

**Tejiendo lazos en pacientes hospitalizados: El apoyo social mediado por la Recreación
Dirigida como estrategia de afrontamiento en habitaciones compartidas en la Fundación
Valle del Lili**

Laura Fernanda Campo Medina

Universidad del Valle

Facultad de Educación y Pedagogía

Programa Académico de Recreación

Santiago de Cali, marzo de 2026

**Tejiendo lazos en pacientes hospitalizados: El apoyo social mediado por la Recreación
Dirigida como estrategia de afrontamiento en habitaciones compartidas en la Fundación
Valle del Lili**

Laura Fernanda Campo Medina

Director trabajo de grado

Jaime Arley González Arias

Presentado para optar al título de: Profesional en Recreación

Universidad del Valle

Facultad de Educación y Pedagogía

Programa Académico de Recreación

Santiago de Cali, marzo de 2026

Dedicatoria

A mi madre, Johanna Medina, quien, con su esfuerzo y amor, construyó los cimientos de mi educación. Me acompañó e inspiró a no rendirme, iluminando cada uno de mis días para que nunca perdiera el rumbo y siempre reencontrara la motivación que me permitió alcanzar este logro.

A mi padre, Miguel Campo, quien, con su amor y paciencia, me enseñó que caer no es el fin, sino una oportunidad para levantarme con más fuerza, a enfrentar cada obstáculo con determinación, a convertir los errores en lecciones y a recordar que siempre puedo volver a brillar.

A mi pareja y compañero de aventuras, Andrés Guevara, quien, con su apoyo y amor, me animó cuando creía que no iba a poder. Fue mi refugio en los días difíciles y me recordó, una y otra vez, que soy capaz de todo.

Y, por último, a mí misma, por no detenerme a pesar del cansancio y las dudas, por seguir luchando cada día para ser mejor. Con este logro celebro mi crecimiento y mi dedicación, porque es la muestra de que cuando uno se lo propone, paso a paso, puede hacerlo realidad.

Agradecimiento

A todas las personas que, de una u otra manera, fueron parte de este recorrido, gracias. Sus palabras de aliento, sus mensajes inesperados y gestos de apoyo me cargaron de motivación para seguir adelante.

Director de trabajo de grado, Jaime Arley González Arias, mi más sincero agradecimiento por su orientación, paciencia y valiosas sugerencias en cada etapa de este proyecto. Su acompañamiento y guía fueron determinantes para hacer posible la culminación de este trabajo.

Índice

Tabla de gráficas.....	7
Tabla de ilustraciones.....	8
Resumen.....	9
Introducción.....	10
Capítulo I: Planteamiento del problema.....	12
Paciente oncológico.....	12
Capítulo II: Marco Contextual.....	15
Programa CuiDar.....	16
Necesidades sociales, emocionales y físicas de los pacientes hospitalizados.....	16
El programa CuiDar y su aporte a la experiencia hospitalaria.....	17
Las habitaciones compartidas del Área de Hospitalización para Adultos.....	19
La voz del paciente: el caso de J.A como construcción de sentido.....	21
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos.....	23
Capítulo III: Marco conceptual.....	24
Delimitación del concepto de apoyo social.....	24
Aproximación a un marco explicativo del apoyo social en la salud.....	26
Comprensión del apoyo social desde la práctica profesional.....	27
Apoyo social, Recreación Dirigida y salud.....	31
Capítulo IV: Marco Metodológico.....	37
Fundamentación metodológica.....	37
Ruta metodológica.....	38
Capítulo V: Resultados.....	42
La habitación compartida como umbral: el lugar de la Recreación Dirigida en el enfrentamiento de la hospitalización.....	42
Elementos previos a la intervención.....	43
Situaciones encontradas en las habitaciones.....	44
Estructura de las intervenciones.....	46

Descripción de las actividades del microproceso.....	47
Recuerdos en casete.....	48
Corazones cuidadosos.....	54
La Recreación Dirigida como puente de apoyo para amortiguar la estancia hospitalaria.	59
La Recreación Dirigida permite crear un espacio de comunicación alrededor de las situaciones problemáticas durante la hospitalización.....	60
La Recreación Dirigida facilita vínculos y construcción conjunta de nuevos sentidos y significados que resignifican la experiencia hospitalaria.....	64
Rol del Profesional en Recreación como mediador en el proceso recreativo dirigido a favorecer el apoyo social.....	70
Conclusiones.....	74
Bibliografía.....	76

Tabla de gráficas

Gráfica 1. Estrategias del programa para dar cumplimiento a sus objetivos

Gráfica 2. Cuadro de las opiniones sobre el apoyo social

Gráfica 3. Diagrama de interpretación sobre apoyo social

Gráfica 4. Diagrama del apoyo social mediado por la Recreación Dirigida

Gráfica 5. Microproceso de intervención mediado por la Recreación Dirigida

Gráfica 6. Organización de las actividades Recuerdos en casete y Corazones cuidadosos, según los momentos de intervención del microproceso

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1. Vista aérea de la sede Principal de la FVL

