar de la naturaleza, escuchar los pájaros cantar, aquí emerge la capacidad sensorial de despertar el cuerpo ante la posibilidad de gozar y disfrutar, pero también de aprender, ya que a través del hecho de contemplar puedes despertar emociones y entrar en contacto con los otros y el entorno, interactuar con tu interior, pero también con el exterior generando re-significaciones a partir de nuestras experiencias previas y las diferentes formas de contemplar la vida.

Lúdico: Lúdico viene de la palabra en latín *ludus*, que traducido al español quiere decir juego. Hace referencia amplia al sentido del juego en general en el individuo. Ya que desde los diferentes estudios se ha comprobado que el juego como tal, es una de las primeras formas de expresión del ser humano y ha permitido diferentes formas de interacción y comunicación entre las personas. A partir del juego el ser humano imagina, crea y simboliza situaciones fantasiosas que pueden permitir un espacio de liberación a la rutina. Se puede decir que el juego es un elemento importante en el desarrollo de la inteligencia de las personas, ya que a partir de sus diferentes modalidades permite adquirir y desarrollar capacidades que pueden ser funcionales en la vida del ser humano.

Festivo: Lo festivo hace referencia especialmente a los carnavales, a la fiesta, a todas aquellas prácticas culturales, a través de mitos, leyendas, creencias, ritos, que han sobrevivido a través de la historia y que actualmente siguen constituyéndose y formándose como un momento de expresión, de esparcimiento y aprendizaje. Lo festivo es poner en escena todos esos valores, toda esa historia, generando un estado de disfrute, de burla, de interacciones, y construcciones de significados y/o sentidos sobre lo que ya está pre establecido y se quiere mostrar al mundo, o sobre lo que en un contexto cotidiano no se puede mostrar. Se encuentra inmerso en todas las sociedades y ha pasado a constituirse como “atractivo turístico”, por eso de pasar hacer algo solamente para las clases populares, hoy en día permite la participación a las clases medias y a toda la sociedad en general. (Mesa, 2004)

Para concluir es importante articular estos tres núcleos con los lenguajes lúdicos como herramientas y ejecutarlos en los procesos de intervención en el campo de la recreación.

4.5.2 Lenguajes lúdicos-creativos

Los lenguajes lúdicos cuya definición parte desde la semiótica (Mesa, 1997) es decir la interacción que comprende una realidad mediante un lenguaje como instrumento, por lo tanto los lenguajes tienen la intención de comunicar o responder a algo. Ahí es donde surge lo que llamamos problemas pedagógicos que están conformados por 3 componentes: el cognitivo, el social y el creativo. Dichos componentes de los lenguajes responden a la pregunta problema o pregunta generadora, que se responde con lo simbólico o representaciones creativas ejemplo: el dibujo, la música, las representaciones teatrales, los repertorios tecnológicos, las lecturas y las manualidades, son algunas de las que se pueden implementar como herramientas lúdico-creativas (Mesa, 2004). Los tres componentes de las herramientas lúdicas se definen así:

- (i) **Cognitivo:** Consiste en el problema pedagógico que parte desde la pregunta generadora el “pensar hacer”.
- (ii) **Social:** Se da en la interacción con otros en las que se observan vínculos y se crea intersubjetividad con los demás.
- (iii) **Creativo:** Parte de lo lúdico, todo lo que genera el reto de expresarlo (juego, goce, imaginación, símbolo).

4.5.3 La imaginación creadora: una constituyente de la recreación

No se puede hablar de la recreación sin mencionar los procesos cognitivos que surgen a partir de los retos creativos y que emergen en la imaginación. El arte de la imaginación es toda actividad humana que realiza algo nuevo, ya sean reflejos o determinadas funciones del cerebro o del sentimiento que viven y se manifiestan únicamente en el ser humano. Estas manifestaciones se dan en la memoria ya que el hombre crea e imagina de acuerdo a lo que ha visto, sentido y vivido, no hacemos más que reproducir algo que tenemos delante, que ha sido creado y asimilado con anterioridad. Por eso es tan significativo para el ser humano la conservación de las experiencias ya que nuestro cerebro conserva experiencias vividas y facilita su reiteración. Sin embargo el cerebro tiene la facilidad de combinar y crear cuando imaginamos cosas del futuro o cuando pensamos en episodios antiguos de la vida y la prehistoria y no necesariamente tenemos que haberlos vivido puesto que nuestro cerebro es un órgano creador, capaz de reelaborar y crear con

elementos de experiencias pasadas nuevas formas y planteamientos. Es por eso que la actividad creadora del ser humano es la que hace de él un ser proyectado hacia el futuro, un ser que crea y modifica su presente (Vygotsky, 1982)

4.5.4 Método de intervención SAR (secuencia de actividad recreativa)

Su desarrollo parte de 3 etapas: Diagnóstico - definición del caso, construcción del proyecto individual, análisis y evaluación condensación de los resultados, cada etapa con sus respectivos momentos, a continuación describiremos cada una de sus fases.

Se ha mencionado anteriormente sobre el método de intervención de la recreación guiada SAR que en el marco teórico del Programa Académico se plantea como secuencia de actividad recreativa, estructura definida por 8 ciclos.

1 Fase Diagnóstico Global:

Esta fase consiste en realizar una lectura a la población a intervenir revisando su contexto sociocultural que permita identificar las amenazas debilidades y fortalezas para así potenciarlas a través de un proyecto conjunto y cambiar los referentes frente a una situación problema.

2 fases Proyecto de intervención:

En esta fase se realiza el esquema del proyecto de intervención a partir de lo que se identifica en el diagnóstico Global, este borrador se le presenta a la población para llegar a una negociación que permita verificar la causa de la problemática y con el transcurso del proceso puede ser flexible y/o modificable.

3 Fase Diagnóstico participativo – asamblea 1 y asamblea 2

Consiste en realizar una prueba piloto de actividades para identificar cuáles son las habilidades y competencias (música, danzas, arte etc). Aptas de la población cuya participación es integral (facilitadores – agentes mediadores entre otros).

Asamblea 1: permite identificar los posibles líderes que contribuyen a la mediación para influenciar a los participantes durante el proceso

Asamblea 2: consiste en hacer un segundo encuentro en el que se delegan funciones y se define cual es el equipo colaborador que participará durante todo el proceso. Cabe aclarar que para los momentos de asamblea 1 y 2 la SARI entraría como una herramienta para diagnosticar dichos elementos en la tercera fase del diagnóstico participativo.

4 Fase Proyecto Conjunto

A partir de la participación mediante las posturas y las visiones de la población frente a la situación problema se elabora un proyecto conjunto, no en manos del facilitador sino un trabajo más colaborativo y participativo que permita llegar a acuerdos donde cada uno de los miembros cumpla un papel durante la ejecución del proyecto.

5 Fase Ejecución del Proyecto

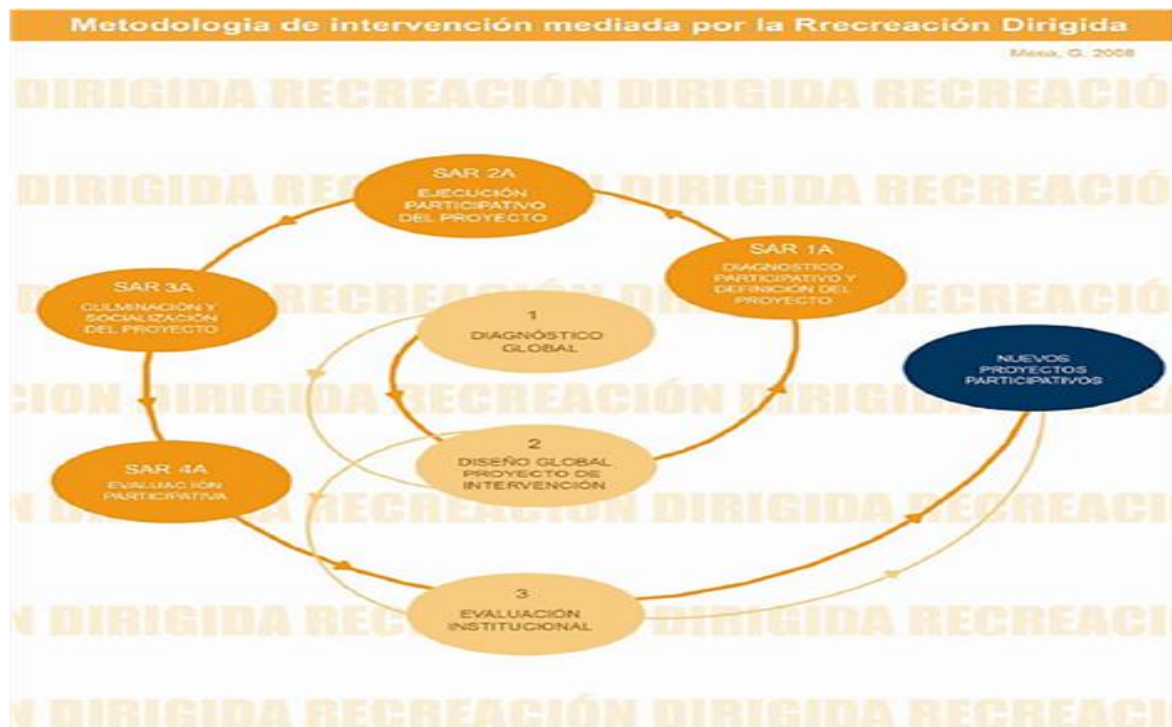
De acuerdo a los puntos anteriores se pone en marcha la ejecución del proyecto “programas recreativos”, en donde se trabaje la situación problema con un objetivo lúdico pedagógico.

6 Fase Evaluación Grupal

Se realiza una valoración del proyecto a nivel grupal (Recreadores, participantes y otros agentes mediadores).

7 Fase Evaluación final

Se realiza el informe del proyecto que permite dar cuenta de todo lo realizado durante el proceso.



(Mesa G. , La Recreación Dirigida: un laboratorio pedagógico para la contemplación activa de la TV., 2009)

4.5.5 Conclusión: una mirada a los componentes de la recreación

La recreación a través de toda su carga histórica, siempre ha estado presente en la humanidad aportando desde diferentes ámbitos y componentes que la han llevado a desarrollarse y ser vista como se percibe actualmente desde la academia. Es una actividad que al estar inmersa en el ser humano, permite su desarrollo desde su integridad general, cuerpo, mente y espíritu, desde sus diferentes herramientas lúdico- creativas que surgen de componentes como el juego, la creatividad, la contemplación, y la imaginación creadora entre otras.

Para la presente investigación, al estar en un contexto hospitalario, donde se trabaja con personas en condición de salud vulnerable (pacientes) en las que están inmersas otras personas, que están brindando sus conocimientos y capacidades humanas para cuidar de ellas, dando un apoyo en la integridad. Pero que a su vez todo este contexto situacional genera una carga física y emocional a nivel psico-social en los individuos, y sobre todo en aquellas personas “enfermas” que al verse sin capacidades para enfrentar su condición, comienzan a deteriorar sus componentes de elección, generando que se vea cohibida la capacidad de crear, jugar, e imaginar.

A partir del repaso conceptual del término recreación, se distinguen 3 componentes básicos presentes en todo proceso recreativo:

Expresión: Capacidad de cristalizar un sentimiento, idea, pensamiento a través de una mediación (herramientas lúdicas) (Mesa, 1997)

Creatividad: Capacidad de crear o reinventar, es decir la necesidad de pensar en el hacer (actividad – acción) (Vygotsky, 1982)

Entretenimiento: La capacidad de mantener la atención sobre una actividad teniendo como base la participación. (Mesa, 2004).

4.6 Conceptos adheridos a la investigación

Se han conceptualizado las tres actividades inherentes al ser, el trabajo, la educación y la recreación a partir de la evolución histórica de cada uno de los conceptos, como apertura a esta primera parte de la hipótesis. En seguida se expondrán otros términos asociados a la investigación que se consideran esenciales para comprender la dimensión del trabajo realizado con los pacientes de larga estancia y su relación con las tres actividades inherentes.

4.6.1 El concepto de comunidad

Cuando se hace referencia al término de comunidad se hace una asociación inmediata a conceptos como: gente, territorio, costumbres, prácticas. La definición de comunidad ha variado de acuerdo a la evolución histórica y cultural; para la presente investigación se tomará como referencia el concepto expresado por Egg (1980):

Una comunidad es una agrupación o conjunto de personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local. (p. 34)

Las entidades de salud han instaurado políticas y valores permitiendo que los participantes se involucren en ella sintiéndose parte de ellas, es decir que se genera un sentido de pertenencia entre pacientes e institución, muy cercano al concepto hablado. Se posibilitan dinámicas ligadas a procesos de culturalización que permiten esta cercanía. Desde que la persona ingresa al centro de salud, independientemente del rol que desempeña, ya sea como colaborador, o como paciente o acompañante la institución los acoge y se genera un vínculo sintiéndose identificados con el entorno donde se les brinda asistencia social y médica.

4.6.2 El concepto de enfermedad

Para la presente investigación comprender el concepto de enfermedad es clave ya que es el eje central por donde pasan los demás referentes teóricos que se han señalado. La OMS define la

enfermedad como “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifiesta por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” en pocas palabras, la enfermedad es la alteración del funcionamiento normal de nuestro cuerpo. (OMS, Elblogdelasalud, 2014)

Pérez & Gardey (2008) plantean que “Se denomina enfermedad al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud”. Podemos decir que la enfermedad es entendida como una idea opuesta a la salud y es aquello que origina alteraciones en el individuo ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional, o espiritual.

4.6.3 El concepto de salud

Entendido la etimología del significado de la enfermedad nos referimos ahora a su antónimo, el opuesto de no estar enfermo, al estar en condiciones físicas, biológicas y psicológicas en equilibrio. Según la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de la Constitución de esta entidad adoptada por la conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en 1946: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual que surgió en reemplazo de una noción donde se presumía la salud como simplemente “la ausencia de enfermedades biológicas” (OMS; 2006).

La OMS después de caracterizar el concepto de salud, estableció una serie de componentes que integran el concepto: *el estado de adaptación al medio*, se refiere a el estado biológico y sociocultural; *el estado fisiológico de equilibrio*, *el equilibrio entre la forma y la función del organismo*, o sea la alimentación y *la perspectiva biológica y social*, (Ferrara, 2015) que se entiende como las relaciones familiares, hábitos y costumbres. La relación entre estos componentes determina el estado salud y el incumplimiento de alguno de estos genera un estado de enfermedad, vinculado con una relación entre un sujeto – síndrome – ambiente.

El concepto de salud no solo se enmarca al bienestar social, emocional y mental, la salud no es solo ausencia de enfermedad, porque ella se puede manifestar y vivir subjetivamente de formas distintas: en un fracaso personal, en un sentimiento de culpa, un castigo, el miedo a lo

desconocido, la falta de control frente a situaciones adversas e impotencia ante lo inesperado. Es decir, factores de riesgo que se viven diariamente como algo innato de vivir.

4.6.4 El modelo bio-psicosocial

De acuerdo a estas posturas se puede vincular el modelo bio-psicosocial con el concepto de la salud como la ausencia de enfermedad. La salud involucra también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológicos y sociales. La enfermedad está determinada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan de modo complejo y único en cada persona. (Engel, 1977)

La perspectiva bio-psicosocial fue definida por G. Engel en 1977 derivada de la teoría general de los sistemas² del biólogo austriaco Von Bertalanfy que ofrece un marco conceptual de los aspectos sociales y biológicos en los seres vivos que son integrados de manera lógica con las ciencias físicas. Se basa en todos los fenómenos naturales y son un conjunto de sistemas interrelacionados que comparten ciertas características fundamentales. Engel parte de una visión holística de la salud y la enfermedad, donde se consideran los aspectos biológicos, sociales, y psicológicos del ser humano. Propone el modelo bio-psicosocial de enfermedad, reconociendo todas las enfermedades como componentes de los factores ya mencionados. Cada individuo está compuesto por células, tejidos, órganos, es decir el *componente biológico*. Es miembro de una familia, comunidad, cultura, o sea el *componente social*. Y posee unas determinadas características mentales que lo hacen único: *Componente psicológico*. (Engel G. , 2008).

²**Sistemas:** Se define un sistema como un conjunto de unidades relacionadas de tal forma que cada una depende de otras, todos los sistemas forman parte del mundo físico, están formados por acumulación de materia y energía que existen en el espacio y en el tiempo sujetas a las leyes de la naturaleza. (López-Ibor, J.J. 1999).

Factores intervenidos desde la recreación en un modelo bio-psicosocial

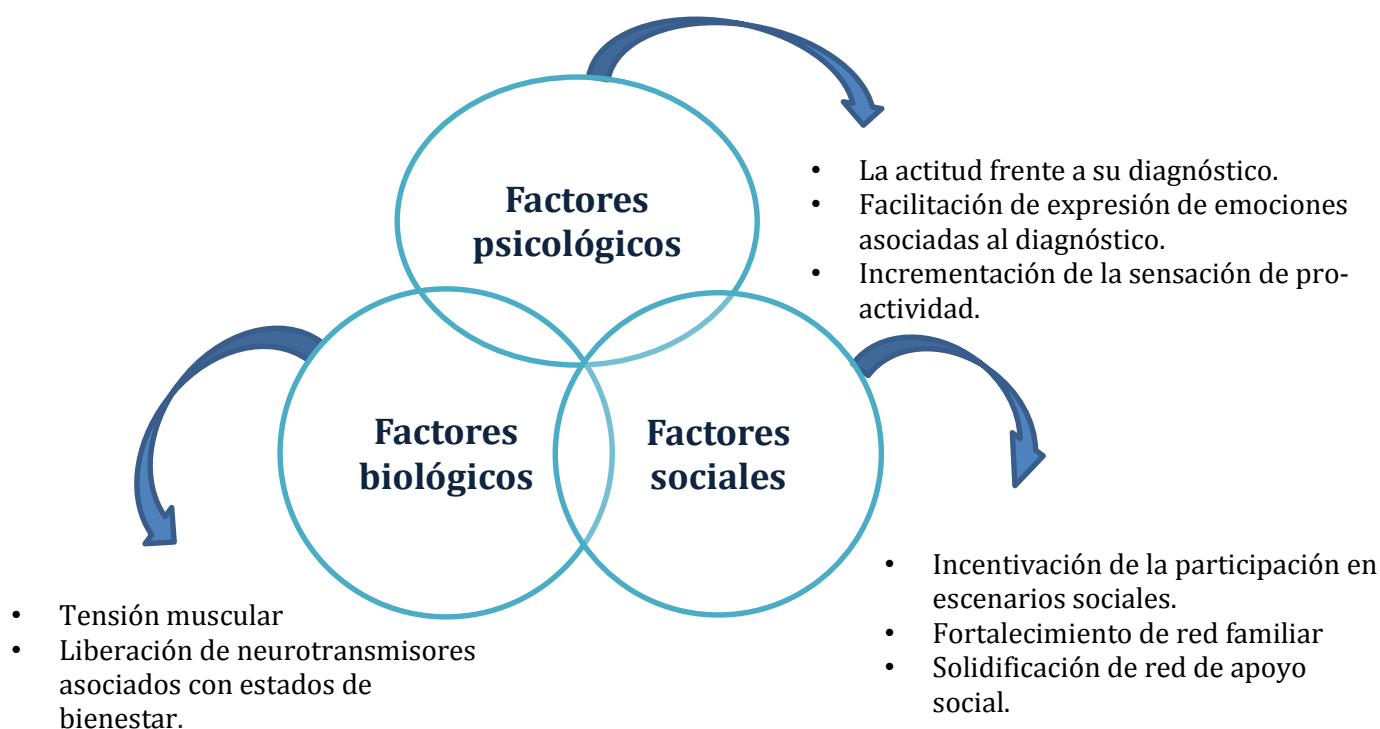


Figura No. 4. Re elaboración del modelo bio-psicosocial (Engel G. , 1977) vista desde la recreación, factores que se pueden afectar de las dimensiones del ser. (Valencia & Montilla, 2015)

El modelo bio-psicosocial aporta tres conceptos para entender las dimensiones del ser constitutivas en el equilibrio funcional de la vida de los seres humanos: (i) factores **biológicos**: atribuido al factor físico y fisiológico del hombre. (ii) El factor **psicológico**: haciendo mención a los comportamientos y conductas que emergen en los procesos de la mente. Y (iii) el factor **social**: aspecto de suma importancia para la presente investigación y que se atribuye a las interacciones, las relaciones sociales y las formas de expresión en la sociedad. Sin embargo la función polisémica de la recreación permite que se trabajen los tres factores, como se observa en, figura No. 4, en donde no se encasilla solo al factor social por su interdependencia. Es determinante continuar en el ámbito de la salud la exploración investigativa para medir qué factores del modelo bio-psicosocial se pueden afectar desde la recreación.

4.6.5 Las condiciones de vida

Es el modo en que el ser humano desarrolla su existencia, regida por el contexto histórico, político, económico y social en el que ha vivido, se mide por indicadores observables y satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, tales como: protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, recreación, identidad y libertad. Una condición de vida optima, es un acceso a una vivienda digna, alimentación sana, educación, salud, seguridad, vida social, esparcimiento. (Max-Neef, 1986) Debemos tener en cuenta que la salud es el principal foco de expresión de las condiciones de vida, un componente básico del capital humano, ya que la acumulación de capital educativo no es posible para una población que no alcanza un estado adecuado de bienestar físico, mental, social y ambiental. El estado de salud de las poblaciones está asociado fundamentalmente con la calidad de vida.

Las ideas planteadas respecto a las condiciones de vida, tendrán constantes destemples. La búsqueda de re-definirla se enunciaran conforme a los resultados obtenidos en la investigación. (Bravo, 2000). Esta connotación es importante porque apunta al impacto que tiene la recreación en el ámbito hospitalario. Y como esta tiene similitud cuando se habla de calidad de vida un concepto multidimensional, cubre posturas subjetivo-objetivos obre la satisfacción vital, y la capacidad funcional, sobre todo con la salud y funcionalidad entendida como autonomía. (Aresca, Birgin, Blum, Buceta & Figini, 2004)

Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud o discapacidad funcional, por ejemplo Kaplan la define como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Ribera (1992) plantea que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienes y los déficit de salud constituyen el primer elemento a tener en cuenta. (Aresca, et al, 2004)

Se entiende calidad de vida como libertad, bienestar, al funcionamiento físico, emocional, y económico, permitiendo lograr los deseos, brindando satisfacción y tranquilidad. Aunque es difícil de cuantificar puesto que se involucran dimensiones personales subjetivas complejas de definir.

Al hacer una diferencia entre condición de vida y calidad de vida hay una complejidad; ambos conceptos, si se analizan bien son similares, aunque podemos observar que la condición de vida es muy regida por el contexto político e histórico del ser humano, así mismo tiene que ver con factores económicos y sociales. De acuerdo a esto se miden las necesidades humanas fundamentales. En cuanto a la salud se refiere, hace bastante hincapié al bienestar físico, mental y social, determinado por el factor económico y educativo de la población. Ya cuando hablamos de calidad de vida la podemos relacionar con el grado de funcionalidad del ser humano, al bienestar, la posibilidad de tener libertad funcional designando las condiciones de una persona sea digna de ser vivida. (Valencia & Montilla, 2015).

4.6.6 Psicología popular

Según J. Bruner, “La Psicología Popular es la explicación de la cultura, lo que hace que los seres humanos funcionen. Se ocupa de la naturaleza, causas y consecuencias de los estados intencionales de los sujetos, creados mediante creencias, deseos, intenciones y compromisos”. Bruner considera que la psicología humana no puede basarse solo en el individuo, para eso utiliza un argumento constitutivo, el hombre participa en la cultura y la realización de sus capacidades se da a través de la misma. (Bruner, 1991).

En todas las culturas hay una psicología popular que consiste en:

Un conjunto de descripciones sobre cómo funcionan los seres humanos, acontecimientos en los que participan socialmente, representadas en las narraciones reales o imaginarias: es decir, el sentido y la representación de un relato guardan entre sí una relación que posee una estructura interna respecto al discurso mismo. (Bruner, 1991, p. 49)

La Psicología Popular consiste en un conjunto de descripciones más o menos establecidas conectadas sobre la idea de analizar las situaciones de los demás, ya sea una acción situada en los contextos cotidianos en los que vive la gente, las formas de vida posibles. Su principio organizativo es narrativo, en vez de conceptual, y sobre determinadas narraciones se crean expectativas canónicas. Los sujetos son capaces también de contemplar elementos de las dinámicas de las situaciones que se representan en una cultura, definir las propiedades de dicha ideología cuyo objetivo es mostrar pensamientos para incluirlas en la participación social.

4.6.7 La Programación Neurolingüística (PNL)

La Programación Neurolingüística es un instrumento poderoso, introduce información acerca de los principios que rigen una mala experiencia y para desbloquear las falsas creencias de un mal momento arraigadas en nuestra mente, las cuales no nos permiten tomar las acciones deseadas. (Durán, 2014)

La PNL nació del trabajo conjunto de John Grinder (lingüista) y Richard Bandler (Psicólogo y terapeuta en Gestalt) y su propósito fue la identificación de modelos explícitos de la excelencia humana. Es una serie de estrategias que se centran en identificar y usar modelos de pensamientos que influyen sobre el comportamiento de una persona como una manera de resolver problemas. Dentro de sus objetivos está corregir las representaciones cognitivas haciéndolas más útiles, proporcionando habilidades eficaces para la mejor adaptación de aquellas situaciones que surgen en el día a día. (Bandler & Grinder , 1980)

Neuro se refiere a las percepciones sensoriales que determinan nuestro estado emocional subjetivo; **lingüístico** se refiere a los medios de comunicación humana, tanto verbal como no verbal, y la interacción de ambas determina el comportamiento programado.

El ser humano no opera directamente sobre el mundo real en que vive, lo hace a través de representaciones mentales del mismo, determinando la forma de cada individuo de cómo percibe el mundo. La PNL es un sistema: prepara y programa sistemáticamente nuestra mente. Logra que comunique de manera eficaz los pensamientos con el hacer. Por lo tanto opera con los sistemas de representación sensorial que son básicamente nuestros sentidos internos, los cuales están constituidos por 3 sistemas: el *visual* el contacto principal hacia el mundo es a través de los ojos, *auditivo* con la capacidad de notar información adicional en el lenguaje de la gente, es una habilidad valiosa para la comunicación, otras capacidades incluyen la habilidad musical y la poesía, el *kinestésico* consiste en nuestras sensaciones corporales y sentimientos, posibilitando a los seres humanos organizar sus procesos de aprendizaje. (Guadalupe & Gomez, 2007).

4.6.8 La música como herramienta pedagógica

La enciclopedia Británica define la música: Como el arte relacionado con la combinación de sonidos vocales o instrumentales como una expresión de la belleza de la forma o de una emoción,

usualmente de acuerdo con estándares culturales de ritmo, melodía y, en la mayor parte de la música occidental, armonía.