Ilustración 2. Mural de dibujos que representa la esperanza del paciente

Ilustración 3. Comentarios escritos por pacientes durante una intervención

Ilustración 4. Comentarios escritos por pacientes después de jugar

Ilustración 5. Casete decorado de una paciente hospitalizada

Ilustración 6. Momento de la creación del cuento

Ilustración 7. Comentarios sobre la creación conjunta del cuento

Ilustración 8. Dinámica de Origami de la actividad Corazones cuidadosos

Ilustración 9. Pacientes y familiares durante la escritura del cuento sobre el cuidado

Ilustración 10. Pacientes comunicando ideas para el cuento

Ilustración 11. Pacientes en el proceso de escritura del cuento

Ilustración 12. Paciente y familiares enseñando los resultados del origami

Ilustración 13. Pacientes, familiares y recreadora al finalizar la decoración del casete

Resumen

La habitación compartida se transforma en un escenario de encuentro donde la Recreación Dirigida posibilita la expresión, el diálogo y el apoyo entre pacientes, con el propósito de resignificar el contexto hospitalario y favorecer un mejor afrontamiento de la estancia y sus situaciones. Este trabajo de grado analiza el apoyo social mediado por la Recreación Dirigida como estrategia para afrontar la estancia hospitalaria de pacientes adultos en habitaciones compartidas en la Fundación Valle del Lili. Consiste en la reflexión del proyecto de práctica profesional de la estudiante, centrado en la creación e implementación de dos actividades recreativas orientadas a fortalecer el apoyo social entre pacientes.

La información se recopiló a través de diarios de campo, informes y material fotográfico que permitieron identificar los aspectos clave de las intervenciones, configurando un estudio cualitativo con enfoque interpretativo y autobiográfico que sitúa al profesional en Recreación como sujeto activo dentro del contexto hospitalario. Además, se realizó una revisión bibliográfica para profundizar en los conceptos que sustentan este trabajo: apoyo social, afrontamiento y Recreación Dirigida.

Los resultados de la reflexión evidencian que la Recreación Dirigida favorece la comunicación, la cooperación y el apoyo mutuo entre los pacientes, facilitando el afrontamiento de la estancia hospitalaria y resignificando la experiencia de compartir habitación. En este proceso, el recreador cumple un rol mediador que posibilita los encuentros y la construcción de vínculos, promoviendo el bienestar emocional y una experiencia más humana entre personas que, sin conocerse previamente, comparten un espacio en un momento crucial de salud.

Palabras clave: Apoyo social, afrontamiento, Recreación Dirigida, pacientes, contexto hospitalario, habitaciones compartidas, reflexión.

Introducción

La hospitalización representa un momento crítico en la vida de cualquier persona, especialmente cuando se prolonga en el tiempo; puede generar afectaciones físicas (dolores frecuentes), emocionales (incertidumbre, sentimiento de soledad, ansiedad, decaimiento) y sociales (aislamiento, pérdida de rutinas y espacios de socialización). El entorno clínico, centrado en rutinas médicas y procedimientos técnicos, tiende a dejar de lado las dimensiones emocionales y sociales, a pesar de ser fundamentales para un cuidado integral y el bienestar del paciente, lo que se convierte en un evento desafiante, que deriva en el deterioro del bienestar integral de cada persona hospitalizada.

En este contexto, se presenta otra situación, como la de compartir habitación con otro paciente, lo cual puede generar incomodidad o sensación de pérdida de intimidad. Sin embargo, abre la posibilidad de encontrar compañía, escucha y apoyo mutuo en un momento difícil. No siempre las interacciones se dan de forma espontánea; por ello, se ven favorecidas cuando interviene un mediador y un medio que faciliten los primeros acercamientos o comunicación, que en ocasiones resulta difícil de establecer. Desde esta perspectiva, la Recreación Dirigida, como actividad mediadora, posibilita la creación de espacios para la expresión, el encuentro y la construcción de sentidos y significados compartidos.

Este trabajo de grado surge de la práctica profesional en el Programa CuiDar de la Fundación Valle del Lili, entre octubre de 2022 – octubre 2023, donde se acompañó a pacientes adultos hospitalizados con estancias prolongadas, quienes compartieron habitación con personas con condiciones similares. En el desarrollo de la práctica se diseñaron y aplicaron actividades desde la Recreación Dirigida como medio de expresión, conexión y apoyo mutuo, orientadas a afrontar la estancia hospitalaria.

La reflexión sobre esta práctica propició la siguiente pregunta:

¿Cómo el apoyo social favorece el afrontamiento de la estancia hospitalaria a través de la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali?

Y, a partir de esta pregunta, el objetivo del trabajo fue: analizar el apoyo social como estrategia para el afrontamiento de la estancia hospitalaria a través de la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali.

Para abordar esta idea, se adoptó un enfoque cualitativo de tipo interpretativo y autoetnográfico, enfocado en la trayectoria de la estudiante durante su periodo de práctica. La recolección de información se basa en una revisión reflexiva de los registros producidos, tales como el diagnóstico situacional, proyecto de intervención, diarios de campo, comentarios de los pacientes, notas u observaciones, y registros fotográficos. Esta revisión demuestra cómo, a través de la Recreación Dirigida, se potencian formas de apoyo social que transforman la experiencia hospitalaria.

A nivel de estructura, el trabajo cuenta con introducción, cinco capítulos y conclusión. Capítulo I. *Planteamiento del Problema*, presenta la situación que motiva este trabajo, a partir de los sucesos que atraviesan los pacientes hospitalizados. Se describe la población de interés y justifica la relevancia del estudio.

Capítulo II. *Marco Contextual*, reconstruye el escenario donde se desarrolló la práctica profesional, desde la institución hasta el programa, brindando información clave para comprender el entorno hospitalario. Además, presenta el objetivo general y los objetivos específicos.

Capítulo III. *Marco conceptual*, aborda los referentes conceptuales que orientan y estructuran el tema de estudio. Se desarrolla el concepto de apoyo social en el contexto hospitalario y su relación con el afrontamiento del estrés. Además, se propone una estructura de funcionamiento que posibilita comprender su conexión con la Recreación Dirigida, construyendo así el marco para la reflexión y análisis de la información recogida.

Capítulo IV. *Marco metodológico*, sustenta el enfoque cualitativo adoptado, conectando las vivencias subjetivas con herramientas metodológicas y conceptuales. También, se describe la ruta para el proceso de los resultados.

Capítulo V. *Resultados*, recoge la reflexión de la práctica profesional, en diálogo con los registros, observaciones y vivencias, para interpretar cómo el apoyo social por medio de la Recreación Dirigida permite afrontar la estancia hospitalaria entre pacientes que comparten habitación.

Capítulo I: Planteamiento del problema

La hospitalización, si bien constituye un componente esencial de la atención médica, suele ser desafiante y estresante para los pacientes, con implicaciones emocionales y sociales que no siempre son abordadas durante la estancia hospitalaria. Este proceso es clave para la recuperación; ofrece un entorno controlado en el que se pueden brindar cuidados intensivos, monitoreo constante y tratamientos especializados que no serían posibles en otros contextos. Sin embargo, al tratarse de un ambiente desconocido y distinto al del hogar, el paciente debe adaptarse a diversas situaciones: desvestirse con poca privacidad, compartir habitación con otros pacientes, ajustarse a nuevas rutinas de alimentación y descanso, así como recibir visitas frecuentes de profesionales de la salud y estudiantes universitarios de distintas disciplinas.

A estas condiciones se suma que los pacientes con estancias hospitalarias prolongadas tienden a presentar una mayor carga de ansiedad y depresión (Benítez, Barceló & Gelves, 2016). En particular, durante la práctica profesional se observó que quienes permanecían por más tiempo, en su mayoría, pacientes oncológicos, eran, quienes manifestaban emociones persistentes como tristeza, angustia, desánimo, decaimiento y fatiga constantes. También, se evidenciaba la imposibilidad de realizar actividades cotidianas y ocupacionales relacionadas con estudio, trabajo o recreación, reflejando la reducción de actividad física.

Estas afectaciones emocionales y sociales se suman a las físicas propias de la enfermedad y de sus complicaciones, que requieren seguimiento continuo durante días, semanas o incluso meses, dependiendo del proceso médico individual. Generalmente, el ingreso al hospital inicia en el área de urgencias, seguido por la hospitalización prolongada debido a síntomas relacionadas con la neoplasia, metástasis, cirugía o efectos adversos por los tratamientos como medicamentos, quimioterapia o radioterapia (Mariño, R., Cervera, S., Moreno, L., & Sánchez, O., 2015).

Paciente oncológico

El paciente oncológico, es aquella persona que ha sido diagnosticada con cáncer. El cuerpo humano está compuesto por millones de células que conforman los órganos y tejidos, algunas de estas pueden nacer con alteraciones y, aunque normalmente mueren de forma natural, en ciertos casos continúan reproduciéndose de manera descontrolada, dando origen a tumores. Estos pueden ser benignos o malignos dependiendo de las características de las

células. Los tumores malignos son denominados cancerosos y pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo, como los pulmones, la piel, los huesos, entre otros órganos. Cada tipo de cáncer requiere un tratamiento diferente, que puede incluir procedimientos como cirugía, quimioterapia (administración de medicamentos) o radioterapia. Los tratamientos suelen aplicarse en ciclos que alternan períodos de intervención con fases de descanso. Algunos pacientes requieren hospitalización con cuidados especiales, mientras que otros pueden ser tratados de forma ambulatoria, es decir, desde casa, con días de incapacidad (Fundación Valle del Lili, 2023).

Otra condición que se presenta son los escasos espacios para formar vínculos entre los pacientes con diagnóstico oncológico, ocasionando malestar emocional y problemas de comunicación entre el paciente, familiares e incluso con el personal médico. Aunque cada individuo presenta requerimientos particulares, hay algunos que son comunes y fundamentales, como señalan las autoras Yélamos, C., & Fernández, B., (2009), al revelar que los pacientes buscan confianza en quienes los rodea, el deseo de ser aceptados y comprendidos, el afecto y compañía, el anhelo de encontrar un sentido de la vida y de la enfermedad.