La música se puede definir como el arte de organizar una combinación coherente de sonidos y silencios utilizando los principios fundamentales de la melodía, la armonía y el ritmo, mediante la intervención de complejos procesos psico-anímicos que son los que en su mayoría se pueden realizar vínculos con los sujetos. La música forma parte de nuestra vida, actúa como un espejo de lo que somos y de los vivimos en el momento presente. (Vaillancourt, 2009)

La música es un constituyente que ayuda al cuerpo y la mente a trabajar juntos por medio de estrategias didácticas que nos permitan realizar intervenciones en la metodología utilizada por los recreadores. La música se concibe como parte fundamental de la formación del niño, como un medio de expresión para el desarrollo personal, corporal, afectivo e intelectual. Tiene efectos físicos, intelectuales, afectivos y sociales. Alcanza al ser humano en todas las fases del desarrollo, el aprendizaje de la música exige por parte de quien pone en escena su saber específico, un manejo con sentido, no sólo de los elementos propios de la epistemología musical, sino de cómo armonizarlos estéticamente con el ser. (Vaillancourt, 2009)

4.6.9 El Programa FL Estudio

El concepto de FL Estudio se remota al programa virtual multimedia con características de editor de audio. Permite la elaboración de melodías bajo los denominados efectos (plugins) o sintetizadores de instrumentos musicales. Un procesador como base fundamental en la construcción de los proyectos que tengan que ver con la música en la población objeto de estudio.

¿Por qué tratar un lenguaje virtual en la investigación? Está pensado desde la innovación de creatividad autentica, afirmamos que este medio potencia el valor de los componentes que brinda la música al ser trabajada, le da originalidad e identidad a los proyectos que se elaboren durante el desarrollo metodológico en pro del análisis de los resultados. (Studio, 1998)

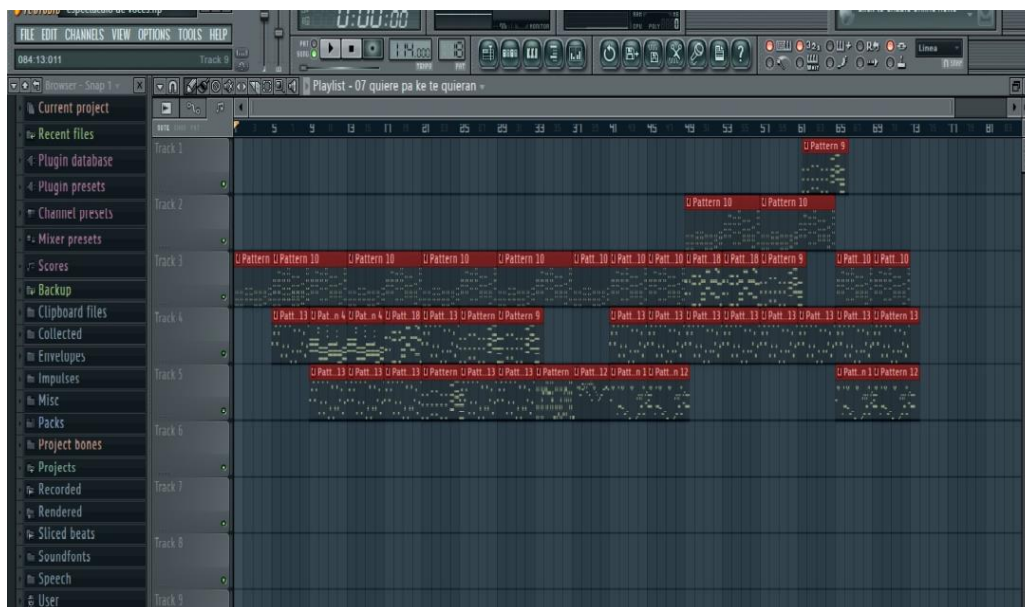


Figura No. 5 Tomado de una de las composiciones elaboradas por los autores

4.6.10 Metodología ‘Proyecto individual de actividad recreativa en el contexto hospitalario’ (PIARH)

Como cierre de este marco conceptual definiremos el concepto de la metodología ‘Proyecto individual de actividades recreativas en el contexto hospitalario’ (PIARH). Es el método que se implementó exclusivamente para la intervención en el contexto hospitalario en pacientes de larga estancia, donde se desarrollan en 3 etapas; definición del caso, diseño de intervención, ejecución y condensación de los casos individuales y colectivos basados en los métodos de intervención SAR algunas Reflexiones sobre la investigación-Acción- participativa. El objetivo del PIARH es analizar las 3 actividades, los resultados posteriores y evaluar la parte procedimental realizada bajo el modelo bio-psicosocial, el modelo de la influencia educativa, esta última enfocada igualmente por la Secuencia de Actividad Recreativa (SAR) y la Secuencia de Actividad Recreativa Intensiva (SARI), propuestas por Mesa (2007). En esta metodología de intervención y análisis individual se realizan procesos conjuntos con el paciente, los familiares y colaboradores; el fin central es basado en un proyecto donde el actor principal de intervención es el paciente.

Esquema de la recreación guiada en el contexto hospitalario

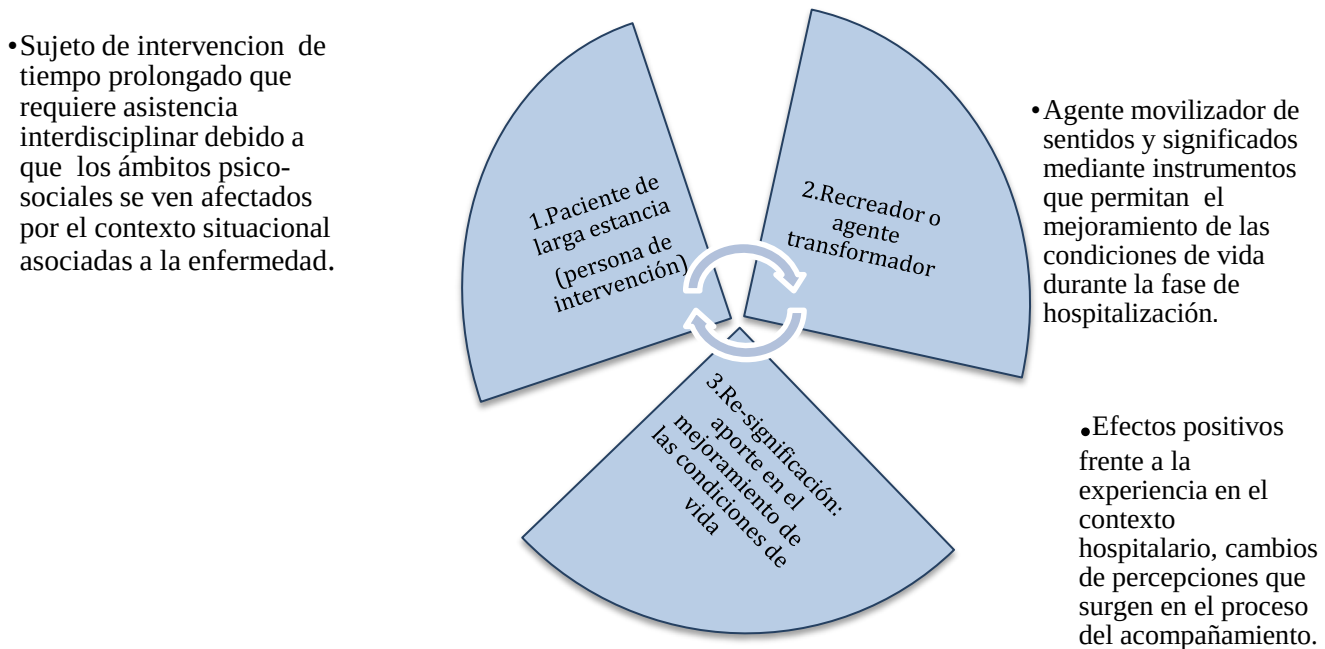


Figura No. 6 Esquema de la recreación guiada en el contexto hospitalario. Ilustración elaborada por Valencia Juan Camilo, Montilla Leidy Johanna (Valencia & Montilla, 2015)

Hay una situación planteada en el ciclo funcional, tenemos como primera instancia al sujeto que pasa de ser persona a ser paciente porque está vulnerado en las dimensiones biológicas, mentales y sociales, por ende hay una asistencia interdisciplinaria; se puede decir que en la dimensión biológica entra a ejercer el rol; el médico, en la parte mental la disciplina psicológica y en la social los agentes mediadores con conocimiento del tema donde se encuentra la recreación.

La labor del re creador debe estar sujeta a trabajar los significados y sentidos de manera que impacten en la condiciones de vida de los pacientes. Aunque particularmente hacemos referencia a este tipo de población por la situación problema cuando se está dentro un espacio clínico en la que se inhiben las actividades, consecuencia lógica al estar hospitalizado, de allí surge la siguiente

inquietud: ¿Qué es lo que hace que la recreación sea una disciplina funcional en el contexto clínico? Mesa (2008) plantea que:

El motivo inicial de una actividad puede transformarse y en el caso de la actividad recreativa convertirse en uno de los medios para acceder a otras actividades como la educación o el trabajo, este proceso de conversión supone entender la actividad recreativa como una praxis con un fin en sí mismo.

A la recreación le hemos atribuido tres elementos:

- **Ludí:** la acción como herramienta que permite dar una enseñanza pedagógica a través de un lenguaje.
- **Trans:** seudónimo de la palabra transformación que está regida a las acciones humanas tanto internas como externas.
- **Funcional:** Se le da la connotación funcional cuando es aplicada al contexto de manera compatible. (Valencia & Montilla, 2015).

A continuación mencionaremos las fases a desarrollar de la metodología PIARH enfocadas en los conceptos teóricos de la recreación y métodos de intervención de la metodología SAR plasmadas por Mesa (2007), la cual se fundamenta en el enfoque socio-constructivista de Vygotsky (Wertsch, 1988) la teoría de la investigación-acción (IA) que tuvo como origen en los hallazgos de Lewin (1992) y el modelo de la influencia educativa planteada por Coll (1995)

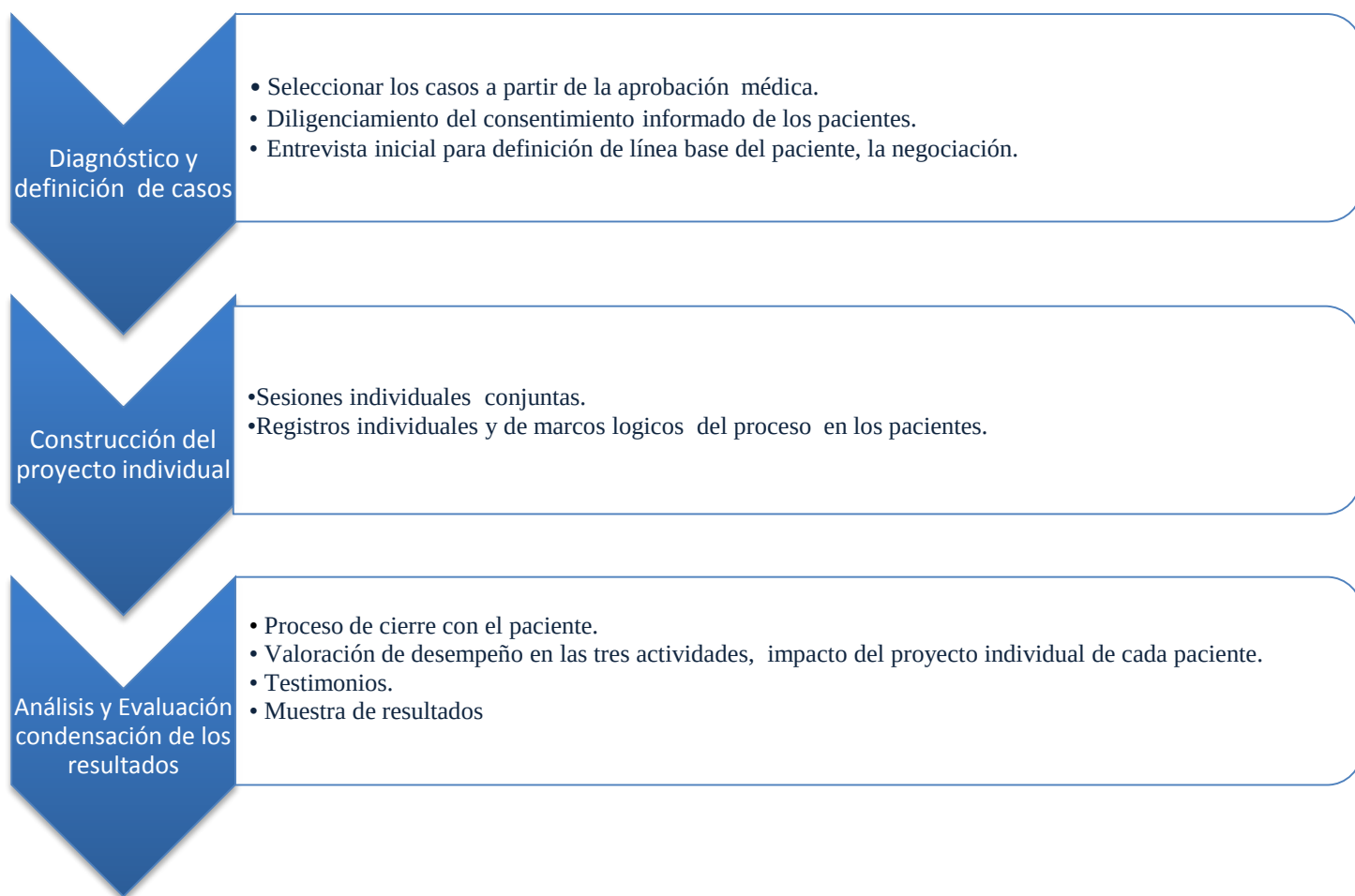


Figura No. 7. Ilustración Gráfica de la Metodología PIARH (Proyecto Individual de Actividades Recreativas en el Contexto Hospitalario)

Resaltamos que aunque la metodología PIARH es amparada bajo la línea académica de intervención de la recreación SAR. El método de intervención que plantea Mesa (2007) hace referencia al modelo de Investigación-Acción-participación (I-A-P) y al modelo de la influencia educativa. La diferencia del PIARH es que parte de un análisis del proceso metodológico de proyectos individuales con énfasis en la cuantificación y cualificación como enfoque metodológico. Se estableció para el contexto hospitalario en pacientes de larga estancia, de tal manera que el objetivo del desarrollo metodológico se plantea en el análisis de las tres actividades inherentes y de los resultados posteriores a ello en las que están inmersas las interpretaciones que se evidencian en la población objeto de estudio. Cabe resaltar que la investigación es un ejercicio experimental de una nueva metodología de intervención-análisis.

En el marco de la recreación las personas son denominadas “recreandos” este seudónimo como remplazo a la evocación del alumno en el contexto del aula educativa. (Mesa, 2004) En nuestra investigación, asumiendo que el paciente se ve inmerso en un espacio donde pierde la concepción de persona, no hay una dignificación porque sus capacidades se limitan a estar condicionados a procedimientos médicos, se vuelve objeto de intervención clínica en pro de recuperar dicha dignificación, por eso se habla de la terminación “durante la estadía” es precisamente hacer que el paciente sienta que no solamente está vivo en el periodo de la hospitalización, es hacerle saber que es humano con las mismas circunstancias en cuanto condiciones de vida de una persona que no está enferma. En el análisis se tocara la importancia de la voluntad de acceder al acompañamiento entorno al proyecto individual, haremos énfasis de la interpretación en los resultados.

4.6.10.1 El triángulo interactivo en el contexto hospitalario

Al igual que en los métodos de la recreación guiada, la metodología PIARH se fundamenta en la influencia educativa planteada por Coll (1995) y Mesa (1997) Según estos autores el proceso de aprendizaje consta de alumno (recreando), profesor (recreador) y contenido en el que deben participar conjuntamente en la resolución de segmentos de las tareas para la construcción de significados, teniendo como elemento principal la interactividad. A continuación se presenta una re-elaboración en forma gráfica del triángulo interactivo que se da en el contexto hospitalario

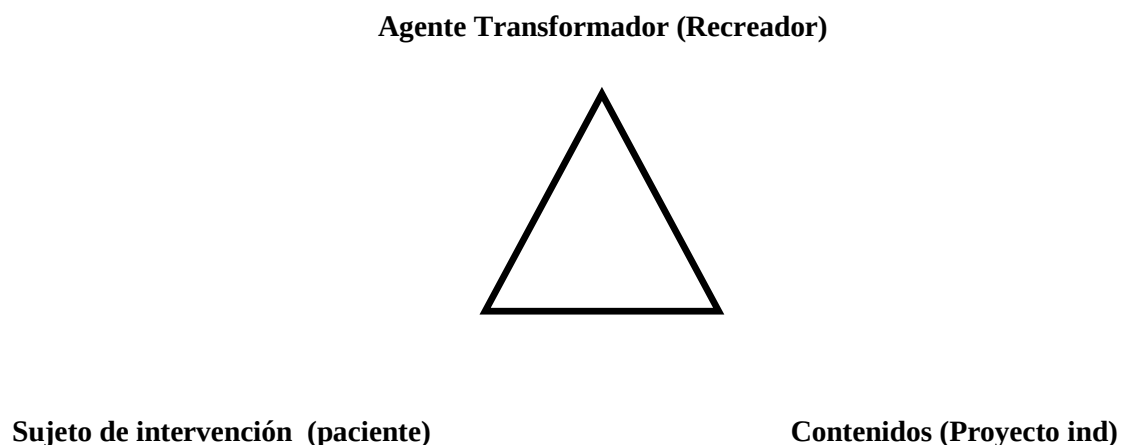


Figura 8. Triángulo interactivo en el contexto hospitalario

- ✓ **Agente transformador:** el agente transformador es el recreador, el mediador entre el paciente y las necesidades o condiciones de vida identificadas que se requieren fortalecer.
- ✓ **Sujeto de intervención:** es la persona que pasa de ser paciente a hacer sujeto de intervención, en la participación de procesos para afrontar lo que genera el padecimiento de la enfermedad y la percepción de su permanencia en el hospital.
- ✓ **Contenidos:** son los segmentos que los pacientes deben desarrollar en el hacer. Coll (1995)

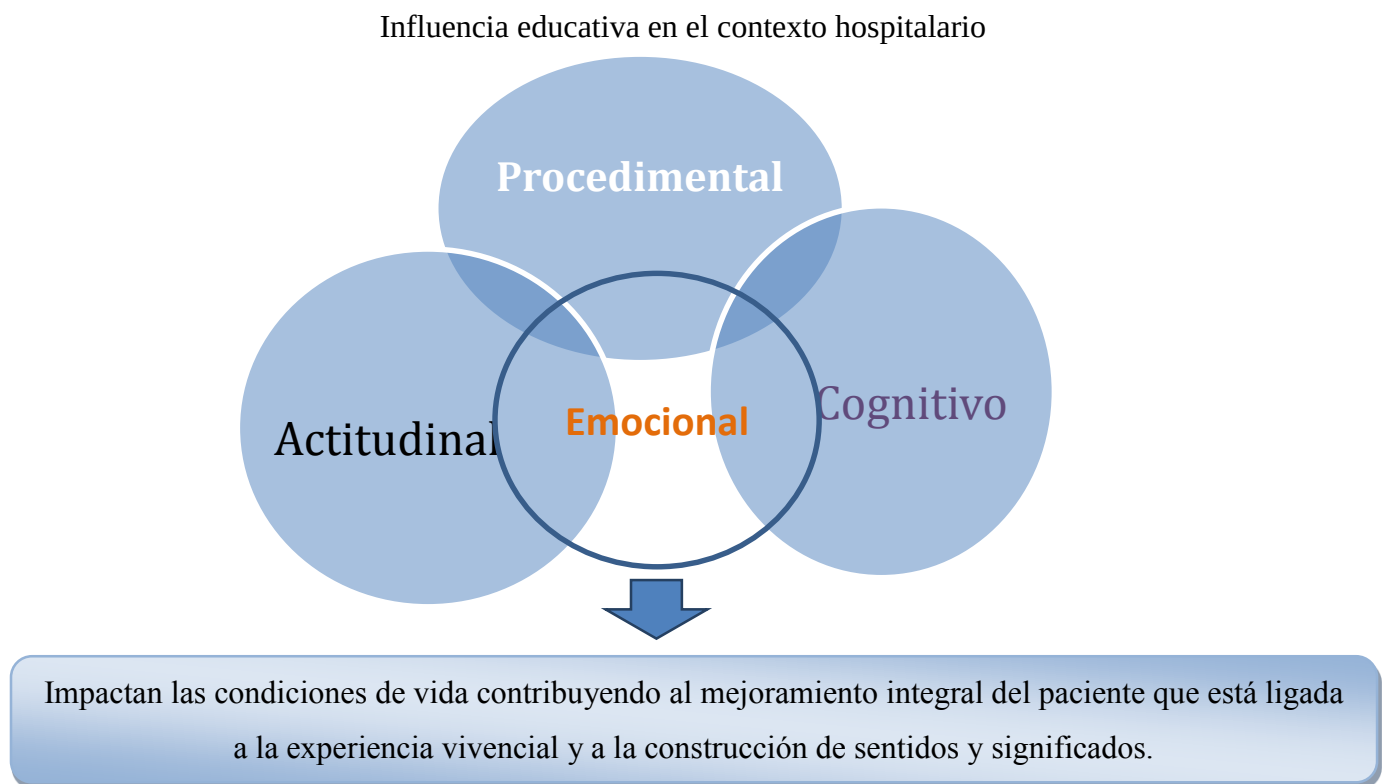


Figura No. 9 Influencia educativa en el contexto hospitalario

Hay cuatro categorías esenciales que convergen en el proceso de influencia educativa (ver figura No. 9); por lo general en el esquema del modelo educativo aparecen siempre 3 componentes: el procedimental, el actitudinal y el cognitivo. Para la presente investigación se ha integrado la categoría *emocional* como eje que gira en torno a las otras tres mencionadas, dado el alto nivel de carga emocional que se vive en los espacios clínicos y que está ligado al modelo que se explica a continuación.

Como primera instancia son flexibles los cambios en cuanto a los ejes temáticos en la medida que se interactúa con los actores en las sesiones, el re-direccionamiento del proyecto surge si se considera que ciertos contenidos tienen un impacto mayor en su experiencia práctica como lo afirma Mesa (2007):

La recreación dirigida a diferencia de la educación escolar, no preestablece los contenidos, define y redefine sus trayectos, contenidos, tareas y proyectos con los participantes de un determinado contexto situacional, en las fases –tanto de diagnóstico como de evaluación participativa- del proceso metodológico, tributario de la Investigación Acción Participativa.

Por lo tanto el primer registro individual del paciente es lo **actitudinal**: frente a las sesiones, consiste en identificar en qué momentos los sujetos tienen actitudes negativas o positivas, acatarlas de manera que se pueda estudiar qué es lo que desata ciertos comportamientos; haciéndoles un seguimiento hasta el final del acompañamiento para un balance conjunto determinando si hubo cambios o no. Esto con el fin de que los sujetos, más que reconocer si cambiaron o no, tengan la capacidad de reflexión para que se reconozcan y construyan su carácter e identidad que constantemente esta en ese proceso. Esa configuración va entrelazada con lo **procedimental**: puntualizando en las acciones que se desarrollan en la actividad, se constituyen es ambivalencia o dualidad regidas por los estados emocionales por las que en ese momento pueda estar pasando el paciente, que simultáneamente impacta en el factor de lo **actitudinal**; puede que inicien en un nivel relevante o no, aunque todos estos cambios son parte del proceso para su respectivo análisis, se resalta que la recreación tenga la posibilidad de preestablecer el proceso que mantenga estrategias para generar cambios positivos en la construcción de nuevos significados.

Estas configuraciones repercuten a nivel **cognitivo** de los participantes como consecuencia de un aglomerado final, de allí, la importancia del registro de las sesiones, hacer un seguimiento clínico-social; sin que se mal interprete el término ya que nuestro enfoque es social y estamos en el contexto de la salud, por lo tanto es un historial clínico que se maneja con ellos y en el resultado final se evalúa, ¿cómo ingresó el paciente? ¿y cómo salió? en cuanto a los objetivos del proyecto, en relación a las tres actividades inherentes, a los sentidos y significados que es finalmente la categoría **emocional**: como resultado adverso en el momento de analizar la influencia en las actividades inherentes que explicaremos en el capítulo de resultados posteriores.

FUNCIONAMIENTO METODOLÓGICO PIARH EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

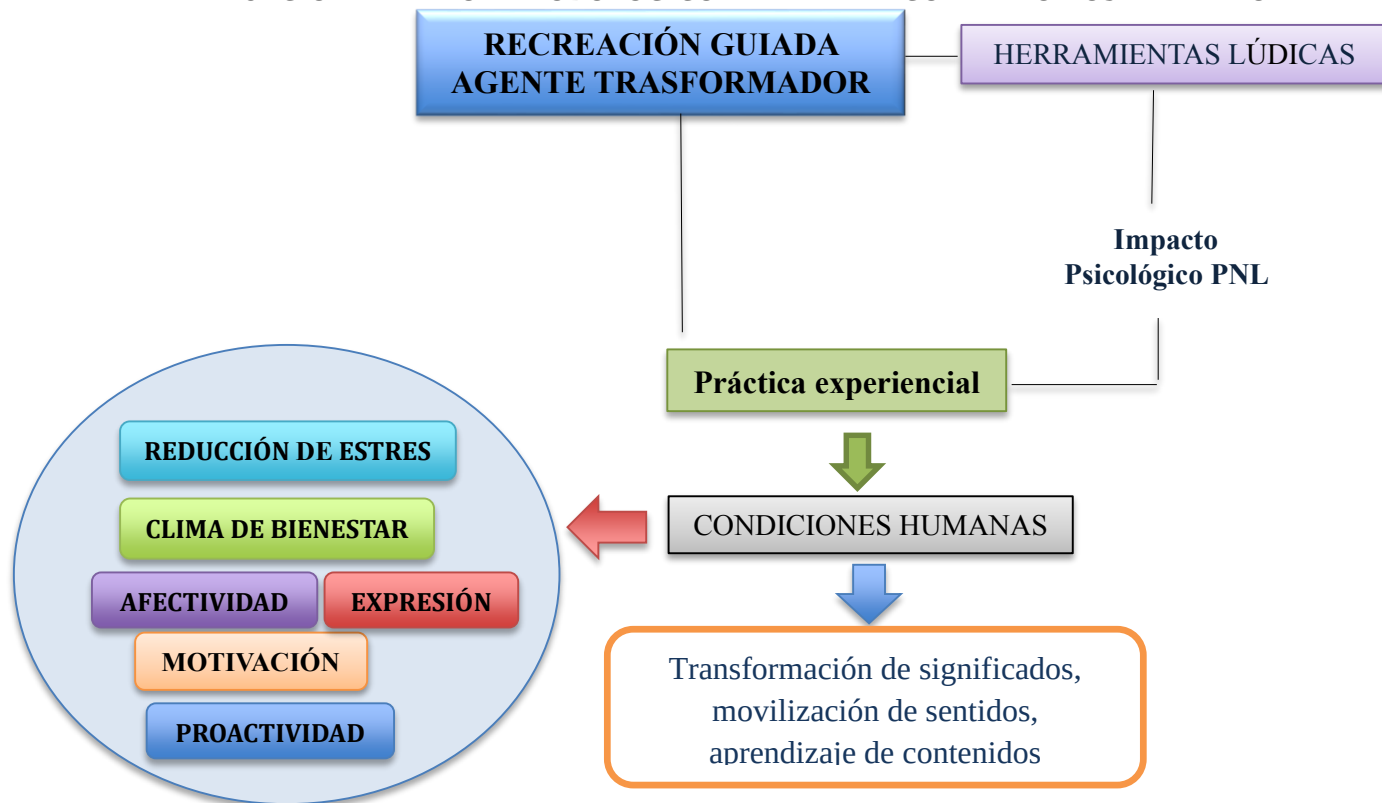


Figura No. 10. Funcionamiento metodológico PIARH en el contexto hospitalario. Ilustración elaborada por (Valencia & Montilla, 2015)

4.6.10.2 Epílogo de la metodología PIARH

Aunque la metodología PIARH es amparada en la investigación-acción- participación, su objeto de estudio se realiza bajo una fundamentación cuantitativa y cualitativa; además de ser una metodología de intervención individual, que está articulada a procesos colectivos. Su enfoque se orienta en términos de la influencia educativa semejante a la intervención académica SAR-SARI y el enfoque biopsicosocial del ser, sin embargo su distinción parte porque es una elaboración metodológica de intervención en recreación para el ámbito hospitalario con instrumentos creados para su verificación y validación de dicho contexto, en la medición de indicadores que se plantearon en el transcurso de la investigación. Su eje central es el análisis de la influencia que tiene en las actividades inherentes del ser y sus resultados posteriores de la misma en pacientes de larga estancia. Queda abierto el debate a esta postura de investigación, las consideraciones críticas sirven para darle validez a esta metodología que se considera en una fase exploratoria.

5. Metodología de investigación

En la metodología de investigación se utilizó la etnografía, la observación, las entrevistas, encuestas medidas por la escala Likert, elementos de la metodología de investigación en la acción y elaboración de instrumentos medibles para el registro individual de los pacientes, con el fin de evaluar y analizar la información derivada de las tres actividades y los resultados posteriores que surgieron a partir de esta, que se mencionan a continuación. Todo lo anterior en el marco de la metodología de intervención PIARH.

5.1 Etnografía- Diagnóstico

Al acercarse a la población objeto de estudio se establecen dinámicas que permiten identificar las relaciones con el entorno, conocer la realidad de los sujetos a intervenir, en este caso, los pacientes de larga estancia. De esta manera se entra en contacto con la población, utilizando como herramienta de comunicación el lenguaje, y observación.

La primera etapa consta de tres momentos: aprobación médica, consentimiento informado del paciente o su red de apoyo familiar, y entrevista inicial que es la base para la construcción del proyecto individual.

Dicha etapa del diagnóstico se realiza a partir de la construcción de instrumentos de validación, con el fin de medir los cambios en el estado emocional, la percepción de dolor en el paciente y su nivel de estrés. Consiste en observar el impacto de estos elementos en el paciente (en escala pre y post) los cuales se realizan durante el acompañamiento para medir la mayor relevancia de la metodología aplicada. Su respectiva selección tiene que articularse a criterios de inclusión y protocolos de seguridad de la entidad de salud y se debe tener aprobación médica.

Aprobación médica

Antes de cualquier intervención se debe tener una valoración por parte del personal médico presente, velar por la seguridad, tanto del paciente y de los que van a entrar en contacto con él, que las actividades y maniobras que se realicen no generen riesgo para su salud. Se constituye en un

indicador de los límites para saber hasta qué punto se puede intervenir; se deben respetar los protocolos de seguridad al realizar una intervención. El médico o el psicólogo deben suministrar información previa del estado emocional y patológico del paciente, información que es transmitida al jefe de enfermería, quien a su vez comunica la aprobación médica de si el paciente es apto o no, para participar en la intervención de recreación guiada.

Consentimiento informado del paciente y/o acompañante familiar

El segundo momento de la selección diagnóstica consiste en realizar una presentación de la labor profesional ante el paciente y sus familiares, en donde se explica el objetivo de la intervención. A su vez, se presenta el documento ‘Consentimiento informado’ que debe ir firmado por el paciente, familiar o acudiente, en donde se reseña el objetivo de la intervención y se avala la participación en el proceso.

A continuación se presenta una tabla de todos los pacientes aptos y no aptos para realizar el acompañamiento.

Tabla No. 1 Tabla general de los pacientes aptos y no aptos

Habitaciones disponibles para intervenir	177
Pacientes no autorizados para trabajar con ellos (riesgo de recaída)	40
Cuántos pacientes de corta estancia	34
Cuántos pacientes no estaban en disposición para la intervención	5
Cuántos pacientes restringidos por manejo médico	22
Pacientes habilitados e intervenidos	76

³

³ Cuadro con los criterios de inclusión que se tuvieron durante la fase de intervención diagnóstica en el marco de la investigación.

5.2 Observación y la entrevista: Entrevista inicial para definición de línea de base del paciente, la negociación

El último momento de la etapa diagnóstica establece un pre-acuerdo del acuerdo en donde se conoce la situación problema a la cual se le busca una salida afrontándola desde la experiencia personal del paciente.

En la metodología PIARH se emplea un diagnóstico en el que los sujetos exponen a través de la herramienta del lenguaje su situación, con la intención de que el habla sea el elemento narrativo y catártico. Se hace uso de herramientas lúdicas como la IAP (investigación acción participativa) pero, tratándose del contexto clínico se implementa además la herramienta de la observación y el habla. Aunque esto no signifique que no se puedan implementar otros elementos lúdicos para entrar en contacto con el paciente. A través del diálogo se posibilita comprender si el paciente está delicado, permite además constatar qué funciones o habilidades puede ejercer a partir de la observación física, aun sabiendo la patología que lo afecta. Este momento es clave para comprender e identificar las necesidades de los actores (paciente y acompañante) principalmente la del paciente. La conversación es un ejercicio comunicativo que permite escuchar al otro, y sirve para tener un diagnóstico de la línea de base en la orientación del proyecto individual entre el paciente y el mediador: se comprende el contexto, la forma de ver la situación en la que el paciente está viviendo, la dimensión de su entorno, sus ideales y sueños.

5.3 Instrumentos de verificación

Aquí se exponen los instrumentos que se usaran para la recolección de información:

INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO (PRE Y POST)

Nombre del paciente _____

1. Edad del paciente _____ Sexo : F____M____

2. Tiempo que lleva en hospitalización:

1 a 5 días ____ 5 a 10 días ____ 10 a 15 días ____ 1 mes ____ 2 a 5 meses ____

3. ¿Cuál es el Diagnostico?_____
4. ¿Qué hace para distraerse en el tiempo que se encuentra hospitalizado?

5. ¿Qué clase de interacción tiene con su acompañante en el tiempo de hospitalización?

6. Bajo qué actividad te gustaría trabajar tu proyecto
 - A. Un tipo de encuentro con la Música
 - B. Juegos lúdicos pedagógicos
 - C. Diálogo- experiencias narrativas
 - D. Interacción con el acompañante - fortalecimiento de vínculos
 - E. Aprendizaje sobre algo específico
7. ⁴¿Cuál de éstas opciones refleja cómo te sientes actualmente?



TRISTE



ENOJADO



CANSADO



CONTENTO



Neutro



ASUSTADO



BIEN



Muy bien

8. ¿Cuál es el nivel de **dolor** que sientes en este momento en una escala de 1 a 4, (1) siendo el más bajo y (4) el más alto?

1__ 2__ 3__ 4__

9. ¿Qué valor le darías a tu nivel de **estrés** en este momento en una escala de 1 a 4, (1) siendo el más bajo y (4) el más alto?

1__ 2__ 3__ 4__

⁴Hay que darle el reconocimiento al punto siete del diagnóstico, a las colegas que realizaron su investigación en hospitalización pediátrica de cáncer. (Parra & Vidal, 2014) Aunque no fue propiamente de donde sacamos la idea de las caritas para reflejar el estado anímico de los actores, ellas fueron las pioneras en realizarlas. Nuestra idea surgió en la planeación y conversación para la recolección de información de nuestro proceso de intervención.

10. Después de terminada la intervención ¿Qué tan importante es para usted la Recreación Dirigida en el contexto clínico? Responda en una escala de 1 a 5, (1) siendo el más bajo y (5) el más alto. Esta es posterior a la encuesta post.

1__ 2__ 3__ 4__ 5__

La entrevista cumple con dos funciones: (i) recolección de datos del paciente en las preguntas 1, 2, y 3: edad, tiempo de hospitalización, diagnóstico, nombre; es decir, son los datos generales de reconocimiento del paciente. (ii) Arrojará datos para la negociación. Posteriormente hay siete interrogantes que posibilita tener una lectura amplia del paciente en las preguntas: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Cada una con una escala del 1 al 4 a excepción de la pregunta 10 que tiene la escala del 1 a 5, siendo 1 el indicador más bajo y 4, 5 el indicador más alto.

Pregunta cuatro: es un indicador que permite visualizar las dinámicas del paciente en su tiempo libre; es decir permite comprender qué tanto incide el espacio clínico para que la persona se sienta motivada a realizar otro tipo de actividad durante la estadía por fuera de su condición de paciente. Aunque en las entidad de salud se cuenta con el apoyo de un profesional en Terapia Ocupacional, también se hace pertinente la intervención del profesional en recreación pues a través de las diferentes estrategias metodológicas propuestas por el recreador, se integran funciones cognitivas sociales en el campo de la salud con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los pacientes.

Pregunta cinco: se relaciona con la pregunta número 4 porque dependiendo de la interacción y de la relación que el paciente tenga con el acompañante influye en las posibilidades de realizar prácticas por fuera del marco de las funciones de las dinámicas de la entidad.

Pregunta 6: Ayuda a precisar las actividades en las que se trabaja el proyecto. Su explicación la profundizaremos en el momento de hablar de la negociación.

Pregunta 7: Es el medio diagnóstico en el que se hace el primer contacto, saber en qué estado emocional se encuentra el paciente antes del acompañamiento y cómo finaliza al final del proceso, haciendo seguimiento a nivel emocional. **Las preguntas 8 y 9** sirven para precisar el estado emocional del paciente.

Pregunta 10: Evalúa la importancia de la recreación en una entidad clínica.

Las preguntas formuladas en este instrumento se diseñaron con el fin de evaluar datos cualitativos y cuantitativos del estado del paciente.

Instrumento de registro individual

TABLA DE REGISTRO - INTERVENCIÓN					
FECHA INICIAL			HABITACIÓN No		
DÍA	MES	AÑO	PISO	NIVEL	
NOMBRE DEL PACIENTE:			ESTADO DEL PACIENTE:		
EDAD:	SEXO:	GENERO:	TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:		FECHA
					HORA
NIVEL DE ESCOLARIDAD:			NUCLEO FAMILIAR PRESENTE:		
DIAGNOSTICO:		FUENTE:	NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:		
SUEÑOS Y METAS DEL PACIENTE			NECESIDADES IDENTIFICADAS		
FECHA POR SESIÓN	INTERVENCIÓN / TEMA A TRABAJAR	OBJETIVO	OBSERVACIONES	# DE SESIONES POR TEMA	FIRMA PACIENTE / ACUDIENTE

Figura No. 11. Instrumento de registro individual elaborado por (Valencia & Montilla, 2015).

5.4 Análisis de la información

En este punto de la metodología de investigación es donde se desarrolla el estudio de la información recogida a partir de los instrumentos y la observación para sacar los resultados que emergieron.

Evaluación y condensación

Las evaluaciones se realizan a partir de la escala Likert, en el momento que se hacen las sesiones identificando si en las actividades que competen al trabajo, la educación y la recreación son observables y validables. Se clasifican en ejes y categorías con un instrumento que permitirá la medición. Posteriormente se realiza un análisis de cómo dicha intervención afecta esas tres actividades y si permite que durante el proceso de hospitalización en el paciente no se pierdan.

Proceso de cierre con el paciente

El primer momento de la etapa final se orienta a cerrar el ciclo de todas las sesiones realizadas con los pacientes, realizando una retroalimentación del proceso en cuanto a los aprendizajes adquiridos y los beneficios que emergieron durante el acompañamiento. Consignas en las que el paciente es capaz de identificar si está ejerciendo las tres prácticas inherentes del ser humano, las fortalezas y debilidades que se presentan en el mismo, entre otros comportamientos actitudinales y aptitudinales del proceso, el cual puede ser articulado a los vínculos de su red de apoyo.

Esta valoración se evidencia de manera testimonial con los actores, para que no solamente nosotros como agentes transformadores determinemos si se ejercieron las actividades inherentes, sino que ellos realicen una auto-evaluación sobre las actividades inherentes al ser trabajo, educación y recreación.

Valoración de desempeño individual

El impacto del proyecto individual de cada paciente se evalúa a nivel cuantitativo y cualitativo (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006), y posibilita identificar y observar fortalezas, potencialidades y cambios en la persona. La valoración determina la reinterpretación de la ley de la doble formación, teoría planteada por (Vigotsky L. , 2000) que en la recreación es estructurada por (Mesa, 2008) Aquí postulamos que la dimensión de la investigación fue interno-cognitiva. El punto es, que este proceso psicológico de la ley de doble formación es el desempeño individual de cada actor social intervenido; gracias a que la recreación permite que haya un proceso inter-psicológico a través de los instrumentos, recursos, herramientas, **lenguajes lúdico-transformacionales**, que en la práctica generan en los pacientes una introspección según los

contenidos y ejes temáticos planteadas en la situación problema, regidos al proyecto individual de cada uno de ellos. Este proceso no solo sucede en los pacientes sino en todos los actores que giran en torno a él: acompañantes, agentes transformadores (recreadores) y colaboradores pasando a un proceso intra-psicológico, es decir; hay una participación social de los eventos y desarrollos a niveles de la interacción conjunta. Esta función busca crear referentes nuevos en los actores sociales, principalmente en el paciente, en esas dinámicas de configuración de constante interacción, impactan en la re-significación de la experiencia y la percepción del contexto hospitalario. Por lo tanto hay un resultado final, un proceso de descontextualización que explicaremos en el siguiente momento de la etapa de la condensación de los resultados.

Testimonios

Este momento hace énfasis en los aportes que generó el proyecto metodológico a todos los pacientes y actores sociales que hacen parte de la entidad clínica dentro del área asistencial en hospitalización (paciente, acompañante, colaborador) generados por los testimonios, registros fotográficos, anexos, entre otros medios de verificación, partiendo del consentimiento informado de los actores. Es el resultado final en cuanto a las percepciones, sentidos y significados. Aprendizajes que se generaron en la propuesta metodológica.

La capacidad de escuchar y tener en cuenta las consideraciones que permitan descubrir en términos del habla referente a significados y a las prácticas vivenciales culturales o sociales traídas al contexto hospitalario; conclusión en que dichos espacios no solo se limita a la función de la recuperación como único fin de la estadía, también se pueden hacer procesos diferentes en pro de una salud integral a escala del mejoramiento de condiciones de vida, bajo un modelo bio-psicosocial que desde la recreación se pueden afectar, componentes que conforman dicho modelo: **biológico, psicológico, y social.**

Muestra de resultados

El último momento de la etapa final, marca el impacto a nivel cuantitativo y cualitativo de los resultados que emergieron, haciendo referencia a las tres actividades inherente que se realizan a partir de la medición a escala Likert para su respectivo análisis; validadas por los profesionales en el campo educativo y académico desde la recreación y de altos cargos en el conocimiento del Centro Médico Imbanaco.

Debajo de este enunciado se encuentra el instrumento que permite medir qué tanto se cumple a nivel de porcentajes los componentes de cada eje en las actividades inherentes del ser. En cada cuadrícula del eje educación, recreación y trabajo está el título del componente y al lado en las casillas en blanco está el indicador para señalar que durante la actividad se cumplan con dichas evidencias observables. Realizado el instrumento, bajo la observación por parte de nosotros y la percepción del paciente se tabula para ser graficada y analizada.

Medición a escala Likert

La escala Likert se usó a partir de la selección de las categorías siempre- algunas veces- nunca respecto a los ejes de cada actividad (recreación-trabajo-educación) para el análisis de los resultados de las tres actividades. **Cabe resaltar nuevamente que para llegar a determinar el impacto de los resultados se seleccionó a partir de la observación en los pacientes, es decir, que en el momento de las sesiones se hicieran observables los componentes de cada eje, teniendo en cuenta a la percepción de la población objeto de estudio para la misma. Valga la redundancia que su es principal acción es la observación de los componentes.**

Instrumento de medición para las tres actividades inherentes

PRE - ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL SER HUMANO (EDUCACIÓN - TRABAJO - RECREACIÓN)			
NOMBRE:		EDAD:	
		GÉNERO:	
EJES DE LA RECREACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Expresión			
Creatividad			
Entretenimiento			
EJES DE LA EDUCACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Agente educativo			
Contenidos			
Mediación			
Interactividad			
EJES DEL TRABAJO			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Energía			
Producción			
Los recursos y el entorno			
ocupación			

6. Análisis de resultados

El capítulo del análisis se fundamenta en la descripción de los resultados de las gráficas realizadas en el proceso de intervención en el centro médico Imbanaco, se hará una descripción explicando cada componente y su relación con su respectivo eje mencionando los aspectos importantes en los porcentajes para dar soporte a los resultados. Antes de dirigirnos a las gráficas queremos explicar la definición de Unidad de Análisis tomado por Vygotsky. Para el autor, esta era posible a través de la palabra en relación del pensamiento y el habla; es decir que la palabra es el instrumento principal para el estudio de los comportamientos en la población objeto de estudio. (Wertsch, 1988). Sin embargo la unidad de análisis ya no solo se refiere a la interpretación de la palabra, sino también a lo que surge a través de las mediaciones y la observación a nivel interpretativo por parte de las acciones realizadas por los sujetos. Vamos a estudiar la unidad de análisis en cuanto a la relación del significado y las herramientas implementadas en las intervenciones, no solo tendremos en cuenta el significado de la palabra sino también el significado de lo que los otros expresan a través de la mediación relacionados al trabajo, la educación y la recreación.

Al observar la gráfica derivada de los ejes, cuyas características están compuestas por sus componentes que clasificamos a través de la búsqueda conceptual de cada uno de los ejes posturas planteadas por diferentes autores. Se hizo una medición concreta para ser más específicos eligiendo estas categorías para medir su influencia: Siempre – Algunas veces – Nunca. **Resaltaremos y describiremos los impactos más significativos de los resultados en cuanto a los ejes, categorías y sus componentes.**

EJE DE EDUCACIÓN

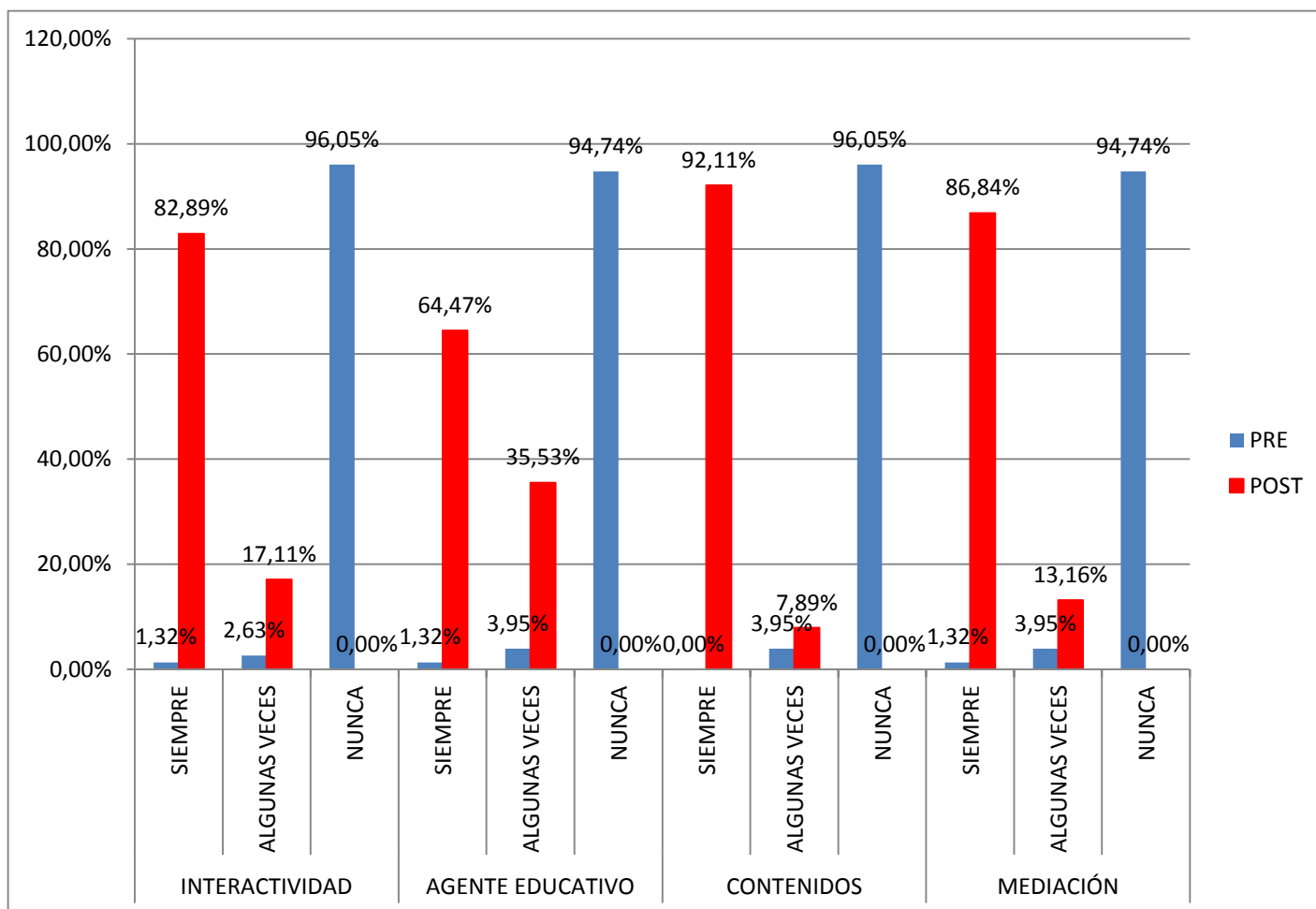


Gráfico 1

En la evaluación pre de la gráfica hay una adherencia del 1,32% es decir, que de 76 pacientes solo una persona evidenció un agente mediador en procesos de educación⁵ mientras estuvo hospitalizada, haciendo referencia al aprendizaje que adquirió sobre su enfermedad, al tener Internet en la habitación para investigar más sobre su patología. A esto le atribuimos que las clínicas en su mayoría se preocupan por el bienestar de sus pacientes, pero en su totalidad lo hacen en el mejoramiento de su salud con lo farmacéutico y se limitan en la oportunidad de brindar “posibilidades” para mejorar la calidad de vida desde los procesos de interacción con las personas.

⁵Cuando nos referimos a educación nos referimos al proceso que se da en cualquier actividad no necesariamente que esté relacionada con la escolarización.

Luego de realizar una valoración pre observamos un incremento en la barra de color rojo de la categoría siempre con un post del 64,49% equivalente a 49 pacientes, que aseguraron tener siempre un agente educativo en su proceso de hospitalización. Esto indica que los pacientes posiblemente después de realizar una intervención evidencian lo significativo que es para ellos tener una persona que brinde distintas experiencias de vida, en donde se logra ampliar referentes y encontrar salidas durante la estadía en su hospitalización.

Al realizar la evaluación (post) después de hacer las intervenciones se observa un resultado significativo, ya que hubo un contraste de un 94,74% de no haber tenido un agente educativo a un 0%, Estos cambios pueden ser una probabilidad atribuida a que, en todos los procesos de intervención que se realizaron, el agente educativo fue fundamental para generar la capacidad de establecer relaciones sociales con todo el entorno que conforma el sujeto; mejorar las conductas que pudieran satisfacer las necesidades dependiendo de cada situación. Tener un mejor afrontamiento de la enfermedad, resolver distintas situaciones que se generan al estar en hospitalización, mediando factores en los ámbitos emocionales, cognitivos, sociales y motrices.

Al realizar las intervenciones se observa un impacto importante en la gráfica de la categoría nunca. Hubo un contraste en la evaluación post que aumentó un 96,05% después de haber graficado el 0% antes de las intervenciones. Esto demuestra la importancia que tienen los procesos educativos con la participación activa del paciente, teniendo en cuenta que los contenidos eran visibles en las preferencias del aprendizaje de los actores que posiblemente se dieron durante el proceso de recuperación, el estímulo de respuesta hacia este componente se ve reflejado en las intervenciones desde el acompañamiento inicial que se evidenció con cada uno de los pacientes. El tener un registro constante en los procesos desarrollados muestra un resultado positivo, atribuimos estos resultados significativos por el hecho de estar inmersos en conocer el entorno cultural del paciente, aproximándose a su manera de ver el mundo. Esto permitió una mayor comprensión por parte de los mediadores, siendo capaces de modificar aspectos de la vida que afectan su bienestar. Haciendo referencia al componente de contenidos.

En la categoría ‘‘algunas veces’ se observa que el 3,95% equivalente a 3 pacientes expresaron que tuvieron mediación por parte de algún fisioterapeuta o terapeuta ocupacional, en la que realizaban alguna clase de actividad física de acuerdo a la necesidad de rehabilitar el cuerpo, es decir, que la mediación se basó en adquirir conocimiento por parte del proceso anatómico.

Cabe resaltar que, si no fuera por la disposición en el momento del discurso para explicarles a los pacientes el procedimiento de su rehabilitación, a pesar de que fueron ocasionalmente, no considerarían que hubiese mediaciones con otros sentidos educativos. El porcentaje de 3,95% nos hace deducir que no hay un actor social que genere mediaciones en el contexto clínico limitándose solo a los procedimientos médicos. Por ende los pacientes desconocen que se puedan realizar funciones en términos de intersubjetividades. (Vygotsky, 1995).

Teniendo en cuenta la incidencia del componente a escala post, el 13,16% equivalente a 6 pacientes percibieron que algunas veces se evidenció el componente de la mediación por parte de algún sujeto, cabe resaltar que no siempre hubo un requerimiento de un agente mediador para realizar las tareas, es decir; que después de una etapa de adaptación ellos solos fueron capaces de resolver retos, y problemas que se les planteaban en la construcción de su proyecto fuera de las sesiones. El componente siempre estuvo presente por la constante de algo o alguien que permitiera dicha mediación. Es pertinente resaltar que los conocimientos que se desarrollaron en las intervenciones con los pacientes, se articulan a los procesos recreativos y pedagógicos, forjando a herramientas para generar cambios a niveles individuales y colectivos.

En el resultado pre en la barra color azul de la categoría ‘algunas veces’, hay una adherencia del 2,63% que equivale a sólo 2 pacientes que expresaron en algunas ocasiones tener interactividad, permitiendo una construcción de significación; el tiempo libre y la estadía ayudó a pensar en diversas problemáticas de la vida de cada uno de ellos, posiblemente la mayoría de los usuarios manifiestan algún vacío socio afectivo al estar hospitalizados. Ahora bien; no necesariamente para que haya cambios significativos la actividad tiene que ser constante, la esencia está en realizarla cuando el paciente lo sienta necesario, así como se reflejó en la gráfica pre con el 2,63%. Algunas veces indica una cantidad que no se puede delimitar el número de veces en cuanto a la acción.