Yélamos, C., & Fernández, B., (2009) mencionan la teoría de Maslow sobre las necesidades que tiene toda persona y son organizadas de forma jerárquica para entender desde las necesidades básicas hasta las superiores, las cuales son: fisiológicas básicas (respirar, dormir, alimentarse, aliviar dolor,...), psicoemocional, social y espiritual (seguridad y protección), social (afiliación y afecto), autoestima y reconocimiento (respeto, independencia, confianza...) y autorrealización (ser, reconocimiento, capacidades). Idea que es reforzada con lo que plantea la Organización Mundial de Salud (OMS), retomando la teoría de Maslow, se podría afirmar que durante la hospitalización los pacientes con diagnóstico oncológico necesitan no solo una atención fisiológica que les de alivio y control de sus síntomas, sino también la construcción de un espacio seguro fortaleciendo relaciones con las personas que los rodean, validación y sensación de que son capaces de enfrentar la enfermedad, apoyo entre pares al sentir que forman parte de un grupo, recibir afecto y contacto humano.

En conclusión, durante la hospitalización suele prestarse mayor atención a las dimensiones físicas y clínicas del paciente, mientras que aspectos emocionales y relacionales quedan en un segundo plano. Esto se acentúa en pacientes con estancias prolongadas y

diagnósticos complejos, quienes enfrentan múltiples síntomas, incertidumbre y situaciones que desafían su sentido de vida y sus capacidades humanas. En este contexto, se promueven pocos espacios para la creación de vínculos significativos entre pacientes.

La Recreación Dirigida se presenta como una oportunidad para resignificar un espacio poco aprovechado: la habitación compartida. Esta puede convertirse en un escenario propicio para el encuentro entre personas que atraviesan realidades similares, incluyendo también a los familiares como parte del entorno de cuidado. De este modo, no solo se favorece la interacción y el acompañamiento mutuo, sino también la comunicación como herramienta esencial para tramitar emociones, afrontar las dificultades propias del proceso hospitalario y fomentar el apoyo social entre pares.

En este contexto, surgió la pregunta: *¿Cómo el apoyo social favorece el afrontamiento de la estancia hospitalaria a través de la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali?*

Capítulo II: Marco Contextual

La Fundación Valle del Lili (FVL) es una institución privada de nivel IV, dedicada a la atención de situaciones de salud de alta complejidad. Fue constituida el 25 de noviembre de 1982 en Santiago de Cali, con el fin de brindar servicios de salud integrales a la comunidad. Es una entidad cuenta con cinco sedes ubicadas en diferentes sectores para facilitar el acceso de los usuarios a los servicios; en cada sede cuenta con un amplio portafolio de servicios y procedimientos para cubrir las necesidades médicas de los pacientes. Las sedes son: Principal (sur), Limonar (sur), Tequendama (centro), Avenida Estación (norte) y Alfaguara (municipio de Jamundí)¹.

Según la reciente publicación de la revista Newsweek sobre los ranking “World Best Hospitals 2024”, la FVL es una de las instituciones de salud más avanzadas de latinoamérica, esta ha adoptado el modelo de atención centrada en la persona de *Planetree International* (Etel M. Veringa, 2018), el cual prioriza las necesidades y expectativas del paciente, ofreciendo un trato humanizado que respete los derechos y aborde los requerimientos tanto físicos como emocionales. Buscan que el paciente sea partícipe de su cuidado y tratamiento, permitiendo que el paciente y la familia decidan frente a la situación.

Por ello, en la sede principal de la Fundación Valle del Lili (FVL), ubicada en la Av. Simón Bolívar, se destaca por sus modernas instalaciones y tecnología avanzada, que, junto con un equipo de profesionales capacitados, garantizan servicios centrados en el bienestar y cuidado integral de los pacientes y sus familias. Ofrecen una amplia gama de servicios, como cirugía de alta complejidad, atención de urgencias, consultas médicas especializadas, quimioterapia, banco de sangre, cuidados intensivos, hospitalización, entre otros (Fundación Valle del Lili, 2023).

¹Fundación Valle del Lili. (2023). *Informe de sostenibilidad 2023*. Fundación Valle del Lili.

https://valledellili.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-de-Sostenibilidad-FVL-2023_compressed.pdf

Ilustración 1. Vista aérea de la sede Principal de la FVL



Fuente: Fotografía por Google Maps, (2019)

A partir del enfoque de atención centrada en el paciente y sus necesidades, la FVL ha desarrollado programas innovadores que fortalezcan la calidad del cuidado brindado al paciente y su familia. Algunos programas, son basados en modelos de atención integral desde las teorías del Cuidado Humanizado de Kristen Swanson y el Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger, que identifican las necesidades individuales de cada paciente para ofrecer una atención personalizada, con un enfoque en la gestión de riesgos y la creación de momentos positivos y memorables. Un ejemplo destacado es el Programa CuiDar del Departamento Asistencial, que aplica estos principios para garantizar un cuidado centrado en la dignidad, el respeto y las diferencias culturales de cada paciente.

Programa CuiDar

Necesidades sociales, emocionales y físicas de los pacientes hospitalizados

Los pacientes acogidos por programas como CuiDar son, en su mayoría, personas adultas hospitalizadas que llevan varios días en tratamiento y cuidados médicos; entre las enfermedades más comunes que requieren hospitalizaciones prolongadas se encuentra la patología oncológica, la cual suele implicar estancias de más de 10 días. Estos pacientes no solo enfrentan las implicaciones médicas de su enfermedad, sino que atraviesan desafíos emocionales, sociales y físicos que afectan su bienestar general. Por ello, desde un enfoque

de atención centrada en el paciente, la FVL implementa programas para responder a estas necesidades y mejorar la experiencia hospitalaria.

El programa está diseñado para identificar, comprender y abordar las necesidades de los pacientes, desarrollando estrategias que ayuden a mitigar el impacto de la hospitalización. Algunas de las necesidades sociales que se encuentran son el aislamiento, la falta de comunicación con el entorno, la ausencia de espacios de distracción o recreación y la necesidad de acompañamiento. En cuanto a las necesidades emocionales, los pacientes pueden requerir apoyo, manejo de la ansiedad y el miedo, la reducción del estrés, la expresión de sentimientos y la reconstrucción de la autoestima e identidad. Por último, dentro de las necesidades físicas, está la falta de movilidad, actividades constantes de motricidad fina y gruesa, acceso a la luz del sol y calor².

El programa CuiDar y su aporte a la experiencia hospitalaria

El programa CuiDar nació con una visión profunda del cuidado entendida como la preocupación por el otro, de su necesidad y lo que se puede ofrecer por la persona. Su nombre refleja esta esencia al unir dos conceptos claves: primero, *te cuido* y segundo, *que doy* para ayudarte en el proceso de recuperación, a través de la entrega de amor, compromiso y organización. Para conocer más sobre este programa, a continuación, se presenta su historia en las palabras de la jefa de enfermería siendo una de las fundadoras (2022):

“Desde el año 2017 un grupo de enfermeros se enfocaron en el modelo de cuidado, teniendo en cuenta el cuidado humanizado y el cuidado transcultural para encontrar cuales eran los apoyos que faltaban como institución para tener una mejor atención hacia los pacientes. A finales del 2018, se dieron cuenta que dentro de la institución habían pacientes adultos de larga estancia hospitalaria aburridos por la cantidad de días que llevaban, por el cambio de dinámica de vida y sus estados emocionales. Al mismo tiempo, surgía la demanda de orientación de las personas dentro de la institución al momento de ingresar y durante la permanencia, por ser un espacio amplio y con muchos servicios que genera desubicación y confusión.

En mayo de 2019, el programa comenzó a desarrollarse con el propósito de abordar los desafíos mencionados. Primero, aportar en el proceso de recuperación de los pacientes mediante la participación de actividades lúdicas durante su estancia hospitalaria. Segundo,

²Retomado de las observaciones del diagnóstico situacional durante la práctica profesional.

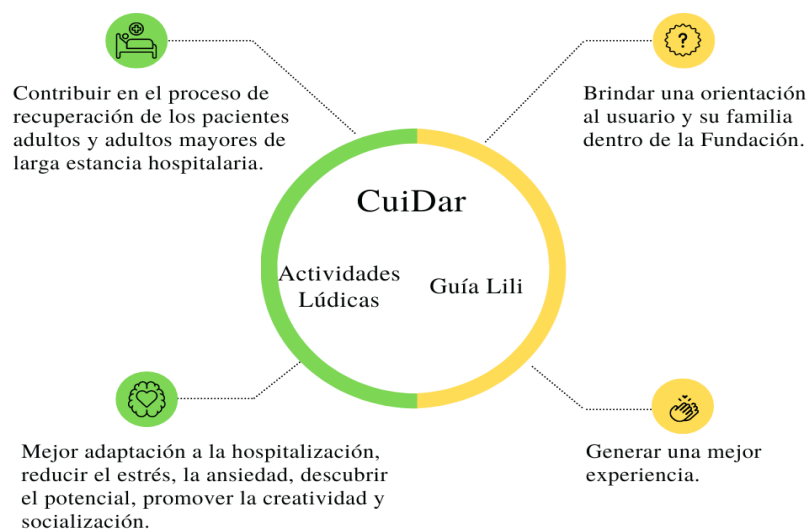
brindar apoyo en la orientación de los usuarios dentro de la institución, facilitando el desplazamiento y reducción de tiempo.”

Aunque los objetivos del programa no están formalmente documentados ni disponibles públicamente, pueden deducirse a través de la historia proporcionada anteriormente por la jefe de enfermería:

- Implementar actividades lúdicas dirigidas a favorecer la recuperación física o emocional del paciente y su familia durante la estancia hospitalaria.
- Fortalecer la orientación y el acompañamiento del usuario dentro de la institución.