Exposición de un caso general del eje de educación

Paciente “Na” de 10 años con diagnóstico de cáncer de ovario con dificultades en el corazón, un tiempo de hospitalización prolongada de 3 meses y medio. Única acompañante su madre. En las visitas que realizamos se llegó al acuerdo de trabajar contenidos que tuvieran que ver con la atención y la concentración, estos elementos tomaron un papel fundamental en el

proceso, ya que logramos realizar las orientaciones concretas de la necesidad de “Na” no solamente nos referimos a la necesidad de aprender o fortalecer su cognición, sino también de regular su conducta, los cambios de ánimo generados por la quimioterapia, las crisis que tuvo por su enfermedad y la comunicación con su madre.

Con la Paciente “Na” se participó en distintas actividades donde se fortalecieron las prácticas sociales dentro de su entorno, en función de ésta, se dio la interactividad con los estímulos y respuestas conjunto (recreadores, paciente, familiar), mostrándose interesada diariamente en realizar los ejercicios, actividades en el cual “Na” manifiesta que adquirió nuevos aprendizajes para apropiarse de temáticas difíciles como lo eran los números y las actividades que requerían memoria, es claro que dichos ejercicios le permitieron hacer cosas nuevas que antes no hacía dentro de su hospitalización: juegos matemáticos, ejercicios para la memoria, entre otras. Siempre resaltó querer repetir el juego de la escalera, por lo que además de divertirla le permitía potenciar la atención y focalizar objetivos que se daban en la actividad. Se pudo implementar estrategias a través del juego para potenciar las operaciones numéricas en las que siempre tuvo mayor falencia.

Vygotsky señala que “El camino que va del niño al objeto y del objeto al niño pasa a través de otra persona” esto quiere decir que el conocimiento que el niño adquiere sobre algo implica que debe ser interactuado con otro individuo y dicho conocimiento le da un carácter especial a la interacción social donde las acciones del uno implican en las del otro, situaciones que sucedieron con la paciente adquiriendo habilidades, resolviendo retos asignados por el mediador durante la actividad. Estas afirmaciones, hacen alusión a la teoría denominada Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), el paso que permite que los sujetos puedan asimilar o reproducir el conocimiento para desarrollar los contenidos facilitando el aprendizaje. Esto se da gracias a la acción participativa que hay entre el agente educativo, la mediación y el sujeto de intervención (Wertsch, 1988)

‘Na’ manifiesta resultados importantes en su afrontamiento situacional (enfermedad), obteniendo la capacidad para dar reflexiones sobre su condición. La mediación le permitió construir significados y sentidos en relación al entorno clínico, logrando ampliar referentes de su experiencia vivencial entorno al cáncer, reflejadas en pequeñas obras que visualizaban una recuperación a futuro. El acompañamiento con ella estaba regido a trabajar la memoria, la comunicación, la concentración y la construcción de significados. Esta fue la base intencional del

proyecto que se realizó con la paciente “Na”, donde el objetivo relevante fue educar, comunicar, desarrollar pensamiento analítico, potencializar fuentes de procesos cognitivos.

Aquí se evidencia nuevamente la Teoría de descontextualización (Wertsch, 1988) en el que independientemente del contexto la persona es capaz de exteriorizar el aprendizaje, separa o lleva el significado y lo aplica a otros espacios, en este caso separando concepciones del contexto clínico y aplicando sus nuevos aprendizajes a dicho lugar.

Las actividades pedagógicas mediadas por la recreación que se realizaron con los pacientes nos llevan a deducir que en gran manera contribuyen al bienestar en función de la recuperación de la salud. Refiriéndonos a recuperación como la contribución a la dimensión bio-psicosocial (biológico, psicológico, social) desde lo que la recreación pueda aportar a cada una de estos factores. (Engel, 1977)

Seremos reiterativos en el momento de dar una conclusión en la investigación, si nuestra metodología de intervención incide en el mejoramiento de las “condiciones de salud” en los pacientes. No afirmamos que durante el acompañamiento los pacientes tengan una mejoría, pero si analizamos los cambios positivos que surgieron durante el tiempo compartido en torno a un proyecto individualizado. Exponer gráficas con porcentajes tan altos a nivel pre y post nos lleva a concluir que la intervención recreativa se vuelve una posibilidad de trabajar con los otros en busca de respuestas equitativas para afrontar la hospitalización en torno a la enfermedad, el factor emocional, el dolor, la ansiedad. Todo lo que concierne a las condiciones de vida, en los actores que conforman ese espacio principalmente en el paciente.

EJE DE LA RECREACIÓN

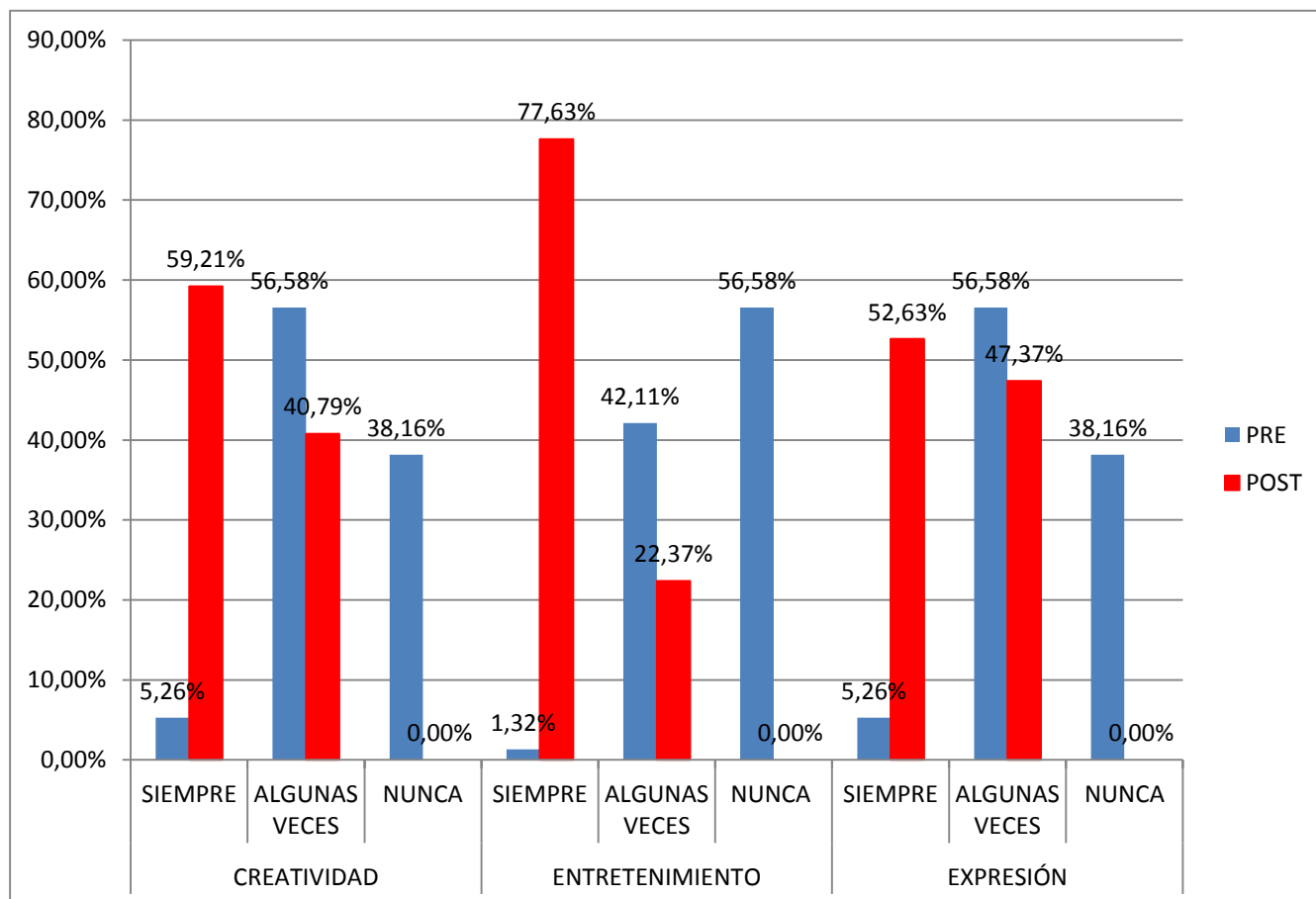


Gráfico 2

Ahora pasaremos a analizar el eje de la Recreación y los resultados en cuanto a sus componentes. Para evidenciar si una persona está recreándose tenemos que tener en cuenta que el constituyente de creatividad es un componente principal que evoca, a procesos de configuración en el pensar hacer; una estructura cognitiva en el que ser humano está en la libertad de crear o explorar algo nuevo, replantearse cosas que se hayan o no establecido universalmente hablando. (Mesa, 1999).

Lo interesante de analizar las evaluaciones pre para la categoría ‘algunas veces’ son las concepciones de los pacientes sobre los componentes, en este caso la creatividad. Surgió la pregunta sobre si dicha subjetividad podría confundirse con una tergiversalización de las acciones por hacer algo mecanizado y no tan consciente, ya que el paciente al estar condicionado posiblemente asume que cualquier actividad puede ser creativa, aunque finalmente se valora la percepción en cuanto al componente, sin embargo daremos nuestra apreciación de esta dicotomía comparándolo con los resultados pre y post. Sumando a esto las experiencias previas de los pacientes en la determinación para expresar si realizaron la acción 1, 2, 3 o 10 veces al mes, cabe dentro de la categoría ya que no hay un patrón de orden para delimitar cuánto es ‘algunas veces’, va en cada uno de los actores sociales a intervenir; estudiamos las percepciones de los pacientes en cuanto al tiempo, al número de veces según su sentir, en la que determinan que es “algunas veces”. Qué tanto esas percepciones en el contexto hospitalario influyen para medir si hay un alto o bajo indicador de dicho componente en la categoría, en la medida que analizamos esos hechos en una acción que según los pacientes es creativa, debemos tener en cuenta si en realidad cumplen con las características dentro de una actividad o es una tergiversalización de las acciones.

Calificando entonces la categoría, la creatividad en los pacientes es de 56,58% en una valoración pre, esto en términos generales nos dice que la mitad de los pacientes sintieron realizar una actividad, cuya acción está ligada a un proceso de creatividad es aquí a donde queremos hacer énfasis en la tergiversalización de las acciones, pueda ser que el paciente realice una acción ya mecanizada, es decir, que sabe hacer pero no va más allá del saber hacer. En general los pacientes hacen analogías de creatividad, a hacer cosas que no estén dentro de un espacio y tiempo establecido para salir de la realidad; acciones como leer, pintar, juegos de mesas son herramientas que expusieron para relacionar el componente, escapes esporádicos según ellos. Pero lo que hemos explicado de la creatividad es que consta de un reto cognitivo, creativo y social. Estas tres son un plus para potenciar mediante la actividad de la Recreación en la metodología PIARH.

Esto no significa que ciertas actividades por los pacientes no tengan esas tres características de la creatividad, hubo pacientes que fueron más allá del saber hacer como en ciertos casos que tuvimos durante las intervenciones. Lo anterior quiere decir que en un contexto hospitalario se dificultan los procesos de creatividad, sea por condicionamiento al sentir que no es el espacio, la impotencia de realizar algo repetitivo en los días de hospitalización o el hecho de hacer algo y no

caer en el ensimismamiento⁶. Incluso el personal médico tiene como recursos herramientas (colores, hojas, tijeras) para que los pacientes hagan uso de ellas.

Teniendo como referencia que la tasa total de pacientes intervenidos es 76; el resto faltante se sitúa en la categoría ‘nunca’ con 29 pacientes, dejándonos un porcentaje del 38,16% de pacientes inactivos respecto al componente de creatividad. La categoría algunas veces tiene un porcentaje que contrasta el resultado de la clasificación ‘nunca’, sin embargo, no mitiga la ausencia del componente, por consiguiente hay que hacer un análisis comparativo del resultado post para ver si hubo una mayor deserción o por lo contrario un incremento importante del componente. Como se ve en la gráfica de color azul, el valor del porcentaje cambió drásticamente a un 0,00% en la evaluación post, a diferencia del resultado pre, cabe aclarar nuevamente que la disminución en esta categoría no se interpreta como “crítica”, si no como un balance de respuesta activa hacia al componente, por lo que los valores que estaban previamente se situaron en las otras dos categorías especialmente en ‘siempre’.

En las investigaciones que realizamos se llegó a la conclusión respecto a que el entretenimiento es aquella capacidad de mantener la atención sobre una actividad teniendo como base la participación. Es ahí donde creemos que surgen los otros elementos constituyentes de la recreación como, el juego, la risa, el placer, la comunicación, entre otros. Algunos se pueden evidenciar otros no, como por ejemplo el goce o la contemplación; es por ello que el entretenimiento abarca características generales que pueden hacerse visibles en una persona. ¿Cuándo sabemos que una persona está feliz, o está teniendo placer? pues es algo que queda en la subjetividad, pues una persona puede sonreír, pero no significa que esté feliz a lo mejor está triste y oculta su emoción con una expresión de sonrisa, lo mismo sucede con el placer, puede que sienta placer sin que no haya ninguna manifestación sobre ello. Por eso la importancia de la característica fundamental de este componente como lo es la participación del sujeto. ¿Participación de qué manera? De manera que si no se logran visibilizar claramente elementos como el goce, la tristeza, se puedan manifestar con los otros elementos constituyentes que se amalgaman en el entretenimiento: la risa, la participación corporal, la comunicación, el enfoque activo (atención) en el momento de realizar alguna actividad.

⁶ Ensismamamiento: Recogimiento en la actividad de uno mismo, desentendido del mundo exterior. Se opone a la alteración. (Academia, 2013)

Ya explicado los términos en las que analizaremos el componente daremos inicio a una descripción de la evaluación pre de la primera categoría.

El resultado pre del análisis de los 76 pacientes es de un impacto del 42,11% que señalaron haber realizado dinámicas asociadas al entretenimiento. Dinámicas de las cuales se resaltan la televisión, la interacción con el acompañante y los agentes tecnológicos. El más alto nivel de actividad se encuentra en la televisión como la mayor posibilidad de elección para entretenerse, si analizamos bien los que tienen acceso a las nuevas tecnologías son personas que en general tienen recursos para adquirirlas. Por otro lado, debatimos si el ver la televisión es la mayor elección o más bien la única elección de los pacientes, teniendo en cuenta que ciertos de ellos desconocen si hay otras mediaciones para realizar alguna actividad (pintar, dibujar, leer) pues solo las disponen cuando el cuerpo médico las ofrece, es decir, no hay una iniciativa de elección de posibilidades que no sea la televisión o material didáctico que básicamente es solo para los niños y la interacción entre el acompañante como fuente de comunicación, son interacciones de relieve en cuanto a la atención y cuidado del paciente.

Se refleja en el resultado post, en la categoría ‘nunca’ un 0,00% que pasaron de ser inactivos a activos durante y después del acompañamiento en cuanto al entretenimiento, teniendo la mayor obtención en la categoría ‘siempre’ con 77,63%.

Por otro lado, en la categoría ‘algunas veces’ encontramos que los pacientes en un resultado pre con un 56,58% equivalente a 43 personas de 76, percibieron expresiones con sus familiares y el personal de salud. Acciones representadas en dibujos y escritos para liberar un poco la tensión que les produce estar hospitalizado. Después de realizar la evaluación post nos encontramos con un porcentaje 47,37% equivalente a 36 personas que algunas veces desarrollaron actividades de expresión por medio de distintas técnicas guiadas por nosotros. Al revisar este resultado encontramos que la categoría siempre tiene un porcentaje procedente de “nunca”, ya que en las dos categorías anteriores se evidencia, en las categorías ‘siempre’ y ‘algunas veces’, los pacientes tienden a ser más expresivos, obteniendo un porcentaje mayor.

Exposición del caso general del eje

Paciente “G” de 13 años con diagnóstico de cáncer en la pierna, con un post quirúrgico de prótesis en la extremidad inferior derecha. Por sus condiciones de salud ella ha estado remitida en

el centro médico durante un periodo indeterminado. A pesar de que tiene una alta expectativa de vida por el tratamiento de prótesis en su pierna, la estancia ha hecho que la paciente sienta “aburrimiento” por las dinámicas que además de rutinarias son tediosas para ella, la entidad médica le ofrece herramientas para que su estadía sea más amena, sin embargo “G” expresa no sentirse a gusto del todo, por lo que no hay un otro (personas) que le genere un ambiente de participación conjunta. Haciendo paréntesis; esta falencia que generalmente sucede con los pacientes, se debe al rol que cumplen el plantel médico en la cual no tienen el tiempo para ocupar este ámbito social, su labor requiere de constante atención y rotación desde lo medicinal en los pacientes de distintas áreas.

Realizamos contacto con ella para estudiar su caso e iniciar un proceso de acompañamiento la cual manifiesta estar interesada en empezar. Como su inconformidad giraba alrededor de lo “aburrida” que se sentía llegamos al acuerdo de hacer un proyecto de re-significación de las dinámicas del hospital; en pocas palabras, un proyecto que le genere un aprendizaje significativo a través de la composición del canto musical.

En la planificación del proyecto identificamos que sus ideales de la música están muy asociados al amor hacia el otro, a lo romántico, en sentirse amada y enamorada, esto atribuido a las influencias de las telenovelas románticas-musicales. Es importante resaltar el diagnóstico de las entrevistas conversacionales el cual nos permitió ir al punto central de lo que la paciente necesitaba, trabajar con base a una temática que le permitiera no solo romper la rutina sino divertirse y mediar el estrés, el extrañamiento que le genera la hospitalización. Precisamente la intervención del proyecto individualizado profundiza la necesidad identificada, centralizándola de manera que se efectuara en la ausencia de las tres actividades inherentes del ser.

Para la construcción de la canción en relación al proyecto, se realizó una lista sobre qué significado tiene del amor, en lo que para ella es el gusto por alguien, el acompañamiento de su familia y el amor propio. Momentos significativos que son impulsos para que empezara a imaginar, poner en función la creatividad, participando cada vez más a la construcción de la obra. La composición comienza a trascender hacia algo más personal, incluso, a mejorar la relación con los demás y fortalecer la comunicación entre las personas que la rodean.

Al terminar la sesión expresa sentirse más tranquila, el realizar este proyecto le permitió hacer cosas fuera de lo habitual dentro de la clínica, salir de la rutina, pensar más allá del hacer, educar su mente para comprender la realidad en la que se encontraba; llegó a la conclusión de que el crear e imaginar le ayudaba a salir de su zona de confort.

“G” además de participar de un acto creativo, al elaborar su canción, logró entretenerse. Este componente contiene esa ambivalencia entre la risa que se presencié en los momentos de escribir palabras para la canción, que generaban gracia al no encontrar una cohesión de la narrativa de la historia. El otro elemento de esa ambivalencia es la seriedad, cuando hablamos de concentración para buscar por decirlo así, la pieza del rompecabezas en la creación; son momentos que generan retos durante el acompañamiento, por lo tanto en las sesiones no se focaliza solo en dedicar las fuerzas al proyecto como tal, hubo sesiones en las que el juego cumplía un papel importante para estimular las ideas o contrarrestar la frustración, otro elemento que abarca el entretenimiento que se presentó en este caso.

A lo largo del proyecto, el paso a paso de la construcción de la canción permitió que “G” se confrontara consigo misma al comentarnos cómo se sentía, qué actitud quería mejorar, reflexiones relacionadas con la persistencia al no rendirse, pero no solo en la elaboración de la canción sino también en su condición de salud. La expresión tomó un papel bien importante en este trabajo porque logró desarrollar la imaginación, comunicar su sentir, ayudándonos a fortalecer el vínculo con sus familiares. En el proyecto hubo un ciclo rutinario aunque la paciente no se haya percatado de ello, comprendemos entonces que la rutina no solo genera “vacíos”, la rutina también forjar el carácter.

Manifestó querer volver a repetir la experiencia con un efecto de cariño y de agradecimiento hacia nosotros por haber hecho parte de su proceso, su diagnóstico aún la condiciona a seguir las visitas constantes a la clínica. Sin embargo los resultados para su prótesis afirman ser muy positivos en la programación de su cirugía. La muestra final, fue la canción cantada por todos, algo que quedó en la memoria de ella. Aquí un fragmento de la letra:

“Si supieras que este amor no ha sido fácil explicarle, me tomó tiempo pero ahora ya comprendo. Tu mirada y tu sonrisa es especial, tu forma de hablar sin divagar, lo que siento ya no es normal, pido alguien que me pueda explicar... ¿Dime? ¿Por qué siento que te estoy

*amando?, qué siento que te he estado esperando..., que me muero por besar tus labios,
tenerte a mi lado dime.....”*

Concluimos según estos valores, que la iniciación de un acuerdo de acompañamiento basado en un proyecto es un condicionamiento para que los pacientes tengan respuestas hacia los componentes; cuando decimos condicionamiento es por los acuerdos planteados por parte y parte, (paciente-agente mediador). Condiciona ciertas acciones partiendo de la voluntad. Esta connotación de condicionamiento la expondremos más adelante en el eje de trabajo para explicar los limitantes de una persona condicionada a realizar acciones. Por otro lado, mencionamos que, cuando hay un acuerdo de acompañamiento los niveles de deserción en cuanto a los componentes disminuyen a “0” en la categoría ‘nunca’, ya que mientras dure el proceso el paciente es activo frente a realizar segmentos de las tareas durante o fuera de las sesiones, ya sea que lo hagan siempre, o algunas veces. No hay un ‘nunca’ mientras haya un acompañamiento.

Compaginar las tres categorías con el fin de vislumbrar (evidenciar) la inactividad de las actividades inherentes del ser, ha sido una cuestión de hipótesis, habría que categorizarse en un orden, que fundamente la alta influencia de los posibles limitantes en el contexto hospitalario, esperamos en la conclusión de todo el análisis alear (fusionar) todas las incógnitas que pueden ser indiscutibles desde el imaginario, es esta misma expresión, lo “imaginario” como uno de los principales factores por el cual se inhiben las mismas. Una afirmación osada la cual se sigue estudiando conforme a los resultados. Estamos planteando que la enfermedad y el estado emocional son los orígenes del referente social y cultural, de las entidades clínicas posiblemente inhibiendo las actividades.

Por otro lado de la conclusión, al iniciar con la investigación se hizo un poco difícil el compartir la experiencia con los pacientes, muchos de ellos no querían darse la oportunidad de vivir una práctica hospitalaria distinta. Observamos que los pacientes en su mayoría optan porque en otros espacios como el trabajo, la universidad, o el estar hospitalizado entre otros, no son un lugar donde se pueda hacer alguna práctica de expresión lúdica, por lo que para nosotros como Recreadores fue un poco tedioso entrar en un espacio clínico donde los pacientes sienten que si hacen alguna actividad que los libere del tiempo que tienen disponible por sentirse enfermos rompen con el estereotipo de la clínica, pero al buscar alguna fuente de entretenimiento como el televisor o el celular o alguna otra distracción que ofrezca la industria si tiene un valor de libertad.

Sin embargo por medio de la recreación, la expresión, la lúdica, se logra aprovechar el tiempo, fomentando un espíritu creativo y libre, necesario para enfocar la recreación como posible beneficio que aporta en el desarrollo de las dimensiones humanas, buscando un sentido integral de la persona, revisando su historia, fijando nuevos lineamientos para brindar condiciones de vida. Donde cada paciente logra expresar sus angustias, miedos, apegos, sentimientos negativos, todo lo que genera estar dentro de una hospitalización prolongada.

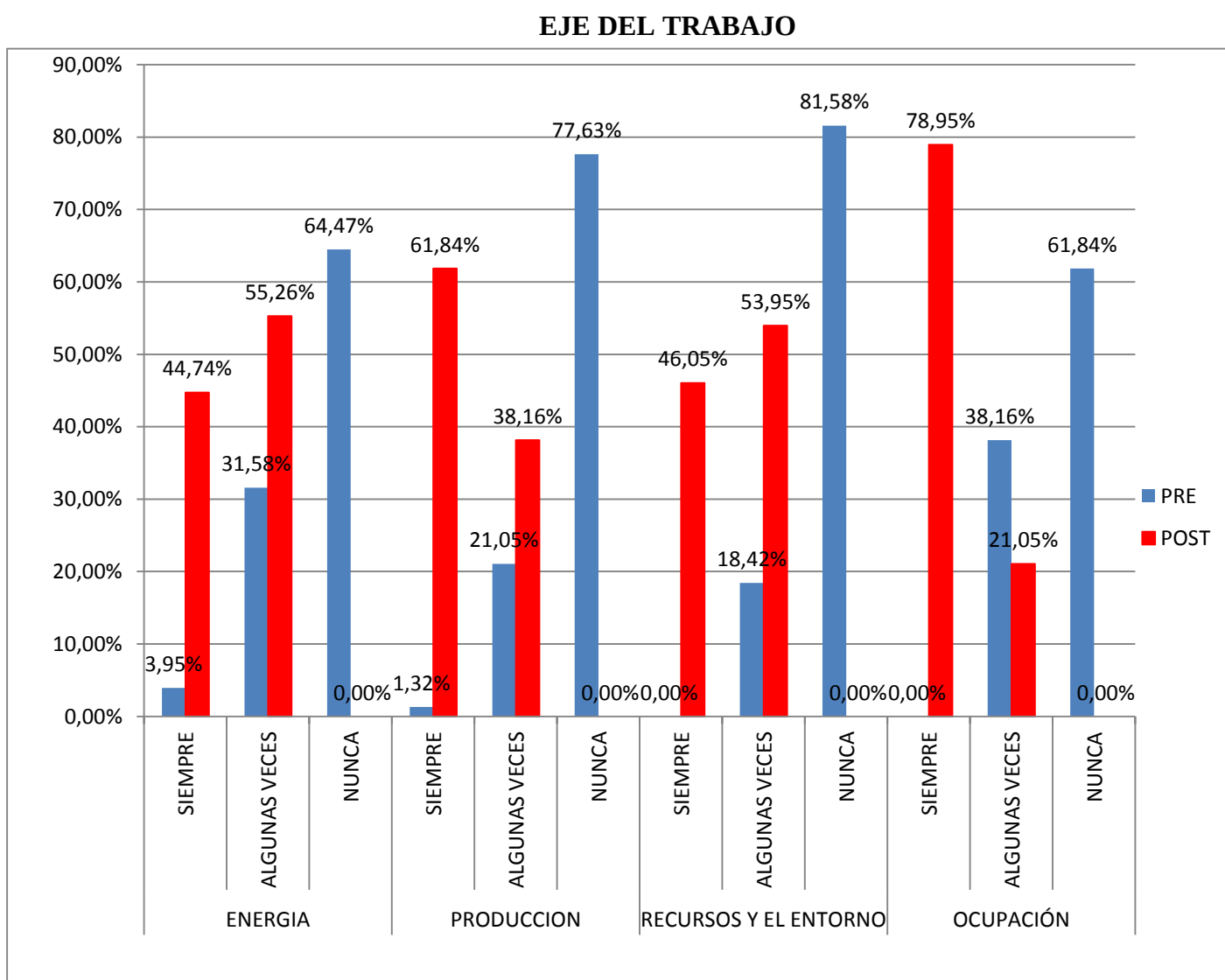


Gráfico 3

Como se observa en la gráfica en el resultado pre hay una adherencia del 3,95% equivalente a 3 personas, que manifiestan ejercer energía hacia algo cuya acción es física independientemente de la actividad que estén realizando. En la evaluación post se observa un cambio opuesto a los resultados mencionados de la evaluación pre, arrojándonos un indicador del 44,74%. El impacto para esta variante pasó de 3 pacientes a 34 pacientes, que ejercieron este componente “energía” en el proceso de intervención. El análisis nos dice que, 34 personas ejercieron energía. Pero no solo estamos hablando de la energía que se ejerce durante las intervenciones, sino también fuera de los horarios de trabajo con los pacientes; hablamos de los segmentos de tareas que se les asignaban para que continuaran fuera de los horarios de la realización del proyecto. Ese “44,74%” realizó por su propia voluntad la continuación de los proyectos acordados, no solo durante las sesiones sino también fuera de ellas.