Como parte de la comprensión de los objetivos del programa y las estrategias para el cumplimiento de estos, desarrollé en la práctica profesional el siguiente diagrama.

Gráfica 1. Estrategias del programa para dar cumplimiento a sus objetivos



Fuente: Elaboración propia.

El diagrama fue creado con la intención de representar de manera clara y resumida el programa, destacando sus dos componentes principales: *Actividades Lúdicas* y *Guía Lili*. La estructura visual facilita la comprensión de la relación entre estos componentes y sus estrategias, permitiendo ver cómo cada parte contribuye al propósito general en la experiencia hospitalaria de los pacientes y sus familias.

En el centro del diagrama se encuentra el programa *CuiDar*. En el lado izquierdo representado con color verde se encuentra *Actividades Lúdicas*, estrategia orientada a apoyar

el proceso de recuperación de los pacientes, y en el lado derecho representado con color amarillo se encuentra *Guía Lili*, estrategia que se enfoca en orientar a los pacientes y sus familias dentro de la fundación. Desde esta perspectiva, el diagrama permite visualizar cómo cada componente se conecta para formar el programa.

Este trabajo de grado se centra especialmente en el componente de actividades lúdicas, dado que la práctica profesional se orientó a diseñar actividades para el proceso de recuperación y adaptación de los pacientes a la hospitalización. Los temas de las actividades del programa se enfocan en abordar los valores humanos o habilidades para la vida, de manera que genere una mirada reflexiva frente al proceso de enfermedad, recuperación e incluso después de su estancia en el hospital. Se planeaba un cronograma anual en el que se escogía el tema a trabajar cada mes, por ejemplo, el mes de mayo de 2023 se trabajó el tema de la protección con la actividad de Corazones Cuidadosos y se ejecutaba durante todo el mes con diferentes pacientes en secciones de tiempo aproximadamente de 30 a 40 minutos.

Dichas actividades se desarrollaron en tres pasos; primero, acercamiento al paciente para conectar y explicar el propósito de la visita e intervención; segundo, creación de un perfil de las necesidades y gustos del paciente frente a la parte lúdica; y tercero, ejecución de la actividad del tema seleccionado. Estos momentos permitieron al paciente un espacio para expresar sentimientos y emociones, fomentar la escucha activa, facilitar la distracción positiva y participar en juegos con fines terapéuticos.

Las actividades lúdicas se llevaron a cabo en diferentes áreas de la FVL, como la sala de quimioterapia, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) adultos, la Unidad de Alta Complejidad Obstétrica (UACO) y el área de hospitalización para adultos, específicamente en las habitaciones. Sin embargo, dado que la práctica profesional se llevó a cabo principalmente en esta última área, el trabajo de grado aborda únicamente ese entorno.

Las habitaciones compartidas del Área de Hospitalización para Adultos

La sede principal de la FVL cuenta con dos torres de varios pisos, cada una con aproximadamente 4 pisos destinados para brindar atención hospitalaria y se encuentran entre 14 a 28 habitaciones por piso, de las cuales más de la mitad son compartidas, es decir, tienen capacidad para dos pacientes por habitación. Las otras están diseñadas para un solo paciente, generalmente aquellos con medicina prepagada o algún tipo de aislamiento a causa de una patología o infección contagiosa.

En esta área se encuentran pacientes adultos de diversas edades, que van desde los 18 hasta los 80 o 90 años. Pueden ser hombres o mujeres, y su estancia hospitalaria es prolongada debido a diversas condiciones, como accidentes o patologías. También hay pacientes en aislamiento, identificándose con letreros informativos en la puerta de la habitación que indican las restricciones para que el personal asistencial siga las recomendaciones de seguridad al ingresar, como el uso de bata, gel antibacterial, tapabocas de alta eficiencia y evitar dejar la puerta abierta.

Según la Fundación Valle del Lili (2023), los aislamientos están clasificados por el comité de infecciones y seguridad del paciente, con un sistema de colores para mejor identificación. Los que se encuentran son:

- *Aislamiento de contacto*: representado con el color rojo, es para pacientes que tienen una infección que se transmite a través de las manos o elementos contaminados, suele estar cuando el paciente tiene una bacteria o virus.
- *Aislamiento de Clostridium*: representado con el color morado, en los pacientes que tienen la bacteria que causa diarrea y afecciones intestinales serias.
- *Aislamiento por gotas*: representado con color amarillo, para los pacientes que aún se desconoce el diagnóstico pero tienen posibilidad de transmitir la enfermedad a través de la saliva, estornudo o tos.
- *Aislamiento aéreo*: representado con color verde, son aquellos pacientes que tienen una enfermedad que se transmite a través de los microbios que quedan en el aire. Por ejemplo, pacientes con Covid- 19.
- *Aislamiento protector*: representado con azul, es para los pacientes que tienen una enfermedad o alteración en su sistema de defensas.

Las habitaciones compartidas constituyen un espacio relevante en el que se encontraban dos pacientes del mismo género y con patologías similares, diferenciados por las letras A y B. Cada habitación cuenta con una cama para cada paciente, un asiento para el acompañante, una mesa auxiliar, televisores, un área para guardar objetos personales, una cortina que divide el espacio, lavamanos y un baño compartido. Sin embargo, compartir el espacio genera incomodidades, como la pérdida de privacidad al conversar con el médico o familiares. Además, surgen olores de las heridas o del baño, ruido provocado por el televisor, falta de respeto en el diálogo (en cuanto al uso de un lenguaje inapropiado o un tono de habla elevado) y el manejo de la cortina, que es movida sin autorización del otro paciente.

Más allá de estas situaciones, se evidencian barreras propias del espacio físico que dificultan la interacción y limitan la posibilidad de establecer relaciones, lo que se traduce en diferencias, falta de comunicación e incomodidad. En primer lugar, el diseño del espacio representa un factor determinante. La disposición paralela de las camas, restringe el contacto visual directo entre los pacientes y las cortinas divisorias, necesarias para la privacidad, crean una separación simbólica que desalienta la interacción. Al igual que, el mobiliario rígido y limitado diseñado únicamente con fines médicos, que carece de zonas intermedias o compartidas, como mesas para lectura o juego, que favorezca la socialización.

A esto se suma la presencia constante de equipos médicos, que convierten la habitación en un lugar lleno de obstáculos, pensado principalmente para el tránsito del personal asistencial, las visitas o el desplazamiento al baño, pero no para el encuentro entre quienes lo habitan. La decoración neutra y estandarizada refuerza una atmósfera impersonal y una rigidez institucional que impide a los pacientes personalizar el espacio con objetos significativos como fotografías, libros u otros elementos. Finalmente, la ausencia de estrategias del personal asistencial para fomentar conversaciones o actividades que faciliten un ambiente tranquilo y expresivo.

La voz del paciente: el caso de J.A como construcción de sentido

Durante la práctica profesional, se asignaban días específicos para intervenir pacientes en sus habitaciones, con el propósito de brindarles un momento de distracción, conocer sus preferencias lúdicas y comprender su estado de ánimo. Para ello, se planificaba una actividad acorde con el tema propuesto en coordinación con la jefa del programa. Algunas de las actividades implementadas consistían en recrear recuerdos significativos a través de dibujos, figuras o textos, mediados por una canción, un cuento, imágenes o una reflexión.

Cada día se visitaban entre 7 y 10 pacientes. En una de estas visitas, coincidí con un paciente al que llamaré J.A., que, al ingresar a su habitación, me llamó la atención un mural en la pared, compuesto por dibujos, frases y fotos creadas por él mismo. A través de la actividad planificada, logré conectar con J.A., quien, al finalizar, añadió su trabajo junto a las demás piezas, lo que me llevó a preguntarle sobre el significado de su obra. Para enriquecer la trayectoria, retomamos la historia detrás del mural motivacional, el cual reflejaba pensamientos y emociones durante la estancia hospitalaria.

“Tengo dos razones por las cuales realicé este muro de promesas o dibujos, la primera y más importante, es por la situación que me encuentro, ya que es una situación difícil y lo único que puedo hacer es apegarme a mi fe, ya que fui diagnosticado con cáncer, entonces decidí aferrarme a Dios, cada palabra, cada dibujo cuenta una historia de mi experiencia y es lo que día a día carga mi fe. Son dibujos que al leerlos una o muchas veces me siguen dando la misma motivación, manteniendo mi mente, mis sentidos, mis ojos con fe, ya que el hospital no es un lugar fácil, es un lugar de muerte, es un ambiente muy pesado, más las incomodidades que se viven al compartir habitación, escuchar código azul o malas noticias a cada rato. Esto me ayuda a estar enfocado en mi objetivo que es sanar.

La segunda razón, permite que mi mente y mi cerebro se mantengan ocupados, inconscientemente construí una rutina para hacer que los días en el hospital pasen más rápidos, son casi 7 meses hospitalizado. Entonces, esto permitió que ocupara mi día y ordenara a mi mente y organismo a mantenerse firme y fuerte para afrontar todo el proceso.”

Ilustración 2. Mural de dibujos que representa la esperanza del paciente



Fuente: Fotografía proporcionada por el paciente J.A durante su estancia hospitalaria, (2023).

Después de compartir las razones de lo que había plasmado en la pared, con el paso de los días J.A comenzó a buscarme para solicitar materiales como hojas, colores o marcadores, o para realizar alguna actividad que le ayudará a distraerse y mantener la mente ocupada durante su hospitalización. Este hecho, en el marco de mi práctica profesional, me permitió comprender que, más allá de la atención médica, los pacientes requieren espacios que atiendan sus demandas emocionales y sociales. Como recreadora, identifiqué que el juego, la creatividad, la narración y la expresión artística, junto con la escucha activa y la mediación,

pueden transformar las circunstancias en posibles estrategias para favorecer el bienestar integral mediante los vínculos y redes de apoyo.