En la categoría ‘nunca’, muestra un impacto del 64,47% equivalente a 49 pacientes de los 76, que afirmaron en un inicio antes de la intervención no realizar energía alguna. Continuando esta línea de análisis pasaremos a medir los resultados post que se obtuvieron después de las intervenciones en la categoría ‘nunca’. Como se observa tuvo un impacto significativo de un 0,00%. Básicamente la conclusión nos lleva a teorizar que los 76 pacientes siempre estuvieron condicionados a ejercer energía durante las intervenciones fuera o dentro de los horarios de las visitas; conceptualizando este componente que en un principio se ha mencionado en referencia a la actividad del trabajo decimos que no solamente se deriva de energía física, de movimientos llevados a la acción, también se habla de energía mental que es la fase inicial para el estímulo que direcciona a responder una motivación personal, conllevando finalmente a realizar un proyecto significativo para los pacientes.

El porcentaje en la categoría algunas veces solo es de un 21,05%, 16 en número de personas que reafirman hacer este tipo de ejercicios a pesar de que habíamos teorizado que, en la hospitalización prolongada se pueden afectar negativamente las actividades inherentes del ser. El hombre busca siempre dar estímulo a esa inherencia porque está en su naturaleza, como se han observado en los resultados de los análisis, sin embargo predomina el condicionamiento del contexto en el que se encuentran los pacientes; afecta las limitaciones de las tres actividades en un gran porcentaje de los actores que están inmersos en el contexto hospitalario, por eso se ve en la gráfica, que de 76 pacientes solo una persona indicó que ‘siempre’ producía activamente “cosas”.

Durante el acompañamiento los participantes hacen referencia que el realizar este componente no necesariamente lo ejecutaban en un marco de horarios específicos dentro de las sesiones, hubo momentos en que nosotros como buenos lectores del contexto debíamos asumir también la atención de esa parte humana del paciente. Estamos hablando de sus estados de ánimos, esto nos conllevaba a salirnos de los esquemas; el acto de escuchar (Bruner, 1991) es la muestra de que nos hace seres humanos, por ende ese factor pudo influenciar en las categorías y en la de todos los ejes de la misma (algunas veces y siempre). La dinámica de escuchar, hablar; dependiendo del estado de ánimo, tiene un impacto fuerte en el eje de la Recreación y sus elementos constituyentes, entretenimiento, expresión. Componentes que anteriormente ya habíamos analizado.

En la gráfica de la categoría ‘algunas veces’ del componente de los recursos y el entorno, se muestra en la barra de color azul un balance del 18,42% el consolidado a 14 pacientes, que destacaron que algunas veces hubo las condiciones o los recursos para realizar un trabajo como creación o acción personal. Estos pacientes se las arreglaron para condicionar el espacio, adquirir sus propias herramientas dependiendo el estado de salud, el nivel de movilidad, capacidad mental. Ya sea porque unos están condicionados al trabajo laboral u otros por escapar de la monotonía.

En la evaluación post de la misma categoría nos arrojó como resultado un porcentaje del 53,95% equivalente a 41 pacientes, que consideraron que algunas veces los recursos y el entorno fueron acordes, un valor significativo en cuanto a nivel de respuesta en comparación a la anterior. Con base a la intervención desde el acompañamiento se logra realizar acuerdos conjuntos para que tanto las herramientas como el entorno sea el más funcional, en la que el paciente sienta estímulos para dar respuesta a la hora de realizar la actividad en relación al trabajo.

Llegamos al último componente del eje, la ocupación, otra evidencia característica de la actividad del trabajo (Noguera, 2002), entendiéndose como el condicionamiento de una acción específica, en el que ocupamos el tiempo independientemente si es libre o no. Analizaremos qué tanto los pacientes percibieron estar ocupados antes del proceso de acompañamiento y después de realizada la intervención. Relacionando este componente con las capacidades de la actividad.

El resultado preliminar en la categoría ‘nunca’ es de un 61,84% el equivalente a 47 pacientes de 76 que perciben no ejercer el componente. Los incentivos para realizar la actividad

son irregulares, teniendo en cuenta que el restante de los pacientes que son 29 lo ejercen algunas veces comparado con la categoría ‘siempre’ en la que no hubo manifestaciones constantes de ocupación para la actividad del trabajo en el análisis pre. No obstante en las evaluaciones post de esta categoría, los indicadores mostraron que después de las intervenciones posiblemente no hay una desvinculación en relación al componente mostrándonos una adherencia de un 0,00%, una variable significativa que nos dice que en las intervenciones la población de participantes hospitalizados percibieron sentirse en estados de ocupación, ya sea que la manifiesten algunas veces (21,05% igual a número de personas a 16) o siempre (78,95% igual a número de personas a 60), en estas dos categorías se ven reflejadas las variables para justificar el impacto del 0,00% en la categoría ‘nunca’.

Caso general del eje del trabajo

Resaltaremos uno de los casos para su mayor comprensión para que haya una idea de los cambios en relación a los porcentajes. Paciente “F,” con cáncer en el brazo y metástasis en el cuerpo; desde nuestra oficina fuimos llamados de parte del grupo interdisciplinar de psicología del CMI para que atendiéramos en el área de urgencias un caso de una paciente que había entrado en crisis debido a su diagnóstico; el cáncer que padecía había complicado partes del cuerpo y para detener el avance de la misma se llegó a la dura decisión de amputar uno de sus brazos, lo cual generó una desestabilización emocional. La intervención oportuna de las psicólogas permitió controlar la crisis y con la niña un poco más calmada procedimos a entrar en contacto para evaluar la situación.

Dialogamos con la madre, única acompañante, inconsolable por ver a su hija decaída y triste. Manifestándonos estar dispuesta a recibir cualquier tipo de ayuda con tal de ver a su hija bien a pesar de todas las eventualidades.

Iniciamos una línea de base para determinar bajo qué objetivos se iba hacer el proyecto, así que continuamos interactuando con la paciente para diagnosticar su caso y llegar a acuerdos. La paciente es realista, la experiencia ha hecho que caiga en un estado de ambivalencia, cada noticia respecto a su salud irrumpía su positivismo para afrontar su situación, fue generando confianza hacia nosotros expresándonos sus temores, sueños e ilusiones, afrontado de manera clara y sin rodeos lo que le estaba sucediendo. Consecuente sobre las pocas probabilidades de vida, sabe que

en cualquier momento puede morir, pero también es consciente que mientras esté viva se aferra a la esperanza de salir de la cruz que carga por su enfermedad. Es tan sensata que en su expresar nos fue dando el camino para trabajar el proyecto; solo pide que mientras esté viva abordemos en materializar su sueño de sentirse actriz por un momento, realizar un guión, una obra de teatro en la que ella pudiera darse a conocer por su talento desde una temática “melo-romántica”. Que sí en caso tal ella partiera a otro lugar, inmortalizaran un fragmento de su pasión por la actuación, un acto conmemorativo de su esencia.

Se inició este proyecto cristalizando cada parte de lo que imaginaba, escenas dramatizadas, dibujos, relatos, ideas, fotografías y revistas fueron recursos que estimulaban el ejercer la energía física y mental. Aunque el entorno no siempre fue el mejor para desarrollar su proyecto, este no fue un impedimento para trabajar a medida que su cuerpo se lo permitía.

“F” realizó este trabajo permaneciendo dedicada por varios días y horas condicionando el tiempo a una acción que para ella era imprescindible. En este tiempo su madre expresó verbalmente que la niña disminuyó su dolor al tener su atención ocupada en algo diferente a la enfermedad, debido a que en el proceso de su proyecto emergieron no solo retos creativos sino cognitivos que le permitieron pensar en distintas acciones para lograr su objetivo. “F” a pesar de su enfermedad siempre puso su mayor esfuerzo, lo revelador es que no era una dedicación obligada por compromiso con los demás, sino con ella misma, con el hecho de dejar una huella para los demás, de sentirse útil e inteligente, capaz de hacer su sueño realidad.

En la estadía también logramos que la paciente pasara de sentirse inactiva a activa, acciones reflejadas al imaginar, al moverse, al hablar más, al sentir libertad para crear y actuar. El afrontar su situación desde la interacción y las actividades en la construcción de su obra, generó un significado de la vida, algo que ella extrajo en una de las canciones que usamos para trabajar la temática de la perseverancia y que implementó en su guión.

“Mi vida sigue y con ella los que ya no están... porque conmigo siempre andarán, mientras pueda vivirla, reírla, llorarla, no dejaré de soñar... sé que a veces es difícil, sé que a veces siento que no puedo más, no me rendiré, seré fuerte. Hasta que me llegue mi adiós...”

No hay duda que para evidenciar que las acciones relacionadas con la actividad del trabajo contienen un componente trascendental como lo es la ocupación. Se analiza la percepción entre

el interés con que se hacen las cosas, algo paradójico con el concepto de trabajo alienado y el trabajo como autorrealización personal; se puede dedicar tiempo al trabajo alienado (Max-Neef, 1986) así como también al trabajo de autorrealización personal, pero no podemos orientar el componente a un calificativo de bueno o malo. El punto está en que, los pacientes den su percepción de dedicación a la mano de obra realizada a la actividad, al esfuerzo. Si es que lo hicieron por un compromiso u obligación. O todo lo opuesto. Por el placer al dedicarle tiempo a la construcción de “algo” como un medio catártico. Qué quiere decir esto; que, el generador de los acuerdos, el mediador por el cual el participante adquiere un “compromiso” es una acción autónoma por parte del paciente, es libre de decidir hacerlo o no. Pero ¿qué tan contraproducente es que una persona se pueda sentir inexcusable a pesar de que ya ha tomado la decisión de un acompañamiento? Hablamos de que cada día es diferente, cada día el paciente es otra persona por su contexto, por su enfermedad, su estado emocional, su parte anímica entre otros factores. Aquí es importantísimo retomar el concepto de la influencia educativa la cual se basa de un modelo procedimental actitudinal y cognitivo planteado por Coll (1995) en el que nosotros hemos agregado un factor plus como lo es el constituyente emocional. Señalamos que no se debe olvidar que cada persona con la que tratamos es humana, por ende saber leer las situaciones del contexto, la forma de expresarse, hasta los gestos, es el limitante para re-direccionar, cambiar y crear estrategias que ayuden al paciente en sus condiciones de vida en su periodo de hospitalización en pro de ejercer la actividad en relación a las actividades. Dichas resistencias que surgen en su momento por parte de los sujetos, al no estar dispuestos en un día común por las situaciones adversas ya mencionadas, son parte del proceso, es la fase procedimental que se observa en el día a día. Todo hace parte del proyecto. Así el paciente esté indispuerto, siempre se estará ahí incentivando, a que él dé respuesta, independientemente de su oposición, está en función del proceso actitudinal que finalmente termina en un proceso cognitivo. Si se es sensible a entender las situaciones de cada caso situacional, tiene como efecto global un trabajo significativo, un aprendizaje.

Colofón del análisis general

Las descripciones nos han ido mostrando elementos importantes que surgieron en el momento de hacer el análisis, es claro que el objetivo es medir el impacto en cada una de las categorías de los componentes, pero salen a la luz reflexiones que nos han puesto a pensar de

manera dicotómica las conductas y los fenómenos circunstanciales que influyen a los pacientes a ejercer las actividades inherentes. La respuesta a la incógnita de saber ¿qué es lo que verdaderamente inhibe las actividades en el contexto hospitalario? sigue siendo centro de investigación para nosotros a la hora de hacer una conclusión final; ¿será la enfermedad en sí la que afecta las dimensiones del ser emocional, espiritual o físico, o es el contexto cultural que se tiene de los hospitales donde todos los actores sociales involucrados en el sistema de salud, se limitan en la solución del estado del paciente? De algo sí estamos seguros: toda persona que se encuentre afectada en su salud en un tiempo prolongado en la hospitalización necesita de la interacción con el otro, necesita saber que es atendida y no solo en la parte médica, sino también en la parte humana.

7. Resultados posteriores al análisis

7.1 Resultados que emergieron a partir de la investigación

El transcurso de la investigación permitió dar respuestas que estaban como consignas en el lapso del desarrollo analítico de las tres actividades inherentes, pues el trasfondo en sí abarcaba a esa única pregunta que inicialmente desarrollamos en el planteamiento del problema como el foco de la pesquisa. Sin embargo, la carga de todo el proceso para llegar a determinar los resultados venían acompañados transversalmente de otras variables que, aunque se analizaron de forma cualitativa, no estaban presentes de manera cuantitativa, gracias a la metodología de investigación en la etapa diagnóstica podemos revelar que sirve de muestra para incorporar a nivel cuantitativo la función bio-psicosocial de las personas intervenidas representadas a grado de categoría de dolor y grado de categoría de estrés, negociación de las actividades, percepción de emocionalidad e importancia de la recreación, como factores que emergieron en el análisis. Cabe aclarar que estos elementos analizados por su complejidad al intentar hacerlos objetivos no tienen un valor absoluto, se tuvo en cuenta con el seguimiento y bajo la percepción de cada uno de los actores intervenidos.

Siguiendo con los puntos a desarrollar, plantearemos una hipótesis del proceso metodológico como posible intervención a otros campos y tipos de población con la misma estructura de enfoque: proyecto individual, análisis de las tres actividades, método de análisis evaluativo mixto: cuanti-cuali. Con la diferencia de que esta hipótesis va en contra oposición de dependencia al contexto hospitalario. Dando la entrada a la ramificación a la cual llamaremos el **PIAR**: Proyecto Individual de Actividades Recreativas como adquisición de la Metodología PIARH. Otro punto a desarrollar de este apartado es la categorización de los factores de riesgo que inciden en la negativa de no ejercerse las 3 actividades inhibidas por la hospitalización. Y finalizaremos con el reconocimiento que tuvo **Comfandi** hacia el **Centro Médico Imbanaco** en el quinto simposio (Voces y miradas sobre la humanización) que se dio en la Universidad Autónoma en representación de nosotros, en la cual expusieron nuestra labor social con la comunidad hospitalaria para contribuir en los procesos de humanización a través de la intervención recreativa. Haciendo mención de la metodología implementada en el campo de la salud; posiblemente este trabajo abre las puertas para la realización de otras prácticas en el 2017 en distintos departamentos en el área de hospitalización y oncología del Centro Médico Imbanaco.

Negociación

Este punto fue central para la descripción del análisis cognitivo en los sujetos en función de posibilidades de elección, **la pregunta 6** abrió el camino hacia la intervención conjunta,⁷ como se observa hay cinco elementos A, B, C, D, E. Cada una como opción de realización. Estas elecciones fueron elegidas bajo las concepciones conceptuales de intervención en la Recreación que podrían tener mayor impacto en el campo de la salud y no se encasillan como únicas posibilidades partiendo de que, hay opciones que no son cerradas a la hora de explorar otras actividades. Fueron orientadas para que el paciente se identifique en la situación problema y para trabajarlo en su proyecto individual.

Negociación: descripción de la elección

Cabe resaltar nuevamente que estas elecciones son planteadas de forma que el paciente no sienta que se le está induciendo para que dé respuesta. Todo se emplea de forma conversacional hasta que los sujetos sean capaz de identificar su necesidad. ¿Cómo se hace? Partimos de que en el diagnóstico conversacional el conozca un poco de nuestra labor sin llegar hacer tecnicistas en las definiciones y explicaciones, se llega al punto de hablar de las herramientas lúdicas como formas de expresión que están representadas en el juego simbólico y las artes: música, teatro, manualidades, juegos lúdicos etc. No solo se le está aclarando de forma textual sino que se le presenta la posibilidad de elección después de que él tenga una postura de opinión respecto a sus gustos, pasiones, deseos ligados a los elementos lúdicos mencionados; es ahí donde se puede integrar la pregunta generadora pero fundamentada en las opciones para la construcción del proyecto individual.

En el debate respecto a inducir una elección pueden presentarse personas que no tienen estímulos de respuesta, es un reto cognitivo para ciertas personas ya sea por su timidez, inseguridad, o poca receptividad con una respuesta típica al contestar “no sé”. Termina el recreador siendo un soporte, una guía para que el/la paciente decida cómo realizar su proyecto conociendo su necesidad o ámbito a fortalecer. Incitándolo a que se postule por un gusto en una de las

⁷ Revisar en el apartado de la metodología pág. 82

elecciones A, B, C, D, E. Es ahí donde se empieza a forjar el trabajo conjunto entre el paciente y el agente transformador (recreador).

Tabla grafico No. 4

NEGOCIACIÓN Y EXPLORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN TORNO A LOS PROYECTOS	# Pacientes	% Pacientes
Un tipo de encuentro con la música	26	34%
Juegos Lúdicos Pedagógicos	11	14%
Diálogo - Experiencias narrativas	7	9%
Interacción y fortalecimiento de vínculos	9	12%
Aprendizaje sobre algo específico	23	30%
TOTAL	76	100%

Descripción de la tabla grafico No. 4

Se observa una comprensión de la cognición de elección acorde al interés de los pacientes y el agente transformador según los resultados en la gráfica No. 4, contextualizaremos cada una de las vertientes plasmadas en la gráfica que explique la función de cada una como actividades orientados bajo ejes temáticos, flexible a traspasos interdependientes entre las mismas.

Un tipo de encuentro con la música

Esta herramienta tuvo un potencial significativo gracias a la experiencia de uso a nivel profesional por parte de nosotros, conocimiento práctico y teórico a un nivel que se abarcara bajo diferentes ramas de la música en las que se encuentra la composición, la implementación de música terapéutica el cual hemos llamado técnica-psicoreflexiva, la construcción de melodías bajo el repertorio tecnológico del programa de cómputo llamado FL Studio.

La exploración de incluir la música como la búsqueda de relación entre el sujeto y esta mediación, con los otros elementos plus, tuvieron un impacto en los pacientes manifestando tener una identidad inédita y propia. Porque se basa en la construcción de todo el cuerpo: música, letra, armonía, canto. Sí nos referimos a la rama de un proyecto de construcción de música y canto, en la tasa porcentual esta fue la más alta con un 34% equivalente a 26 pacientes de 76. Podemos inferir que su alta influencia podría ser por el rol del **paciente** al realizar una obra, que en la rutina normal antes de estar hospitalizado nunca había tenido esa sensibilización de pensarse hacer algo inédito a través de la música, esto no significa que las otras herramientas no tengan la constituyente de innovación, más bien fue el valor agregado en su alto conocimiento en la herramienta musical por parte de nosotros al saber manejar la concepción de composición, construcción melódica, armonía e instrumentalización.

Interacción y fortalecimiento de vínculos

El factor asociado a la vivencia de encontrarse hospitalizado genera un enganche emocional, clave para identificar acciones en los vínculos del núcleo de la red de apoyo familiar que rodean al paciente, pensar en fortalecer el vínculo no quiere decir que haya una crisis aunque esta puede suceder por la situación problema que gira en torno a la convalecencia o a la enfermedad. Son elementos de un conjunto dentro de un ecosistema que originan la percepción hacia algo; es por ello que cuando nos referimos a hablar del hospital nos quedamos con el pensamiento de recuperación y con la otra cara de la moneda por las hipótesis referenciadas a la muerte. El intentar ser mediático en estas acciones para generar interacción que reconfiguren la posición de la percepción hacia algo es una habilidad del re creador de cambiar referentes, comprendiendo las acciones del contexto para una nueva construcción de criterios. Generar relaciones de intersubjetividad es poder establecer confianza “feedback” una reacción sumada a la retroalimentación que se repercute en el fortalecimiento de los vínculos.

Esta categoría temática es la inclusión de actividades ya sea para crear vínculos si el paciente no tiene una red de apoyo social y/o familiar, para fortalecerlas en el proceso de estadía, es un potencial que impacta de forma emocional en sus condiciones de vida, su valor agregado fue del 9% equivalente a 7 pacientes de los 76.

Juegos lúdicos pedagógicos

La comprensión para hablar del juego tenía que darse como objetivo pedagógico con un fin, sin complicar el discurso y el fundamento. Elaboraciones del juego creadas estratégicamente para trabajar un déficit cognitivo o comportamental. Esta herramienta para la población objeto de estudio fue más aceptada y aplicada en la población infantil cuya edad cronológica se digiere con más facilidad en los contenidos trabajados, bajo este eje de la actividad su impacto fue del 14% equivalente a 11 participantes de los 76.

Diálogos y experiencias narrativas

Este eje de la actividad fue pensado para los pacientes que no veían en otra herramienta un escape para expresarse y re-significar su sentido frente a situaciones adversas en su hospitalización, mediante el habla como elemento de catarsis. El ejercicio de escuchar al otro, no solo propone al paciente desahogarse para comprender sus historias. La intención de esta acción está orientada en darle un sentir, que más que un paciente es un ser humano, las condiciones dentro del hospital pueden hacer que pierda esa dignificación de “ser un humano” por los roles establecidos entre los sujetos que conforman la comunidad de la entidad clínica. De esta manera el discurso pedagógico debe tener el papel de conocer, un aprendizaje reflexivo, concepción planteada por Bruner la autobiografía del yo (Bruner, 1991) La adherencia de este eje fue de 9% equivalente a 7 pacientes de 76.

Aprendizaje sobre algo específico

Saber aprovechar los recursos es planificar nuevas alternativas para la población que quisieran aprender algo en concreto, desde la recreación sería hacer cosas distintas, según las situaciones en los casos, se puede hablar de una orientación. Saber qué sabe y qué quiere saber el otro, qué ronda en su mente que desde la disciplina nosotros podamos a portarle en pro de seguir la línea para nuevos significados y sentidos, negociaciones de una enseñanza específica que el paciente requiera para su proyecto individual. Esta categoría tuvo un impacto del 30% equivalente a 23 pacientes de los 76.

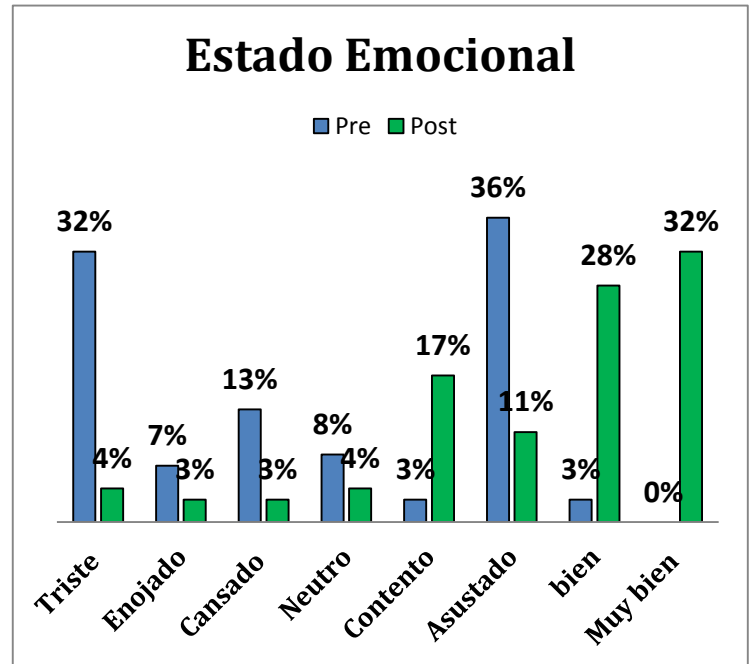
Resultado a escala socio-afectiva (emocional)

Damos así apertura al primer resultado posterior que surgió en la realización de este manuscrito orientado en el cuarto componente que establecimos en el triángulo interactivo de la teoría influencia educativa (Mesa, 1997), el estado emocional; que en su dimensión contextual en los pacientes es una ambivalencia por los distintos estímulos que evocan de su situación presente. Podemos decir que en una persona que no está en condiciones inestables de salud es igual, no hay exclusión de sensaciones ante los repentinos sucesos de la experiencia. Lo único que cambia es el contexto que incita a que los estados emocionales se vuelvan más irregulares en la persona hospitalizada.

En la metodología hablábamos en la descripción del instrumento de la etapa diagnóstica en donde se explicaron 10 preguntas. De la cual solo se mostró el impacto de la pregunta 6 en el índice de la consigna **negociación**. El resultado final de la categoría del estado emocional está anexado a la realización del análisis de las tres actividades determinando que las personas intervenidas tuviesen un impacto de percepción emocional como se observa en la ilustración gráfica No. 5

ILUSTRACIÓN GRÁFICA 1

PRE			POST	
Triste	24	32%	3	4%
Enojado	5	7%	2	3%
Cansado	10	13%	2	3%
Neutro	6	8%	3	4%
Contento	2	3%	13	17%
Asustado	27	36%	8	11%
bien	2	3%	21	28%
Muy bien	0	0%	24	32%



Comprendiendo la tabla promedial, se observan los contrastes pre y post de cada una de las casillas y sus nombres categóricos. El ejercicio de esta valoración está sustentada en la percepción con la que iniciaron y finalizaron los actores. Esta cuantificación tiene un grado de complejidad, puesto que delimitar el nivel emocional es algo que cae en la subjetividad, por todos los ámbitos que lo componen sumándole a que se realizó en un inicio para contrastarlo en un final, cuyo balance es relativo. A menos de que se hiciera una valoración antes y después durante cada sesión; ejercicio que haría aún más compleja, extensa, cargante, la condensación de los resultados preliminares, no estaríamos hablando ya del análisis de las tres actividades si no de un proceso analítico de los estados emocionales del paciente, aunque importante en los procesos de cualquier actividad de intervención social, nuestro abordaje es más una comprensión social, cognitiva de construcción de sentidos y significados sin olvidar la parte emocional. La variabilidad cambiante de las emociones en el contexto hospitalario es activo, un día los pacientes pueden estar contentos otros días tristes, por ende la exaltación del seguimiento procedimental por lo que referimos, que

independientemente de los estados emocionales que influyen en las actitudes, hacen parte del proceso interno del paciente, que es externo desde nuestra observación. En lo que a nosotros respecta, la consigna de escalafón del estado emocional es una percepción en torno a cómo se sintieron durante el proceso del proyecto individual después de haber expresado su estado emocional antes de. Resaltando que dicha percepción no condiciona su estado, es decir, en el momento de valorar la etapa final puede que ya estén pasando por una carga emocional ajena al proceso con nosotros, un ejemplo explícito es en la casilla de la categoría ‘asustado’, que en su resultado final el 11% afirma sentirse asustado. Esta percepción puede deberse a varios factores como un procedimiento médico, una programación de cirugía entre otros, de igual forma para las otras casillas. El punto es que, si comparamos los indicadores pre con el contraste post, hay una valoración significativa que puede haber influenciado positivamente en el proceso con las personas intervenidas en cuanto a la percepción emocional.

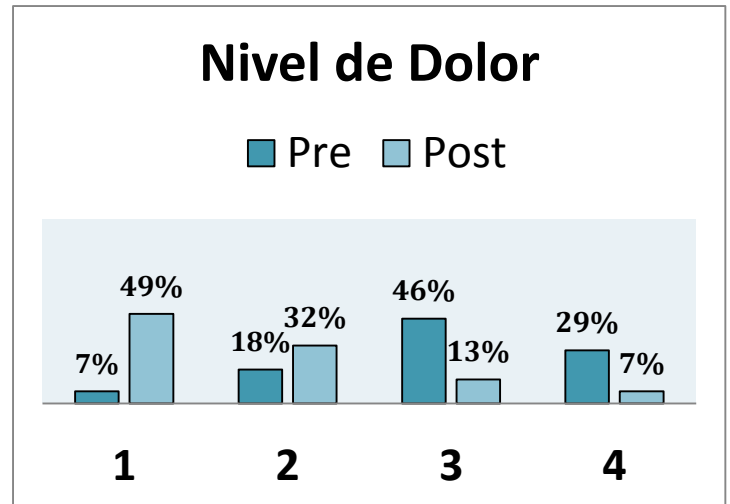
Resultado a escala de dolor

Expondremos como segundo resultado posterior el tópico de dolor, entendiendo el dolor como sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. (RealAcademia, 2014) Como la somatización del individuo ya sea por la dimensión física o funcional, la dimensión psicológica y por último la emocional. Vertientes que bajo una misma línea, la cual no inferimos a dar meritocracia absoluta; de que el proceso de intervención desde la recreación pueda subsanar una dolencia instantáneamente. Es indiscutible que si pueda que influya de manera indirecta como lo hemos explicado anteriormente en el marco del modelo bio-psicosocial del ser, factores que desde la recreación pueden inferir. La dinámica de este índice se abordó de manera que los participantes pudiesen concluir, si en la intervención en torno al proyecto pudo haber influenciado en el grado de dolor; una percepción inicial antes del acompañamiento y una apreciación final que determinara si durante las sesiones tuvo un impacto en los índices de dolencia.

El indicador de esta consigna está caracterizado por nivel de escala de 1 a 4 siendo 1 menor y el 4 número mayor haciendo referencia a la percepción en cuanto al dolor como se aprecia en la ilustración gráfica 6.

ILUSTRACION GRÁFICA 2

PRE	# de pacientes		# de pacientes	POST
Nivel 1	5	7%	37	49%
Nivel 2	14	18%	24	32%
Nivel 3	35	46%	10	13%
Nivel 4	22	29%	5	7%



Identificamos en el resultado pre de la gráfica una adherencia inicial en cuanto al dolor de los pacientes, índices altos en el nivel 4 con un porcentaje del 29% equivalente a 22 y en el nivel 3 con 46% equivalente a 35 sujetos que determinaron sentir dolor en dichas escalas. Posterior a ello tenemos al nivel 1 con 7%, un activo de 5 personas y un porcentaje del 18% en el nivel 2 con un total de 14 activos. Si sumáramos las dos tasas de dolor más altas que son las del nivel 3 y 4 tendríamos un equivalente de 57 activos de los 76 intervenidos. Una lectura que evidencia la alta influencia hacia el indicador del dolor, esto como una valoración pre antes de iniciar un proceso de intervención.

Dando un balance post de la influencia que tuvo el acompañamiento en el indicador, hubo un impacto importante en términos de nivel de dolor en los niveles 1 con un 49% equivalente a 37 personas, en similitud de relevancia en el nivel 2 con un porcentaje del 32% el equivalente de 24 sujetos que en la sumatoria de los participantes da un promedio de 61 de los 76 intervenidos que determinaron una influencia significativa para la contribución de disminución de dolor.

Dejándonos a los niveles 4 y 3 en porcentajes del 13%, equivalente a 10 sujetos y 7% equivalente a 5 de los 76 intervenidos.

El resultado es relevante en términos de la intervención recreativa ya que de manera indirecta o en sus probabilidades directas, las sesiones durante el acompañamiento permitieron un consenso. Pero ¿cómo se explica de forma tangente que en la actividad se pueda analizar una condensación en torno al dolor suponiendo que los pacientes que lo padecen no tendrían un foco a ejercer una acción sin antes mediar el dolor por el cual pasan? Otras alternativas independientes de la medicalización fueron exploradas como potencial terapéutico desde la herramienta de la música o como lo expresa el libro *Músico terapia “música curativa”* (Vaillancourt, 2009) bautizando así a una actividad ligada a la música: **Técnica psicoreflexiva**. El desarrollo de esta técnica mencionada en la metodología como la introspección del ser en el ámbito social, físico y emocional, el paso para lograr la sanación simbólica. Es un discurso simbólico que invita a la reflexión de subsanar todo tipo de episodios que el individuo no ha podido cerrar o superar. Este ejercicio acompañado del elemento musical tiene un interlocutor, el mediador del discurso, rol que cumplimos para guiar el proceso de la sesión. La técnica no solo tuvo un impacto significativo por el hecho de ser terapéutico, la ejecución de la técnica es un imán que invita al proceso de recuperación desde la espiritualidad; que los actores otorguen según sus creencias, a pesar de que el discurso preparado no orienta ni influye hacia un abordaje religioso. Los participantes en su libre albedrío lo orientan y sacan sus propias conclusiones de esta práctica experiencial. Es una apreciación positiva frente al análisis del indicador del dolor.

Resultados de nivel de estrés

El hilo conductor para el siguiente resultado está muy correlacionado al indicador a exponer debido a que es un síntoma somático que da origen a dolores y a otras enfermedades. (Cano, 2001) El estrés como factor de riesgo es una enfermedad que se deriva por situaciones que afectan la estabilidad psíquica-emocional de las personas, el círculo de relaciones, y el entorno son promotores que dependen que haya un equilibrio estable de la persona en un contexto, sin olvidar la parte individual del ser; una ruptura, una información no deseada. Problemas que engloban el fenómeno social constituido: dinero, amor, seguridad, salud son generadores de este síndrome.

En el espacio el cual están inmersos los actores como el hospitalario es un cultivo de emociones de altas y bajas frecuencias que a pesar de que giran en un único objetivo que es la recuperación de la salud, se ven implicados otros factores. Dinámicas a los cuales están expuestos los actores, centralizándolo a lo que actualmente llaman deshumanización.

Postura crítica sobre la atención actual de la salud en Colombia

La humanidad ha avanzado tanto en la búsqueda de suplir las necesidades que demandan las sociedades y la salud no es la excepción, la industrialización y la tecnología han permeado tanto las instituciones de salud objetivando a las personas que adquieren de estos servicios viéndolos como simplemente fuente de insumos capitales perdiéndose así el valor humano. El trato entre el enfermo y el paciente se ha instrumentalizado y tecnificado dejando atrás la esencia de que son seres humanos. Esto deja muchas inquietudes; cuestionamientos hacia las personas para quienes esperan recibir un servicio de salud cálido y humanizado. ¿Pero a que nos referimos con humanización en salud? “La humanización en salud, apuntan a un objetivo central, es ofrecer una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual de la persona” (Camilos, 2001).

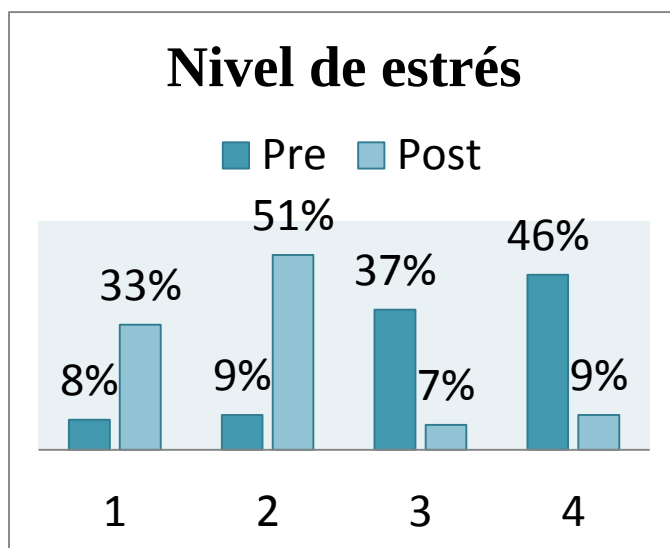
Las dificultades que se presenta no solamente en pacientes de larga estancia sino en general son desafíos que día a día deben enfrentar en un sistema de salud, esto genera factores de riesgo; es por eso que se presentan las discusiones, los reclamos, peleas entre familiares y el personal médico que intentan mediar la situación del enfermo, pero en un país como Colombia subdesarrollado que no cuenta con los estándares más aptos para la atención al paciente, esto si le sumamos el contexto social de las personas para que puedan ser atendido en todas las dimensiones ya mencionas (bio-psicosocial) lo hace selectivo, prohibiendo el derecho de salud para los menos favorecidos de estrato privilegiando a otros. El sistema de salud es selectivo ya que los recursos no son bien administrados perjudicando la calidad del servicio que se presta, se vela más por el prever el cuidado de la inversión tecnológica que la del mismo paciente por el déficit socio-económico-cultural (Correa & Arrivillaga, 2006), igual pasa a las entidades que son privadas, a pesar de que tienen un ánimo de lucro; velan más por los resultados de productividad y tecnología que por la calidad de atención a sus usuarios, convirtiéndose en una experiencia negativa para el paciente y su red de apoyo familiar, la angustia, el estrés, la frustración. Síntomas que afectan las condiciones de vida humana, enredando cualquier tipo de mejora positiva ya que no se trata solo

de curar la enfermedad, sino también de hacer de la estadía del enfermo apta para contribuir a su calidad de vida.

Teniendo en cuenta esta postura crítica frente a la deshumanización, los escenarios que un paciente está expuesto, hicimos un balance pre y post en torno al nivel de estrés durante la intervención en la participación desde la dimensión bio-psicosocial, para dar muestra de los valores y evaluar si hay un impacto en cuanto al estrés que se genera en la hospitalización de larga estancia que se evidencia en la ilustración del gráfico. No. 7

ILUSTRACIÓN GRÁFICA 3

PRE			POST	
Nivel 1	6	8%	25	33%
Nivel 2	7	9%	39	51%
Nivel 3	28	37%	5	7%
Nivel 4	35	46%	7	9%



Descomprimiendo la tabla gráfica No. 7 se observa en una evaluación pre general de los resultados, un alto balance de síntomas asociados al estrés en el nivel 4 con un 46% equivalente a 35 sujetos y el nivel 3 con un valor porcentual del 37% equivalente a 28 en número de personas activas, haciendo la sumatoria de los dos indicadores da un total de 63 pacientes que manifestaron sentirse estresados antes de iniciar un proceso de acompañamiento, el 82% de la tasa total que es 76. Un

impacto que a nivel de lectura reflejan el grado de estrés. Sin olvidar las otras clasificaciones nivel 1 con un promedio de 8% equivalente a 6 activos y el nivel dos con un porcentaje de 9% equivalente a 7, dan manifiesto de no sentir a escala mayor índices de estrés, su sumatoria de estos dos niveles es de 13 activos el impacto de esta sumatoria es del 17% entre ambas categorías.

El posterior resultado frente al indicador de estrés tiene otra adherencia, similitudes a los resultados post de los gráficos descritos en la investigación. Se invierten los niveles el nivel 3 con un 7% equivalente a 5 y el nivel 4 con porcentaje del 9% equivalente a 7 activos. Disminuyendo sus valores cada uno respecto al indicador del estrés.

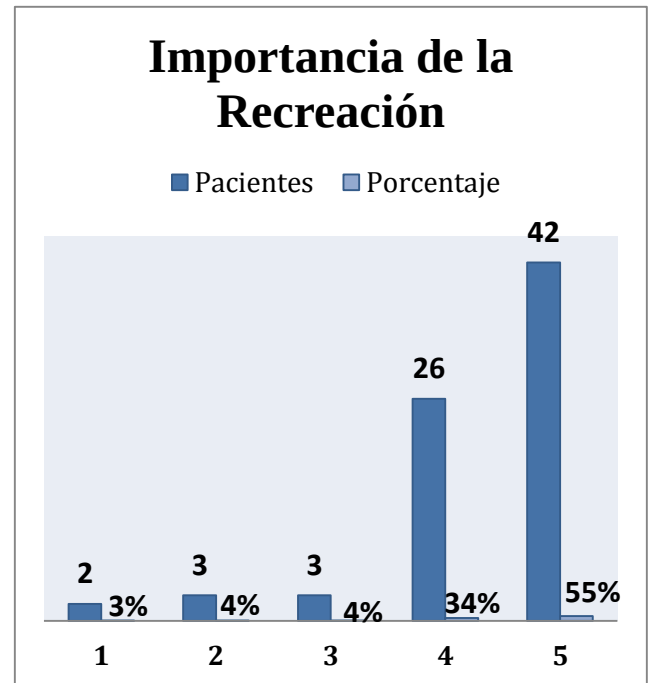
Paralelamente el nivel 1 tuvo un incremento del 33% equivalente a 25 sujetos que revelaron una reducción de estrés simultáneo al nivel 2 en la que sus valores de reducción de estrés son del 51% equivalente a 39 activos. La sumatoria de las dos escalas de 64 intervenidos que manifestaron tener una reducción durante y después del acompañamiento. Su impacto en la sumatoria de porcentajes es del 84%.

Resultados de importancia de la recreación

La relevancia de constatar los resultados de la intervención tiene que ir soportado bajo el impacto porcentual de la percepción de los actores frente a la importancia de la recreación en el contexto hospitalario, se precisó en este indicador, en los acompañamientos como un protocolo que ha venido trayendo el Centro Médico Imbanaco para corroborar que lo que se hace tiene un impacto en la comunidad. Esto es un producto que al ser valorado aparece como resultado posterior; un soporte, que a pesar de que esta graficado debe estar apoyado en la apreciación cualitativa como se ha hecho en el análisis de las tres actividades. Que obtiene un resultado global en la relevancia de la recreación como se ve en la ilustración de la gráfica No. 8

ILUSTRACIÓN GRÁFICA 4

importancia de la recreación	# Pacientes	% Pacientes
1	2	3%
2	3	4%
3	3	4%
4	26	34%
5	42	55%
TOTAL	76	100%



Como se observa, esta gráfica (No. 8) ha sido valorada de 1 a 5 siendo 1 más bajo y 5 el más alto, no cuenta con una apreciación pre debido a que la disciplina de la recreación sigue siendo un campo de exploración nueva para la entidad en las áreas asistenciales. El resultado muestra una adherencia favorable en términos de importancia en las casillas 5 con un resultado del 55% equivalente a 42 participantes y la casilla 4 con un valor agregado del 34% equivalente a 26 activos que en su sumatoria da el número de 68 sobre el total que son 76. Es decir que su impacto de importancia fue del 89%.

Las casilla 3 es un resultado ecuánime, un porcentaje de los 4% equivalentes a tres participantes. Una valoración difícil de interpretar para bien o para mal. Se interpreta de las dos formas; de tal manera que en la intervención hay utilidades buenas e interesantes, pero se deben potenciar en el proceso en función del respaldo, de la entidad, no solo de una rama sino de todo el organigrama hacia este tipo de labor social por parte de los actores que financian los proyectos y propuestas de la organización. Así mismo es la apreciación para las casillas 1 con porcentaje 3% equivalente a 2 sujetos y la casilla 2 con un promedio de 4% para su totalidad de 3 participantes. Ahora bien, es importante aclarar que la discrepancia aunque mínima es una lectura por parte de

nosotros, en la que se debe seguir trabajando en pro de investigar desde la intervención otras alternativas desde la recreación qué otras necesidades, faltantes, cuáles son las carencias de los pacientes, evaluar el determinante, el cual influyó para el resultado final de importancia dentro de la entidad; vuelve y juega la categorización que imposibilita al paciente sentirse pleno: la convalecencia o enfermedad, emocionalidad constituidas por los vínculos que indirectamente se afectan entre sí, percepción del contexto en el que se está expuesto. En modo de conclusión: el ser humano tiene una complejidad en sí misma, las relaciones con los otros determinan nuestros comportamientos y accionares que forjan el carácter y construyen la personalidad, por ende es especial, nadie es igual, todos somos únicos en su máxima expresión; suplir a las demandas y necesidades es una utopía, se condensa mientras las partes estén dispuestas a dar de sí, para trabajar conjuntamente hacia un mismo camino.

Adquisición a implementar, resultado posterior de la metodología PIARH

PIAR (Proyecto Individual de Actividades Recreativas)

Hemos realizado un análisis de los resultados emergentes que no estaban determinados en la estructura de la investigación en un inicio, el objetivo principal era evaluar, analizar las tres actividades inherentes del ser: trabajo, educación y recreación. Sin embargo no podíamos ser ajenos a lo que iba surgiendo en esa transición para la respuesta o conclusión con la que iniciamos el planteamiento del problema; que dentro de un marco protocolario habíamos instaurado para la intervención con la población objeto de estudio, mientras le dábamos forma y empoderamiento a la metodología PIARH. Se estaban registrando otras categorías de información como lo son el nivel emocional, la escala de dolor, estrés y la importancia de la recreación en el contexto hospitalario. Instrumentos implementados como medios de verificación de la metodología en la etapa diagnóstica.

La configuración y des-configuración de la información en general nos ha llevado a una deconstrucción del método PIARH como posibilidad de intervención ya no solo adherida al contexto hospitalario, sino a otros escenarios de intervención que requieran del método. Con la distinción de que esta adquisición va en contra-oposición del contexto hospitalario a lo que nos

lleva al PIAR (Proyecto individual de actividades recreativas). Creemos que esta postura atrevida en el marco conceptual y metodológico de la recreación es asequible, pensado en la línea de intervención de la recreación SAR-SARI pero en función de analizar las tres actividades inherentes del hombre; bajo un enfoque bio-psicosocial, la influencia educativa de manera individual, sin dejar el elemento vinculado o “conjunto” para un proyecto de intervención en otros posibles campos de acción como: correccionales, fundaciones, albergues, colegios, entre otros espacios. Entendiéndose que, como personas, tenemos ciertos valores que nos hacen ser humanos y se pierden cuando se es vulnerado según el contexto.

Se busca el debate para la solidificación de esta postura en aportar nuevas formas de intervención en el campo de la Recreación guiada, más no generar discusión frente a las metodologías que se usan en la recreación. Tanto es nuestra iniciativa de proposición que se podría realizar una investigación de las 2 vertientes de intervención metodológica, la SAR y el PIAR; la primera que se caracteriza por trabajar globalmente de manera conjunta a los participantes analizando la interactividad y el discurso. La segunda en función de analizar las tres actividades y el proceso metodológico del proyecto individual de manera mixta cualitativa y cuantitativa. Aunque es arriesgado por los parámetros de instrumentos que maneja el PIAR básicamente amparados del PIARH, son medios de verificación individual y corre el riesgo de volverse mecanizado si se interviene simultáneamente con grupos masivos. Ya que al llevar un registro individual en una misma sesión para todo un grupo se puede volver una mecanización tecnicista para valorar los procesos, una dinámica de respuesta acción inmediata sin llevar un historial o un hilo conductor. A menos de que se haga énfasis en buscar las formas de engranar los pasos para que se cumplan de manera fructífera, es una iniciativa que incita a explorar e investigar estas posturas como dijimos en un principio.

El PIAR no es más que una adquisición con los mismos principios metodológicos que maneja el PIARH, pero en oposición al contexto hospitalario que se aplica de manera individual sin necesidad de trabajarse de forma dependiente al contexto. Puede ser trabajado en conjunto siendo el sujeto de intervención el principal actor para medir la influencia que tiene dicho método en las tres actividades inherentes del ser.

Categorización de factores de riesgo que inhiben las tres actividades

La postura planteada da la entrada a las causas que inhiben las actividades inherentes. Estas están identificadas por 4 categorías, pero antes de exponerlas hay que partir de la conexión que tienen con ciertos términos que se han promulgado en el documento. El primero es la salud, que engloba todos los factores de la dimensión bio-psicosocial del ser, haciendo alusión, a que ninguna de estas se vea afectada cuando a salud se refiere. El antónimo de esta palabra es la patología, en la que caben la enfermedad, la convalecencia o la accidentalidad. Es una convergencia dual entre salud y patología es decir; la conexión de estas dos nos permite identificar una de las categorías que inhiben las actividades, (Valencia & Montilla, 2015) porque la ausencia de una, que es la de adjetivos positivos, desencadena a un factor negativo que influye para no ejercer la actividad, por ende la patología es una de las cuatro categorías que imposibilitan que se den las actividades. Siguiendo la secuencia para la segunda categoría, sería darle conexión a la acción de dinámicas que se ejercen dentro de un ecosistema, estas funciones determinan la percepción del contexto, se le atribuye a las dinámicas que se ejercen en un espacio que lo radicaliza cultural y socialmente a crear el referente de aquello que percibimos sobre las cosas, en este caso la percepción hacia el contexto entra como la segunda categoría de factor de riesgo.

El tercer elemento que desencadena la siguiente categoría es la connotación de condicionamiento, que en diferentes párrafos de la investigación se refiere al tiempo específico designado a un lugar y espacio, su conexión va ligada a las dinámicas constantes por lo que la dinámica que se ejercen continuamente se vuelven rutina, todas estos componentes dan nombre a la estadía o rutina. Cabe aclarar que la re-conceptualización para nosotros de la rutina, tiene dos líneas relacionadas con el tiempo. Tiempo condicionado: quiere decir, impuesto por la misma rutina o dinámica que brinda el contexto y tiempo hetero-condicionado (Munné, 1980). Un tiempo impuesto y un tiempo no impuesto con mayor voluntad autotelica para realizar una dinámica con un beneficio propio, es buscado.

La última terminación que deriva a la cuarta categoría como un factor de riesgo que inhibe las actividades inherentes es el estado emocional, partiendo de la interacción como un puente entre la construcción de vínculos. Y hacemos una deconstrucción de que, no solo nos referimos a los vínculos humanos, sino también a un vínculo con un objeto material e inmaterial: vínculos con el entorno, con el pensamiento etc. Pero siendo el vínculo humano el primer paso para generar

interacción con los objetos materiales e inmateriales, por la interacción principalmente con los otros (Personas). Esta conexión de vínculos culturalmente forman algo específico y son las emociones que nos despiertan las cosas o los individuos. La influencia que nos evoca la experiencia en algo conjunto. Entorno, pensamiento, personas. Para estar felices, tristes, enojados, preocupados, frustrados; que finalmente pueden traspasarse a los sentimientos como el amor o el odio algo que llamamos estado emocional.

Entonces decimos que la **patología, la estadía, la percepción del contexto y el estado emocional**, identificadas como las causas que inhiben las tres actividades son los factores de riesgo que se observan en el contexto hospitalario. Dejándonos así a una posible respuesta sobre la jerarquización de mayor impacto.

La categoría de la patología podría decirse que prima como mayor impacto debido a que es la raíz que desencadena los otros factores de riesgo como lo son la emocionalidad, la estadía y la percepción. Claro, sin enfermedad o convalecencia no habría una justificación para que haya factores de riesgo, sin embargo este postulado no abarcaría pensando que muchas de las patologías no generan un impacto de desencadenamiento según el rango de gravedad. El impacto de mayor relevancia estaría entre la estadía, la percepción del contexto y el estado emocional. Pero siendo así, si partimos de la variabilidad de las condiciones de gravedad, el factor negativo de mayor impacto sería la percepción del contexto por todo lo que se ha venido diciendo respecto a lo que denominan cuando nos referimos a un hospital; “*procedimientos médicos*”, subjetividades objetivas cuando se refiere a las entidades clínicas: “luz blanca, enfermos, muerte, salud, cirugías, congestión, malestar, vida. Etc. Más negativas que positivas por el simple hecho de que cuando una persona está estable nunca piensa o dice que quiere volver a estar en estos sitios.

La connotación cultural hacia una actividad que desee el hombre realizar, no la asocia dentro del contexto hospitalario a diferencia de la institucionalidad en la que laboran los trabajadores: médicos, funcionarios, empleados etc. Dejándonos a las categorías de la emocionalidad y la estadía, que separadas del contexto clínico pueden ser independientes pero están más ligadas a los factores de la patología haciendo alusión al factor emocional y la estadía haciendo alusión al factor de percepción del contexto. En términos generales concluimos que los de mayor impacto son las categorías de la patología y percepción del contexto. Pero si damos una profundización de los hechos, el factor de la percepción vendría siendo el de mayor impacto.

Porque socialmente se le ha atribuido a la enfermedad como algo “malo”, nunca se ha pensado que la enfermedad sucede por algo bueno, para cambiar o mejorar en ciertos aspectos de la vida. Por más influencia que tenga la patología sobre las demás categorías, es la percepción la que tiene mayor impacto sobre ellas. Porque preside sobre las cosas que queremos hacer. Se puede estar convaleciente en casa pero el estado de salud en este caso no preside sobre nuestros actos porque a la vez que se está enfermo se puede trabajar, educar o recrear. Cambia cuando el contexto tiene un giro abrupto como el de la hospitalización, ahora claro está, que si alguien se encuentra muy delicado de salud influye en todas las actividades; por eso decimos que, según la gravedad de la patología se tiene es una influencia sobre la incapacidad de ejercer la actividad. La patología en las personas es variable, la percepción del contexto termina siendo el principal factor de inhibición de las tres actividades inherentes al ser: trabajo, educación y recreación.

Haciendo un paréntesis del dictamen final, la justificación de la conclusión en nosotros sigue estando abierta, aunque en general el impacto mayor se ha acolitado a la percepción del contexto o la patología; no quiere decir que lo sea absolutamente en los casos de las personas que experimentan la hospitalización, no es un parámetro establecido aunque sea difícil de explicar, pueda que estos factores de riesgos sean interdependientes, cada uno puede tener un mayor impacto en el momento de imposibilitar las tres actividades. Al fin y al cabo el hombre como un ser complejo, en términos de comportamiento, finalmente es el único que preside sobre sus actos influenciados por los factores de un determinado contexto.

De la investigación a la exposición: reconocimiento a la labor

Cada pequeña idea es un gigantesco paso en el crecimiento, refiriéndonos desde el punto de vista de la Recreación. El PIARH no solamente tuvo un impacto posterior en la población sino en la organización del CMI. La campaña que trabajó la entidad durante el año tuvo un eje temático trascendental, algo que continuamente se toca en todo debate conversacional de las entidades de salud, la humanización. Aunque nuestra investigación-intervención estaba dirigida hacia el análisis de las tres actividades hubo un engranaje indirecto con lo que la organización quería potenciar: los procesos de humanización colaborador-paciente. La sistematización que tiene la metodología al intervenir no solo cumplía con una labor de mediación pedagógica, sino que también permitió medir otros factores como el dolor, el estrés, la percepción de emocionalidad en la población objeto

de estudio. Atribuyendo también el trato dado con los pacientes algo que fomentó los procesos de humanización en el CMI.

El PIARH que comenzó siendo una prueba piloto terminó afianzándose como parte del proyecto de humanización que se estaba desarrollando en el centro médico por un grupo interdisciplinar de recreadores, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogos. Cada disciplina con su enfoque pero holísticamente trabajado. Esta iniciativa abrió paso para el quinto encuentro del congreso de salud en temas de humanización dirigido por COMFANDI⁸ en su quinto simposio en la Universidad Autónoma al cual fuimos invitados en cabeza de la jefa directa de recursos humanos en representación del CMI quien en su ponencia citó y otorgó un reconocimiento a nuestro compromiso desde la labor recreativa, exponiendo al público la importancia de los profesionales en recreación en el campo de la salud, apoyado en la explicación de nuestra intervención metodológica en la comunidad.

⁸5to Simposio Comfandi, humanización en servicios de salud. pág. 24, 25, 26, 27, 28, (Comfandi, 2016)

8. Conclusiones

Este apartado tendrá sitio para las conclusiones que dejó la realización de los referentes de la investigación: el análisis de los resultados, el proceso metodológico, los resultados posteriores y la perspectiva desde el perfil profesional. Cada una de ellas tiene una reflexión que profundiza los impactos de la realización de la tesis.

Conclusión de los resultados analíticos

Dimensionar los análisis a manera de conclusión crea un sinónimo de sensaciones no por los resultados positivos sino por la planificación de poder medir y verificar la información de manera cuantitativa, tangible, observable, nutrida del discurso cualitativo. No obstante, sabemos que se han hecho investigaciones con esos parámetros, independientemente de la disciplina, lo avalamos porque, creemos que se rompió el esquema de proponer algo diferente para sustentar nuestra investigación relacionada con nuestra carrera profesional en recreación. Igual, pensamos que si se profundizan más métodos de investigación mixta como lo es lo cuantitativo y lo cualitativo (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006) podríamos tener resultados con índices exactos que complementen el discurso cualitativo, para darle más validez a nuestra labor como recreadores al público expectante. No queremos decir que los trabajos desde la recreación carecen de validez, precisamente su validez se caracteriza en el proceso de implementar adjetivos, cosa que no es mala, pero tendría 98% de validez al público si se integran las validaciones cuantitativas, porque ya no solo se está demostrando de forma subjetiva, ya hay resultados objetivos que evidencian un trabajo.

Conclusión del proceso de intervención en la comunidad en general

No alejamos la idea de que los factores de riesgo como la patología, el estado emocional y la percepción del contexto son las principales causas para que una persona no se sienta en la capacidad de ejercer las actividades, no obstante, partamos del hecho que las personas a intervenir son pacientes de larga estancia que en su transcurso de estadía su eje central es recuperarse, en pocas palabras sanarse y seguir con su vida normal dejando esa experiencia al olvido. Claro, quién quisiera recordar qué se pasó un tiempo de incertidumbre, enfermedad, vulnerabilidad. Es algo que, incluyéndonos a nosotros queremos olvidar cuando pasamos por esa etapa. El hecho es

tampoco hacer de la experiencia algo lindo de recordar. Y puede que así pase como en ciertos casos que en el que se trabajaron, pero no todas las situaciones son iguales; hay pacientes que pasan o están en situaciones de crisis por su estado de gravedad: pacientes crónicos sin ninguna expectativa de vida, estos pacientes no ven el momento de superar una prueba contra la situación problema relacionada con la salud, los usuarios oncológicos son el vivo ejemplo de ello. ¿Qué sucede? Que estas personas tienen que someterse a vivir una dinámica diaria en constante remisión en los espacios clínicos, sus posibles referentes de estos lugares los condicionan, por la invisibilidad de elección de las actividades inherentes, dinámicas que heterocondicionan al sujeto por las rutinas ya establecidas dentro del ecosistema de la salud “procedimientos médicos”, reiteramos que al dar esta afirmación no implica que los accionares que se dan dentro de las entidades clínicas estén erróneos, es algo que socialmente está establecido en estos contextos; damos la causa de una posible respuesta a la pregunta de categorizar las influencias que inhiben las actividades ya mencionadas en los hospitales, sin desmeritar la labor social en cuanto a los protocolos de salud se refiere.

Ahora, si comparamos a los pacientes que requieren de una hospitalización a lo largo de su vida, con pacientes de larga estancia que no dependen de una hospitalización, que no sea la de una enfermedad grave, algo experiencial momentáneo. Su factor de riesgo principal que limita sus habilidades congénitas sería la enfermedad; la visión actual de los actores es recuperarse y nada más, aun así si la situación es grave para algunos en términos de posibilidades de vivir. ¿En qué condiciones emocionales estos pacientes ven esta manera de intervención como algo útil que les permita no solamente mejorar sus condiciones de vida, sino también aportarle de forma eficaz a su estado de convalecencia? Eso es lo que los pacientes esperan. ¿Qué cambia? No cambia nada, teniendo en cuenta que son seres humanos, tienen el derecho de decidir, sería una afirmación atrevida si aseveramos que la intervención metodológica permite que una persona se cure, puede que influya en algunos aspectos de su recuperación, pero asegurar que puede curarse o sanarse no. No aprobamos esa hipótesis.

La situación de los pacientes en general con expectativas de seguir su vida es variable; unos lo ven como un soporte, una ayuda que les permite lidiar de otra forma la enfermedad/accidentalidad o la estadía; los efectos del acompañamiento están en los que deciden autónomamente, siempre se intenta negociar por parte de nosotros para que los usuarios accedan

a un acompañamiento que les generen procesos para tener mejores condiciones derivados de una salud integral, por los factores de riesgo que se pueden ver afectados, uno de ellos el estado emocional surgidos por la convalecencia, puede que en ciertos casos los sujetos dejan toda voluntad expectativa para realizar algo a menos de que sea netamente de intervención médica, no habría una contra-oposición o contra-teoría ya que estamos hablando que los pacientes en su libertad decidieron hallar otras alternativas de tratar su condición sin dejar el lado la parte médica. Nuestra función es una concepción de mejorar condiciones de vida en la hospitalización prolongada que en cualquier momento el paciente puede consentir, así en un principio haya optado por no hacerlo. Un proceso de acompañamiento individualizado en torno a un proyecto que le favorezca tener una mejor calidad de vida, asumiendo que esta es intangible por el hecho de seguir vulnerado de manera psicológica, física, biológica. No es completa, por ello se habla de aportar a las condiciones de vida en su estancia, con el fin de que su práctica experiencial cambie, a nivel personal y social. Que cambie el referente que se tienen de los espacios de salud.

Impacto significativo en la percepción de la población objeto de estudio

La recreación guiada como actividad de proceso social en un marco socio-afectivo y pedagógico afecta positivamente en las prácticas de los pacientes de larga estancia. A pesar de que tienen un tiempo condicionado a la recuperación donde entra en juego factores que perjudican el bienestar, por lo que implica estar en un sitio donde se afectan los valores que nos hacen ser humanos. Entre otras apreciaciones, los sujetos de intervención no solo consiguieron tener una participación activa en cuanto las actividades inherentes, lograron en su mayoría un cambio transformacional del contexto y esto fue clave para su impacto en el ámbito socio-afectivo o emocional en el proceso de recuperación.

Se pretende generar conciencia en los sujetos sobre el espacio que les rodea, es decir, que se establezcan actividades en donde los sujetos logren crear en sí mismos procesos de asimilación y acomodación a partir de las situaciones que suceden en una comunidad. Cuando una persona es consciente del espacio en el que se encuentra, es capaz de adoptar estos elementos para su conocimiento, internalizándolo y exteriorizarlo hacia los demás, de esta forma, mostrar a sí mismo que es capaz de participar activamente en procesos distintos de aprendizaje. Es importante resaltar que la recreación brinda la posibilidad de realizar un adecuado proceso de acompañamiento, que facilita espacios orientados a la participación, construcción de vínculos, construcción de

significados. Teniendo como fin lo ludi-trans-funcional. Los procesos internos son el principal fundamento de nuestro trabajo, ya que pretendemos promover espacios de aprendizajes que aporten a las condiciones de vida de las personas.

Aunque tenemos claro que el actor principal de la investigación es el paciente de larga estancia, no es ajeno que los demás sujetos que conforman su círculo vivencial en el periodo de hospitalización como lo son el acompañante y el colaborador, se pueden ver inmersos durante la intervención, hablamos de algo individual pero que es conjuntamente elaborado para el paciente, por lo que pueden participar en la contribución de su proyecto personal; la participación ya depende de la situación propia e intrapersonal del núcleo de la red de apoyo que conforma el paciente. El plan metodológico probablemente no solamente identifique si se cumplen las tres actividades inherentes del ser. Se adhiere transversalmente a mediar, trabajar las relaciones entre los sujetos.

Antes de la intervención: El paciente llega en estado de salud delicado generando situaciones cómo lo es el estrés, la frustración, la ansiedad entre otros factores de riesgo, en el peor de los casos, presentando conductas de aislamiento hacia el personal y posiblemente hacia sus acompañantes.

Después de la intervención: Se evidencia una reducción en los niveles de estrés asociados a su condición emocional, hay una mejora en el afrontamiento de la enfermedad o convalecencia adquiriendo un aprendizaje sobre ella, sus vínculos sociales se fortalecen asumiendo un sentido de apoyo en su red familiar, de igual forma su expresión y formas de comunicación hacia los colaboradores, se muestra más cálido y respetuoso frente a las inquietudes o inconformidades que su proceso requiere.

Línea paralela del acompañante

Antes de la intervención: El acompañante, llega en un estado de estrés por la condición que presenta su familiar, generando factores de intolerancia e irrespeto hacia el personal asistencial, provocando espacios de tensión constante entre todos los actores involucrados en el proceso.

Después de la intervención: El acompañante genera altos índices de tolerancia de comprensión y de familiaridad hacia los colaboradores, aportando un ambiente sano para su familiar y su entorno, mejoras que contribuyen a la salud del paciente desde un ámbito socio afectivo.

Línea paralela del colaborador

Antes de la intervención: El colaborador según su temperamento puede ser temeroso o agresivo ante el trato del usuario por las diferentes situaciones que se dan en el entorno, por su alta profesionalidad brinda el acompañamiento médico necesario para la salud del paciente, pero se puede ver afectado si es tratado con irrespeto e intolerancia, no reaccionando de manera inmediata ante el paciente y su núcleo familiar, pero sí hacia su entorno personal, generando altos riesgos de estrés, cargas emocionales negativas y disminución en su producción laboral que le pueden impedir prestar una atención humanizada hacia los actores del contexto.

Después de la intervención: Se evidencia un mayor entendimiento y empatía frente a los sujetos del contexto familiares y pacientes, logrando una mejor comunicación que permita reducir el estrés y la carga emocional interna del colaborador, adquiriendo factores de aprendizaje que incluyen la importancia de su labor hacia los demás con respeto, amor y compromiso, que potencien la humanización en salud de los centros hospitalarios como parte fundamental de esta comunidad.

Esta sería el impacto hipotético para la comunidad conformada por estos actores, ahora bien, si se llegase a pensar que este modelo de intervención social se culturizara en las estructuras institucionalizadas de la salud se aplicaría la funcionalidad del enfoque constructivista respecto al aprendizaje cultural (Bruner, 1991) (Vygotsky, 1979) Todo lo que aprendes culturalmente forma la visión del mundo de los sujetos, aprender a mediar situaciones en la que la tolerancia es vital más aun conociendo la situación actual de la salud en Colombia.

El esquema del ciclo de intervención en el recreador en contextos hospitalarios, se puede inferir como una secuencia de interacción sociológica, mutualismo⁹ en la que se benefician tanto los intervenidos y los mediadores sin ser obligatorio.

⁹ Concepto biológico de relaciones en la que dos especies se benefician. Tomado de (Monteverde, 2013)

Conclusión de los resultados posteriores

Con base en todo lo planteado que se ha venido desarrollando desde el análisis hasta la conclusión, hay algo que para nosotros es importante resaltar. Esta reflexión impulsó que la metodología puede ser funcional a otro contexto, es allí donde nace el PIAR. Que se plantea con la misma ejecución del PIARH re-configurando los ítems de las etapas y momentos, ya no refiriéndose a títulos al nombre de paciente, sino a sujeto de intervención, está en contra oposición del contexto hospitalario por lo que no se va a encontrar personas con una patología sino con una vulnerabilidad desde otros factores de riesgo que tienen un mayor impacto en la inhibición de sus actividades.

Los rangos que aparecieron como registros medibles nivel de dolor, estrés y emocionalidad, son los insumos que hacen de la intervención metodológica compacta, si a condiciones de vida se refiere la responsabilidad recae en ir articulando el análisis cuantitativo con el análisis cualitativo, solidificarlo para que su interpretación en estas categorías tan complejas por su ambivalencia tangible e intangible tengan un soporte de validez verídica, aunque se destaca la intención de hacer una valoración de ello. De igual manera todo lo que se aporte sirva en la búsqueda de suplir las demandas de la población objeto de estudio.

Conclusión desde la perspectiva profesional

La conclusión que deja la realización de los referentes investigados es seguir fortaleciendo los métodos conceptuales ya que en la recreación aún no tiene un fuerte sustento conceptual además del aporte que ha hecho la doctora Guillermina Mesa. Por ende, se pretende saber y tener claro las posturas que están sujetas a la recreación guiada para dar incentivo a investigar, extraer desde los conocimientos, nuevos referentes, nuevas metodologías que se adquieren en el hacer y en el pensar. Debemos como profesionales en recreación dejar clara la postura sobre el campo que manejamos, sobre lo que ejercemos, teniendo certeza que es un proceso que se ha ido reconociendo fuertemente.

Se puede ver la relación que tienen las apreciaciones conceptuales con las demás ciencias humanas: psicología, trabajo social, educación popular, sociología, entre otras. Pero también se observa el sello personal que está amparada por los contenidos académicos de la recreación, es importante profundizar aún más en la búsqueda de re-conceptualizar o crear con su debido

desarrollo nuevas concepciones que sigan mostrando la línea que diferencia la recreación de las demás ciencias humanas. Los conceptos están relacionados con un contexto y esto hace que se exploren referentes específicos. Poniendo los conceptos en un segundo plano y relacionarlos con la fuente principal que es la recreación. Estos son necesarios para darle identidad a la disciplina es decir; lo que condiciona la diferencia de las otras carreras es el enfoque y sus indicadores para investigar, que en nuestro caso fueron: análisis de las tres actividades, los factores que las inhibe, los resultados posteriores y el desarrollo metodológico. Articulando la recreación como principal doctrina. La recreación, la apropiación de términos conceptuales da una postura hacia la percepción de las cosas; entorno, problemáticas, fenómenos, comportamientos sociales. Como mediante un andamiaje se genera una práctica pedagógica en dimensiones sociales, cognitivo y lúdico, dar a entender estos términos fortalecerá la estructura de los contenidos teóricos de la recreación guiada. Ya que, como actividad inherente del ser, propicia prácticas como formas de expresión social.

9. Anexos de la investigación

Este capítulo hace referencia a la articulación de apartados o eventualidades que queremos compartir además de las evidencias que acompañan el testimonio de la investigación. En los postulados encontramos un pequeño micro relato de una de las sesiones vivenciales que se tuvo con la población objeto de estudio, registros fotográficos de algunas de las sesiones en las que accedieron al permiso de fotografías, registro de los proyectos individuales plasmados en los medios e instrumentos de verificación y conformación del historial de los pacientes.

Intervención en crisis de atención en pacientes en etapa terminal

Durante el trayecto de la investigación se manejaron casos con pacientes en etapa terminal, diagnósticos tan avanzados que la posibilidad de intervención no era viable por las condiciones en que se hallaban los pacientes; entubados a respiradores artificiales, con esfuerzo por tomar aire, expirando, luchando por vivir hasta su último esfuerzo. Familiares y cuerpo médico consientes de la realidad, se daban a la espera de que su agonía finalizara de la manera menos traumática para sus más cercanos, una concesión a la que hemos llamado intervención en crisis pero desde una percepción vista por el momento en el que el paciente resiste los síntomas que la enfermedad le genera en la etapa terminal. Y por la incapacidad de sus redes de apoyo familiar en la que no les queda de otra que darse a la espera de que su allegado termine con su sufrimiento.

Es una situación que es difícil de asimilar, no por el hecho de manejar la crisis, comprendiendo que si fuese una crisis de inestabilidad emocional por parte de sus redes de apoyo la intervención amerita ser llevada desde el campo psicológico. Sin embargo, fue necesario como alternativa tener en cuenta el acompañamiento psicológico por si había alguna crisis catártica; la complejidad se evidencia en la dificultad de expresar lo que se siente ya sea por la impotencia, la desazón o el tipo de relación que llevan con el/la afectado. Mencionaremos una situación de una paciente con un caso de tumor cancerígeno en su rostro.

Constantemente pasábamos por un cuarto donde se encontraban varias personas en la parte de afuera y otras en el interior, nos preguntábamos qué era lo que pasaba allí; llevábamos toda la semana viendo la misma dinámica, preguntándonos qué ocurría. Averiguamos con una persona

que se hallaba afuera de la habitación. Nos comentó que en la habitación se encuentra su hija (paciente). “Mi hija está en etapa de cáncer terminal y llevamos toda la semana esperando que termine su sufrimiento”. La madre nos explicó que ella pensaba que su hija no iba a descansar porque tenía dos hijos pequeños, uno de 5 y otra de 11; sentía que esa preocupación no la dejaba irse en paz. Con la gravedad del asunto y la observación de incertidumbre de sus allegados quedamos con la zozobra y duda de poder hacer algo para ayudar a la familia a mediar una situación tan difícil como es la partida de un ser querido. Nos retiramos en un momento para planear qué se podría hacer en este caso; situaciones que, como recreadores, toca recurrir a la recursividad para actuar, es clave a la hora de mediar de forma inmediata una situación compleja.

Surgió la idea de hacer un ritual de conmemoración donde cada uno de sus familiares pudiera hacer un ejercicio de escribir en un pedazo de papel, palabras de demostración, amor, perdón y agradecimiento. Últimas palabras que saldrían por parte de su familia y amigos. Con intención de que quizás quisieran sentir un poco de alivio al expresar lo que no le pudieron decir en algún momento antes de que la paciente estuviese en ese estado terminal.

Hablamos con la madre y otros dos acompañantes sobre lo que pensábamos hacer como una ayuda que consuele la situación del momento. Para sorpresa nuestra, aprobaron nuestra intención, así que cuádramos un horario donde estuvieran las personas más allegadas para realizar la actividad.

En el horario acordado, había alrededor de unas 12 personas en la habitación. Con un discurso corto y preparado explicamos a los familiares la intención del ritual; la importancia de hacer algo que tiende a tener una carga significativa tanto para ellos y para el paciente. (Asumiendo que pudiera escuchar lo que pasaba a su alrededor). Dejando como cierre la reflexión que les pueda dejar la actividad en relación a expresar los sentimientos.

Iniciamos con la ejecución del ritual armonizando el entorno del ambiente con música, que diera con el contexto de algo conmemorativo, mientras cada uno se tomaba el tiempo consigo mismo para pensar en escribir las palabras hacía su allegad@. Cada uno fue escribiendo y posterior a ello entregando sus escritos.

Nosotros como mediadores nos dispusimos a leerlos en vista de la incapacidad de algunas personas para hacerlo. La Recreadora Leidy Montilla en voz captante leía las notas de cada uno de

sus familiares en medida que la paciente pudiera escucharlas. Un momento que para la compañera no fue fácil de hacer por el contenido tan significativo expresada en tantas palabras hermosas, al estar al frente de una mujer luchando por vivir. Se le hacía un nudo en la garganta pero a su vez sacando fuerzas para continuar con la sesión. Cada nota que se leía conmovía internamente a todos los participantes; palabras llenas de agradecimiento, de amor, buenos deseos, esperanzas. Escritos dirigidos hacia ella en relación a sus hijos en la que manifestaban: que no les iba a faltar nada, que cuidarían y trabajarían para hacer de ellos las personas de bien que ella quería que fuesen. Palabras que se repetían una y otra vez para que pudiese sentir un alivio.

Los Recreadores también tuvimos un momento para referirnos a la paciente con permiso de sus familiares. Expresamos gratitud por el espacio que tuvimos con ella, la importancia de estar allí en ese momento, de alivianar el dolor emocional que generaba la situación entre sus familiares y amigos. Pedimos que agradecieran por la vida de ella, de sus hijos, y por la familia misma que en su amor hicieron parte, para de un modo u otro ayudarla.

Regresamos a la mañana siguiente para ver cómo les había terminado de ir en torno a la paciente, pero sorpresivamente nos topamos con la noticia que la paciente había fallecido horas después de la intervención a las 2 de la mañana. Perplejos, pero simultáneamente tranquilos, con la sensación de satisfacción por lo que hicimos con el fin de ayudar a la familia y a la paciente en la intervención. No sabemos si nuestra acción impactó o contribuyó para que ella pudiese sentir un descanso debido a que tal vez lograra haber escuchado, pero si podemos decir que lo que percibimos fue una conclusión hipotética que se basa en, referirnos a los silencios como medios de expresión como acciones que también hablan y contienen un mensaje. Es la explicación a la cual tal vez, se deba a la reacción de su fallecimiento. Como una forma de decir gracias ya puedo descansar en paz... Un gran aprendizaje para nosotros como Recreadores que logramos cambiar referentes, y logramos dejar marca en las personas.

Historial del paciente

INSTRUMENTO DIAGNOSTICO (POST)

Nombre del paciente 80-50 1-30 Uno Delgado

¿Cuál de estas opciones refleja cómo te sientes Actualmente?

 **Mal**  **Regular**  **Regular**  **Muy bien**  **Mal**  **Regular**  **BIEN**  **Muy bien**

1. ¿Cuál es el nivel de **dolor** que sientes en este momento en una escala de 1 a 4, (1) siendo el más bajo y (4) el más alto?

1 2 3 4

2. ¿Qué valor le das a tu nivel de **estrés** en este momento en una escala de 1 a 4, (1) siendo el más bajo y (4) el más alto?

1 2 3 4

3. Después de terminada la intervención ¿Qué tan importante es para usted la **Recreación Dirigida** en el contexto Clínico? Responda en una escala de 1 a 5, (1) siendo el más bajo y (5) el más alto. **Tata** es posterior a la encuesta post.

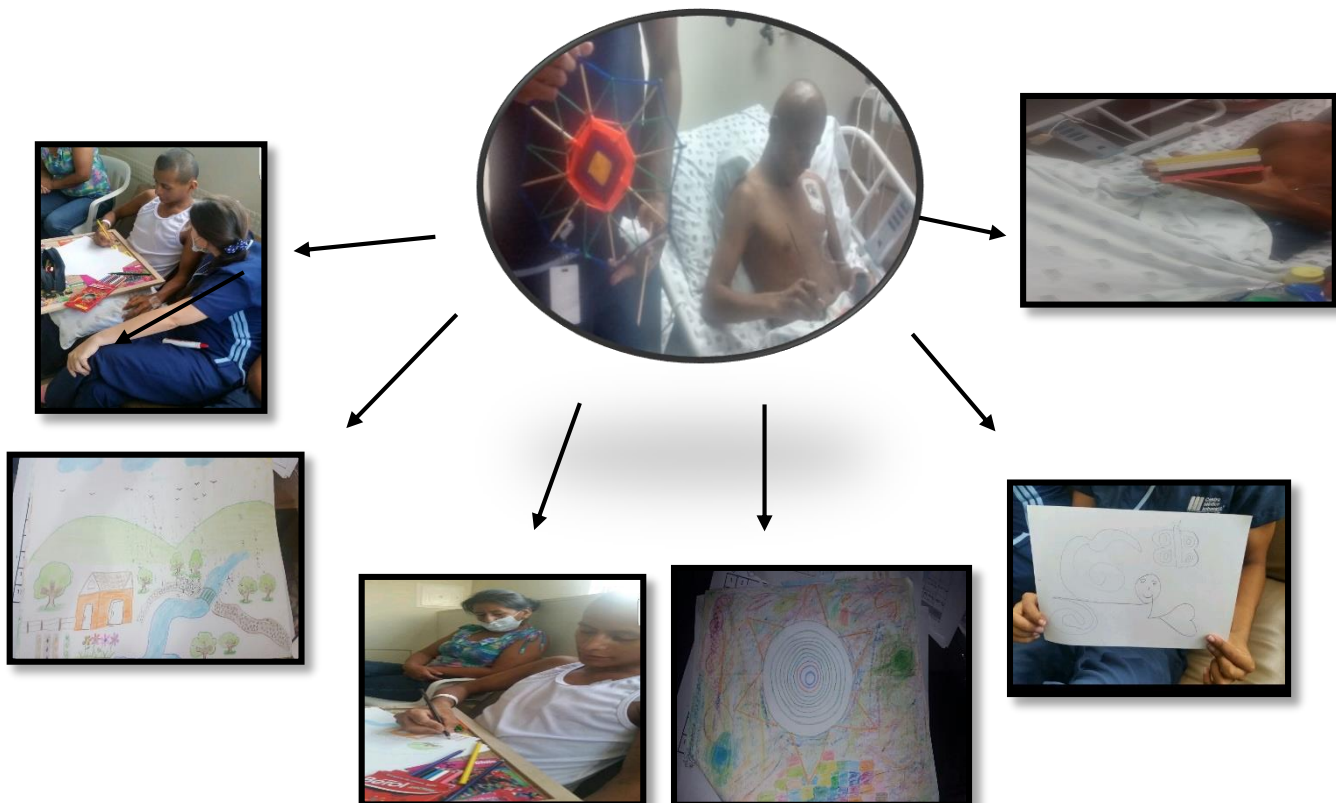
1 2 3 4 5

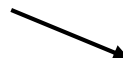
FECHA INICIAL				FECHA FINAL		FECHA DE ENTREGA	
DIA	MES	AÑO	HABITACION NO.	U.C.E.	P.	NIVEL	
15	06	15	02	Piso	P		
NOMBRE DEL PACIENTE:						ESTADO DEL PACIENTE:	
NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Albino Ocho Echeburdo</u>						Consciente	
EDAD:		SEXO:		TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN:			
10		P		2 meses 15 días			
NIVEL DE ESCOLARIDAD:						NÚCLEO FAMILIAR PRESENTE:	
3º de Primaria						31 - madre	
DIAGNÓSTICO:			FUENTE:		NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:		
Aut. y Cerebral			Madre		Carmen Delgado		
OBJETIVOS Y METAS DEL PACIENTE						NECESIDADES IDENTIFICADAS	
FECHA	INTERVENCIÓN	OBJETIVO				OBSERVACIÓN	
15/06/15	Introducción de la actividad	Paciente realiza actividades de escritura individual				Larga duración de la intervención	
16/06/15	Recorte de figuras	Estimula motricidad fina con tijeras y pegamento				Realiza tareas más duras y largas mejor la motricidad	
17/06/15	Trazado de líneas rectas	Tras el aprendizaje de líneas rectas				La relación con la madre es más buena y muestra mejoras de conducta	
22/06/15	Estimulación de la motricidad fina	Estimulación de la motricidad fina con la introducción de actividades con más dificultad				Colabora en la actividad pero muestra desinterés en la actividad	
23/06/15	Memoria de la actividad	Estimula la memoria de la actividad con la introducción de la actividad				Mejora la concentración en la actividad pero se desinteresa por ella	
24/06/15	Estimulación de la motricidad fina	Estimula la motricidad fina con la introducción de la actividad				La madre interfiere en la actividad, interviene en el proceso	
30/06/15	Tareas de discriminación	Motricidad fina imaginación creadora				Se ve cansado, trataba un rato y se desmotivó.	
02/07/15	Tareas de discriminación	Imaginación creadora				Manifesta desinterés en la actividad, interviene en el proceso	
03/07/15	Motricidad fina	Estimula la motricidad fina con la introducción de la actividad				Realiza las tareas con más dificultad y concentración	

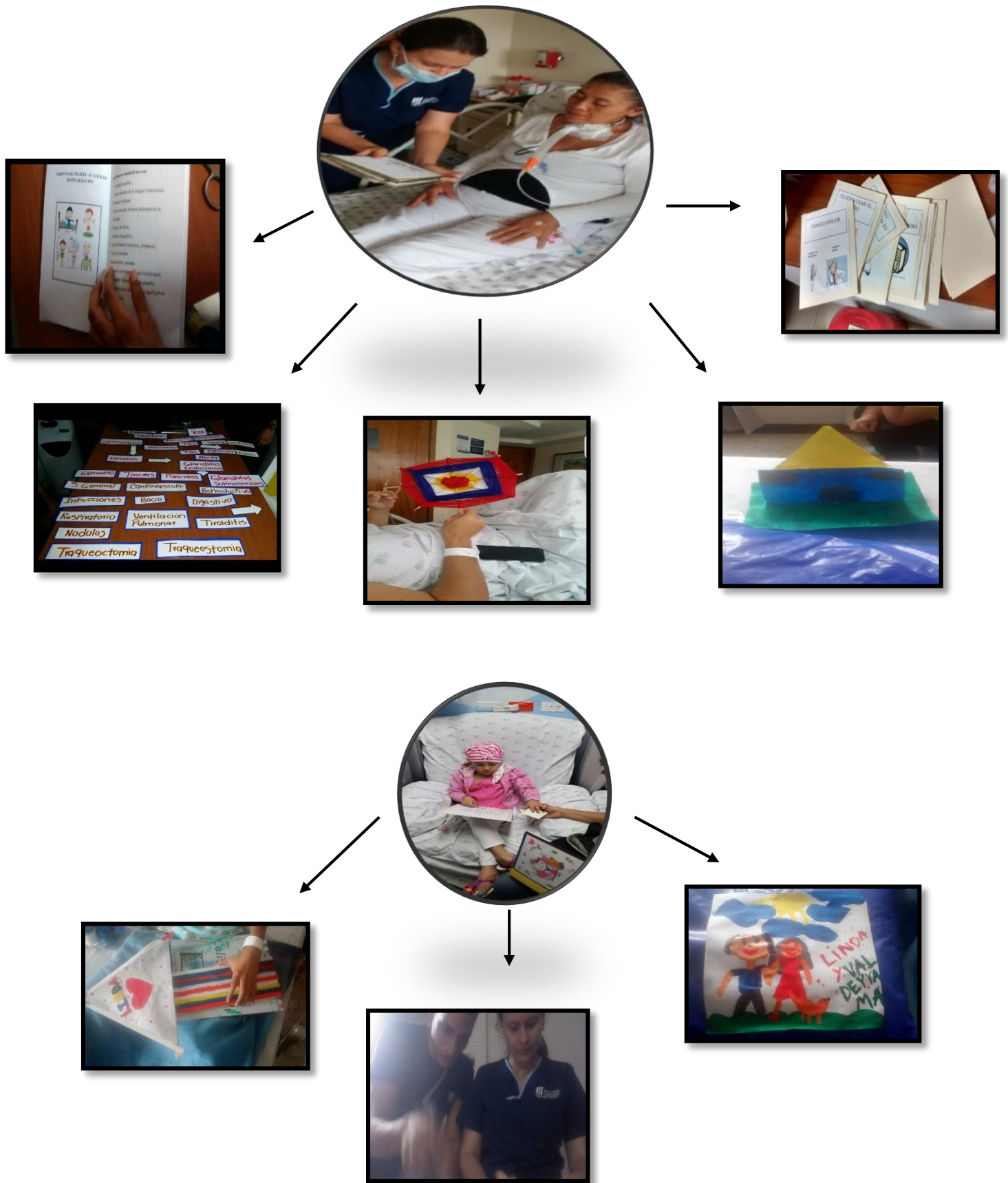
PRE - ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL SER HUMANO (EDUCACIÓN - TRABAJO - RECREACIÓN)			
NOMBRE: <u>Natalia Onas Delgado</u>		EDAD: <u>10</u>	
		GÉNERO: <u>Femenino</u>	
EJES DE LA RECREACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Expresión		X	
Creatividad		X	
Entretenimiento		X	
EJES DE LA EDUCACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Agente educativo			X
Contenidos			X
Mediación			X
Interactividad			X
EJES DEL TRABAJO			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Energía	X		
Producción		X	
Los recursos y el entorno		X	
Dedicación			X

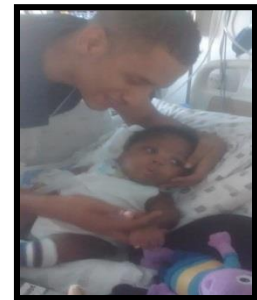
POST - ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS ACTIVIDADES INHERENTES DEL SER HUMANO (EDUCACIÓN - TRABAJO - RECREACIÓN)			
NOMBRE: <u>Natalia Onas Delgado</u>		EDAD: <u>10</u>	
		GÉNERO: <u>Femenino</u>	
EJES DE LA RECREACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Expresión	X		
Creatividad	X		
Entretenimiento	X		
EJES DE LA EDUCACIÓN			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Agente educativo	X		
Contenidos	X		
Mediación	X		
Interactividad		X	
EJES DEL TRABAJO			
COMPONENTES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
Energía	X		
Producción	X		
Los recursos y el entorno	X		
Dedicación		X	

Registros fotográficos de los Proyectos Individuales









Presentación y Elaboración de ejes de intervención

¿CÓMO INVIERTE LA RECREACIÓN EN LOS PACIENTES?

- Socio afectivo
- Emocional
- Cognitivo
- Creativo

¿QUÉ INTERVENCIÓN SE REALIZA CON LOS PACIENTES?

A partir de una metodología **PIARIDH** (*Proyecto Individual de Actividades en Recreación Dirigida en el contexto Hospitalario*) se brinda un acompañamiento para contribuir al mejoramiento en cuanto al estado emocional socio-afectivo y creativo optimizando sus condiciones de vida durante la estadía en clínica que tiene como base cuatro fases:

- Diagnóstico situacional y emocional
- Planación y programación de las actividades

- Ejecución y aplicación
- Evaluación del proceso

TIPO DE ACTIVIDADES O PRÁCTICAS

- Actividad Psicoeducativa
- Diálogo
- Interacción con el acompañante
- Estimulación Temática
- Trabajo de Emociones
- Estimulación en pacientes con Déficit Cognitivo
- Aprendizaje sobre algo específico con mediaciones lúdicas
- Actividad lúdica musical - música creativa
- Exposición gráfica plástica - tejido

PROFESIONALES EN RECREACIÓN

RECREACIÓN DIRIGIDA EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

¿QUÉ ES LA RECREACIÓN?

Práctica inherente del ser humano que permite realizar aspectos ligados a las conductas de la sociedad. La Recreación toma como base la intencionalidad de enseñar y comunicar, fomentando valores y procesos de transformación a partir de las herramientas lúdicas creativas que generan cambios en la individual o grupal.

¿QUÉ HACE UN PROFESIONAL EN RECREACIÓN?

Profesionales comprometidos en hacer intervención social, comprendiendo lo lúdico, lo creativo y lo contemplativo como mediaciones para la transformación del entorno y para el fortalecimiento del tejido social.

¿QUÉ HACEN LOS PROFESIONALES EN RECREACIÓN EN UNA IPS?

Los recreadores están en capacidad de trabajar en programas que contribuyen a la comunidad de la salud ya sea en la parte administrativa, de coordinación o ejecución.

¿CÓMO FUNCIONA LA RECREACIÓN?

Las herramientas lúdicas son las mediaciones o los lenguajes que usamos para intervenir, estas tienen un componente pedagógico, lúdico y creativo representados en el juego, la música, el diálogo, expresiones gráficas plásticas y actividades didácticas transformadoras.

PROYECTOS EN EL ÁREA CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE DE LA RECREACIÓN

Estamos trabajando en proyectos relacionados con el mejoramiento de los servicios vocacionales del CMI, uno de ellos es el acompañamiento a los pacientes en el área de Hospitalización, UCI P, Urgencias, Rehabilitación Física, entre otros con el fin de contribuir al mejoramiento de las

condiciones de vida en el centro hospitalario.

EN QUE BENEFICIA AL USUARIO Y AL COLABORADOR

- Fortalecimiento de valores
- Trabajo de emociones
- Clima organizacional
- Habilidades sociales
- Laure afectivos
- Carga laboral
- Interacción con el otro
- Habilidades comunicativas
- Trabajo grupal

Las Relaciones sociales y el Ocio

- El ser humano es un ser social por naturaleza, desde que nace hasta que muere. Necesita de los demás para vivir y para realizarse.

Comunicación Núcleo Familiar

Tener una buena comunicación con su familia, constituyen factores positivos en el tratamiento integral de cualquier enfermedad.

ANEXOS

Consejos Prácticos Saludables

- Lectura Colectiva
- Ejercicio Colectivo
- Juegos de Diálogo
- Paseo Familiar
- Aprendizaje de Tecnología
- Inclusión de Actividades Adulto Joven
- Interacción con Animales domésticos

Desearnos que tenga una pronta recuperación.

PROFESIONALES EN RECREACIÓN

CENTRO MEDICO IMBANACO
UNIVERSIDAD DEL VALLE

HÁBITOS SALUDABLES

HÁBITOS SALUDABLES

Estar saludable en casa

- Actividad positiva
- Auto cuidado de la imagen (Grooming)
- Mantener una rutina
- Prácticas que incluyan alimentación en Familia
- Juegos de Mesa
- Activos Respiratorios
- Salud Mental (emociones, sentimientos)
- Cuidar la higiene
- Respiración profunda
- Tiempo con buena música (Fonoterapia)
- Fotografía libre (Retrato personal)
- Realización de momentos significativos con la familia

Mantener los Hábitos Alimenticios

Alimentación adecuada de acuerdo a las recomendaciones del Nutricionista o Dietista

Actividad Física

- Realizar actividades de fortalecimiento muscular, por lo menos, dos veces por semana de acuerdo a sus condiciones de salud y recomendaciones de su médico.

Mente Positiva

- Tener una actitud positiva ante la vida, la paciencia a la persona adulta mayor responder mejor ante la vejez.

Sueño y Descanso

Descansar para los momentos antes de dormir.

- Mantener buena rutina para acostarse y levantarse. Que el acto de ir a dormir sea una actividad más de su vida diaria.

PORTAFOLIO DE INTERVENCIÓN RECREACIÓN AL PACIENTE

Categorías de Intervenciones

- Personalidad física y género
- Desarrollo cognitivo
- Funcionamiento de la familia
- Relaciones sociales
- Autoimagen
- Interacción social
- Inteligencia, Conocimiento
- Trastorno de Conducta
- Procesos de Vida
- Aplicación de técnicas psicológicas de tipo de apoyo
- Reflexión de la intervención terapéutica

Tipos de intervención

Se refiere a la intervención de apoyo en la vida del paciente, que se realiza a través de actividades recreativas, que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

Mente creativa

Se refiere a la intervención de apoyo en la vida del paciente, que se realiza a través de actividades recreativas, que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

Actividad Psicoeducativa

Se refiere a la intervención de apoyo en la vida del paciente, que se realiza a través de actividades recreativas, que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

Exposición Gráfica en Póster

Se refiere a la intervención de apoyo en la vida del paciente, que se realiza a través de actividades recreativas, que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Temas de interés

El tema de interés es aquel que genera en el paciente una gran curiosidad y que le permite aprender de manera divertida y creativa.

Actividades Gráficas plásticas

Esta actividad consiste en el uso de materiales plásticos para crear obras de arte que permitan al paciente expresar sus emociones y sentimientos.

El mapa de mis sueños

Esta actividad consiste en el uso de materiales plásticos para crear un mapa de los sueños del paciente, que le permita visualizar sus metas y aspiraciones.

Comunicación y mi familia

Esta actividad consiste en el uso de materiales plásticos para crear una obra de arte que permita al paciente expresar su relación con su familia.

ALAS

ACCIÓN-ALTERNATIVA-ASISTENTE-AFECTIVO Y SOCIAL

PROFESIONALES EN RECREACIÓN

ALAS

Es un proyecto de vida que se realiza a través de actividades recreativas, que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

¿Cómo contribuye un Profesional en Recreación a una IPS?

Los Profesionales en Recreación contribuyen a la calidad de vida del paciente a través de actividades recreativas que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

¿ALAS aporta diferentes aspectos a los proyectos de vida de los pacientes?

ALAS aporta diferentes aspectos a los proyectos de vida de los pacientes a través de actividades recreativas que permiten al paciente mejorar su calidad de vida, su bienestar emocional y su capacidad de adaptación a la vida cotidiana.

¿CON QUÉ SE IDENTIFICA EL PACIENTE Y EL COLABORADOR?

- Fortalecimiento de Vínculos Socio-Afectivos
- Metodologías recreativas
- Luzes afectivas
- Interacción con el otro
- Habilidades comunicativas
- Trabajo de emociones

¿CÓMO ACCEDER AL SERVICIO?

Marcando a la Fono 31010

Referencias

- Borisonik, H. (2011). Pensando el trabajo a través de Aristóteles. *Revista internacional de filosofía*, 1 - 8.
- Leóntiev, A. (1981). *Signo y Actividad*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (22 de Mayo de 2008). *Definiciones*. Obtenido de Definiciones: <http://definicion.de/enfermedad/>
- Vera Guardia, C. (1999). EDUCACION FISICA Y RECREACION EN EL SIGLO XXI. *Efdeportes*, 24. Obtenido de Efdeportes.
- Vitelleschi, S. (2010). *Inteligencia Emocional*. Madrid: Bonum.
- Academia, R. (22 de junio de 2013). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=FdxysLL>
- Apolinar, A., Bastos, N., & Nieto, I. (13 de noviembre de 2010). *Webquets Educativa*. Obtenido de Webquets Educativa: <https://sites.google.com/site/webquestplanificacion/grupo-de-trabajo/home/elaboracion-de-objetivos-generales-y-especificos/contenidos-conceptuales-procedimentales-y-actitudinales>
- Aresca Laura, Birgin, D., Blum, S., Buceta, E., & Figini, M. (2004). *Psicooncología Diferentes Miradas*. Buenos Aires: Lugar.
- Bajtín, M. (2003). *La Cultura Popular en la Edad Media y en el Renacimiento*. Madrid: Alianza.
- Blanch, J. M. (1996). *Psicología Social del Trabajo*. Madrid: McGraw-Hill.
- Blander, R., & Grinder, J. (2 de Octubre de 1980). *Programación Neuro-Lingüística la estructura de la experiencia subjetiva Vol. 1* (Vol. 1). Santiago de Chile: Khaos. Obtenido de Tecnológico de Monterrey: [http://www.itesm.mx/wps/wcm/connect/snc/portal+informativo/opinion+y+analisis/firma/s/dr.+jose+luis+ortiz+rosales/op\(02oct13\)joseluisortiz](http://www.itesm.mx/wps/wcm/connect/snc/portal+informativo/opinion+y+analisis/firma/s/dr.+jose+luis+ortiz+rosales/op(02oct13)joseluisortiz)
- Bravo, R. (18 de Mayo de 2000). *Condiciones de vida y desigualdad social*. Obtenido de Condiciones de vida y desigualdad social : <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/Taller6/5.pdf>
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado: más allá de la revolución cognitiva*. Barcelona: Alianza.
- Camilo. (2001). *Portafolio de servicios*. Centro Camiliano de Humanización y pastoral de la salud. Bogotá: Centro Camiliano.

- Cano, A. (6 de diciembre de 2001). *Seas*. Obtenido de Seas:
http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm
- Carbore, G. (22 de Julio de 2013). *Blogs Flacso*. Recuperado el 29 de Octubre de 2015, de Blogs Flacso: <http://blogs.flacso.org.ar/pedagogia/pedagogia-y-educacion-aproximaciones-conceptuales/>
- CentraRSE. (2 de diciembre de 2006). *siteresources*. Obtenido de siteresources.:
http://siteresources.worldbank.org/CGCSRLP/Resources/Que_es_RSE.pdf
- Chomsky, N., & Foucault, M. (2 de Octubre de 2006). *katzeditores*. Obtenido de katzeditores:
<http://www.katzeditores.com/images/fragmentos/ChomskyFoucault.pdf>
- Coll. (1995). *Actividad Conjunta y habla. Una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa*. Madrid: Siglo XXI.
- Coll, C. (1995). *La interacción social en contextos educativos*. España: Editores, S.A.
- Coll, C. (1995). *Actividad conjunta y habla: una aproximación al estudio de los mecanismos de influencia educativa*. Madrid: Siglo XXI.
- Coll, C. (2001). *Constructivismo y educación: la concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje*. Madrid: Alianza.
- Comfandi. (5 de Febrero de 2016). *5to Simposio Comfandi - Humanización en servicios de Salud*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2016, de 5to Simposio Comfandi - Humanización en servicios de Salud:
<https://www.comfandi.com.co/sites/default/files/documentos/noticia/2016/Mayo/interdisciplinariedad.pdf>
- Copete, J. (18 de Enero de 2015). Percepciones de la práctica en CMI. (J. C. Valencia, & L. J. Montilla, Entrevistadores)
- Correa Sanchez , D., & Arrivillaga Quintero, M. (2006). LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA. *Universidad Javeriana*, 30.
- Dumazedier, J. (1968). *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona: Estela.
- Durán, B. (12 de Abril de 2014). *Psicología y mente*. Obtenido de Psicología y mente:
<https://psicologiyamente.net/vida/programacion-neurolinguistica#!>
- Egg. (2 de Febrero de 1980). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad* (Vol. 10). Barcelona: corr. y aum. Obtenido de http://www.eumed.net/libros-gratis/2011d/1046/concepto_comunidad.html

- Egg, A. (23 de abril de 1988). *¿Qué es la Animación Socio Cultural?* Madrid, Cabildo Insular, Centro de la Cultura Popular Canaria: Alianza. Obtenido de Ciclos Formativos.
- Engel, G. (24 de Julio de 1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Washington: Science. Obtenido de medicinapsicologica:
<http://medicinapsicologica.blogspot.com.co/2010/07/modelo-biopsicosocial-en-medicina.html>
- Engel, G. (22 de Octubre de 2008). *Psicología de la salud*. Obtenido de Psicología de la salud:
<https://sites.google.com/site/psicologiadelasal/home/modelo-biopsicosocial>
- Ferrara, F. (7 de Agosto de 2015). *Concepto de salud*. Obtenido de <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Freire, P. (2007). La educación cómo práctica de la libertad. En P. Freire, *La educación cómo práctica de la libertad* (pág. 157). México: Siglo XXI editores.
- Guadalupe, G., & Gomez, p. (2007). *Optimicemos la Educación con PNL Programación Neurolingüística*. Mexico: Trillas.
- Guichot Reina , V. (2006). Historia de la educación, Reflexión sobre su objeto ubicación epistemológica, devenir historico y tendencias actuales . *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* , 13 a la 15.
- Gutiérrez F, M., Ball Vargas, M., & Marquez , E. (13 de Diciembre de 2008). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102008000400004
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta edición ed.). México: McGrawHill.
- Huizinga, J. (2007). *Homo Ludens*. Barcelona: Alianza.
- Imbanaco, C. M. (15 de Marzo de 2011). *Centro Médico Imbanaco de Cali S.A*. Obtenido de Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.: <http://www.imbanaco.com/content/sede-principal>
- Imbanaco, C. M. (13 de Marzo de 2011). *Reseña Historica*. Obtenido de Reseña Historica:
<http://www.imbanaco.com/content/resena-historica>
- Lewin, K. (1992). *La investigación-acción y los problemas de las minorías* (Vol. 6). Madrid: popular.
- Lopategui, E. (8 de Enero de 2000). *Saludmed*. Obtenido de Saludmed:
<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

- López, I. (1 de octubre de 2012). *institucional*. Obtenido de institucional:
http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/4_5/art_10.pdf
- Marcuse, H. (2003). *Razón y revolución: Hegel y el surgimiento de la teoría social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Marx, K. (1991). *El Capital*. Akal, S.A: Madrid.
- Marx, K. (24 de Julio de 2011). *Educación y pedagogía marxista*. Obtenido de Educación y pedagogía marxista: <http://ceujasociales.blogspot.com.co/2011/07/la-educacion-y-pedagogia-marxista.html>
- Marx, K. (15 de julio de 2012). *Divulgación Marxista*. Obtenido de Divulgación Marxista: <https://divulgacionmarxista.wordpress.com/2012/07/15/teoria-del-valor-trabajo-plusvalia/>
- Max-Neef, M. (12 de Abril de 1986). *Desarrollo a escala humana*. Obtenido de Desarrollo a escala humana: http://habitat.aq.upm.es/deh/adeh_7.html
- Mesa. (2008). *Una aproximación La Recreación como Actividad Sociocultural*. Santiago de Cali: Profesora Universidad del Valle Ph.D.
- Mesa Cobo, G. (2004). *La Recreación dirigida: ¿Mediación semiótica y práctica pedagógica? una pregunta para el debate Universidad del Valle*. Santiago de Cali: Universidad del valle.
- Mesa, G. (1997). *La Recreación como proceso educativo*. España. Obtenido de Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
- Mesa, G. (30 de Septiembre de 1999). *Funlibre*. Obtenido de Funlibre: <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio1if/GMesa.html>
- Mesa, G. (23 de Noviembre de 2004). *IV Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación*. . Obtenido de IV Simposio Nacional de Vivencias y Gestión en Recreación. : <http://www.redcreacion.org/documentos/simposio4vg/FCarrillo.html>
- Mesa, G. (2007). *Marco Conceptual y metodológico de referencia para la elaboración del trabajo de grado en recreación*. Santiago de Cali: Instituto de Educación y Pedagogía Univalle.
- Mesa, G. (10 de Abril de 2009). *La Recreación Dirigida: un laboratorio pedagógico para la contemplación activa de la TV. Comisión Nacional de Televisión y Universidad del valle*.
- Mesa, G. (2009). *PONENCIA - TRAYECTORIAS DE INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO DE LA RECREACIÓN EN LA UNIVERSIDAD DEL VALLE*. Bogotá: Universidad del Valle.

- Monteverde, S. (1 de Abril de 2013). *smonteverde*. Obtenido de smonteverde:
<http://smonteverde.blogspot.com.co/2013/02/interacciones-biologicas.html>
- Munné, F. (1980). *Psicosociología del tiempo libre*. Pensilvania: Trillas.
- Noguera, J. A. (14 de abril de 2002). *El concepto de trabajo y la teoría social crítica*. Obtenido de El concepto de trabajo y la teoría social crítica:
www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25717/25551
- Ojeda, D. M. (22 de Octubre de 2009). *Procuraduría General de la Nación* . Obtenido de Procuraduría General de la Nación :
<http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/delegadas/Trabajo/PUBLICACIONES/Salud%20para%20todos%20e-book.pdf>
- OMS. (16 de Julio de 2006). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- OMS. (24 de Noviembre de 2014). *Elblogdelasalud*. Obtenido de Elblogdelasalud:
<http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Online, T. (12 de febrero de 2016). *terapiaonline*. Obtenido de terapiaonline:
<https://terapiaonline.co/hombre%E2%89%A0mujer/%C2%BFpor-que-los-hombres-no-escuchan-y-las-mujeres-no-pueden-leer-mapas/3-todo-esta-en-el-cerebro/%C2%BFque-hay-en-el-cerebro-la-relacion-entre-las-funciones-especificas-y-los-lugares-del-cerebro/>
- Paiva, A. (2014). Ponencia. *LA EDUCACIÓN LIBERADORA DE PAULO FREIRE Y EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO* (pág. 142). Valencia: Revista ciencias de la educación.
- Parra, L., & Vidal, D. (2014). *LA RECREACIÓN GUIADA EN LA TRANSFORMACIÓN DE SIGNIFICADOS Y EMOCIONES EN NIÑOS ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS EN EL CENTRO MÉDICO IMBANACO (CMI)*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Pedagogia.mx. (7 de Agosto de 2010). *Pedagogía*. Obtenido de Pedagogía:
<http://pedagogia.mx/historia/>
- Peiro, J. (2006). *Psicología del Desarrollo*. Argentina: Bruja.
- Pérez, K. (13 de Abril de 2000). *Bantaba*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Bantaba:
http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/Paulo_Freire_Educaci%C3%B3n_libera_radora_del_oprimido.pdf?revision_id=80140&package_id=80061
- Ramirez , E., Bedoya , J., & Lenis, L. (2014). *PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO ORIENTADA EN LA RECREACION* . Santiago de Cali: Universidad del Valle.

- RealAcademia. (27 de Enero de 2014). *Real Academia Española*. Obtenido de Real Academia Española: <http://dle.rae.es/?id=E5oQXDN>
- Sennett, R. (1998). *La Corrosión del Carácter*. Barcelona: ANAGRAMA, S.A. Obtenido de http://www.oei.org.ar/edumedia/pdfs/T04_Docu2_Lacorrosion_Sennett.pdf
- Studio, F. (8 de Julio de 1998). *Image-line*. Obtenido de Image-line: <http://www.image-line.com/flstudio/>
- Sue, R. (1987). *El ocio*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Uribe Gaviria, A. (16 de Febrero de 2015). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Vaillancourt, G. (2009). *Música y musico terapia* . Madrid: Narcea, S.A.
- Valencia , J., & Montilla, L. (11 de Noviembre de 2015). *Análisis del proceso metodológico PIARH y las tres actividades inherentes del ser en pacientes de larga estancia en el area de hospitalizacion en el CMI*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Velasco, J. (19 de Agosto de 2012). *Funlibre*. Obtenido de Funlibre: <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso13/JAVelasco.html>
- Vigotsky , L. (1979). *El desarrollo de los procesos psicologicos superiores*. Barcelona: Critica.
- Vigotsky, L. (2000). *Funciones Psicológicas Superiores*. Barcelona: Crítica.
- Vigotsky, L. S. (1982). *La imaginación y el arte en la infancia* . Madrid: Akal.
- Vigotsky, L. S. (1995). *pensamiento y Lenguaje Cognición y Desarrollo Humano*. España: Paidos.
- Wertsch, J. v. (1988). *Vigotsky y La Formación Social de la Mente*. Barcelona: Paidos.