En el caso de J.A se activaron varios tipos de apoyo social: el emocional, al escucharlo y validar sus inquietudes; el informativo, al compartir detalles de las actividades disponibles; y el instrumental, al entregarle materiales que le permitieron mantenerse ocupado. Reconocer este impacto me llevó a proyectar el mismo acompañamiento hacia otros pacientes, lo que originó la estrategia de trabajar con dos a la vez, especialmente en aquellos que no podían salir de la habitación.

No obstante, surgieron desafíos como la necesidad de diseñar actividades simples pero significativas, las limitaciones de tiempo y condiciones institucionales para realizar constantes actividades con todos los pacientes, la selección de dinámicas que no generen incomodidad y al mismo tiempo motivación para lograr un trabajo en conjunto entre pacientes y familiares.

Por esta razón, es importante destacar que la reflexión sobre la práctica profesional del proyecto titulado *"Lazos sociales para la recuperación del paciente adulto en el ambiente hospitalario"*, permite responder a:

Objetivo general

Analizar el apoyo social como estrategia para el afrontamiento de la estancia hospitalaria a través de la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali.

Objetivos específicos

- Caracterizar la experiencia de práctica profesional desde la Recreación Dirigida para el afrontamiento de la estancia hospitalaria.
- Comprender cómo a través de la Recreación Dirigida se favorece el apoyo social entre pacientes de la misma habitación.

Capítulo III: Marco conceptual

Los fundamentos conceptuales que orientan este capítulo buscan facilitar la comprensión del fenómeno abordado en la práctica profesional: el apoyo social como estrategia de afrontamiento en contextos hospitalarios, especialmente cuando se articula con actividades de Recreación Dirigida. Para ello, se revisan aportes teóricos que explican la naturaleza, funciones y efectos del apoyo social sobre la salud, destacando su papel como amortiguador del estrés en episodios de crisis o adversidad, como ocurre en una hospitalización prolongada.

La revisión del concepto de apoyo social permite reconocer su incidencia directa e indirecta en la salud, ya sea como recurso estructural, mediador del estrés o factor protector frente a eventos estresantes. Al mismo tiempo, se examina la relación entre apoyo social, estrés y afrontamiento, señalando la manera en que las personas movilizan recursos individuales y colectivos para hacer frente a circunstancias difíciles.

Esta exploración se complementa con la inclusión del concepto de Recreación Dirigida, entendida como una herramienta pedagógica no formal en el ámbito de la salud, que potencia el apoyo social a través del juego, la interacción, la expresión y el fortalecimiento de vínculos entre pacientes hospitalizados. En conjunto, el marco explicativo no solo brinda sustento conceptual al objeto de estudio, sino que también orienta la interpretación de los momentos recogidos durante la práctica profesional, donde se exploró la Recreación Dirigida desde las redes de apoyo mutuo entre quienes comparten un mismo espacio.

Delimitación del concepto de apoyo social

El interés por definir el concepto de apoyo social surge en la década de 1970 y, desde entonces, ha evolucionado en diversos enfoques. A través de una revisión de varios autores se identificaron aportes en la construcción de este concepto. Por ello, se adoptan algunas interpretaciones que se consideran fundamentales para su comprensión. A continuación, se presenta un cuadro basado en el texto de Durá y Garcés (1991), en el que se exploran las contribuciones de algunos autores a lo largo de la historia para aclarar el concepto de apoyo social, el cual lo definen como la percepción de valía y afecto del individuo al sentirse aceptado y miembro de un grupo social.

Gráfica 2. Cuadro de las opiniones sobre el apoyo social

Autor (Año)	Opinión
Cassel (1974)	Es ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo.
Weiss (1974)	Tiene seis contribuciones: sentido de logro, integración social, aprendizaje, reafirmación del valor de uno mismo, sentido de alianza segura y orientación.
Cobb (1976)	Información que recibe el individuo respecto a ser amado, estimado y valorado como parte de un grupo social.
House (1981)	Transacción real entre personas en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración.
Hobfoll y Stokes (1988)	Interacciones sociales que ofrece asistencia real o sentimiento de conexión a una persona o grupo, percibida como querida o amada.

Fuente: Elaboración propia.

Del cuadro se recogen dos ideas claves que han contribuido a la comprensión del apoyo social. El primero es la integración social, entendida como el proceso mediante el cual los individuos se sienten parte de un grupo o comunidad estableciendo vínculos que les permiten interactuar, compartir experiencias y recibir apoyo. El segundo es el carácter de ayuda, que se refiere a la disposición y acción de brindar apoyo a otra persona, ya sea de forma emocional, instrumental o informativa (Durá y Garcés, 1991).

En síntesis, el apoyo social es un factor fundamental para la integración y el bienestar de los individuos, se basa en la percepción de aceptación y pertenencia dentro de un grupo. Este apoyo proviene principalmente de personas con quienes se mantiene una interacción constante y puede manifestarse en acciones físicas, como ayuda práctica o material y en acciones emocionales según las necesidades del individuo. Los recursos derivados del acompañamiento, orientación, validación emocional y ayuda material contribuyen al bienestar personal, el cual puede ser captado como recibido o percibido.

Aproximación a un marco explicativo del apoyo social en la salud

El apoyo social se ha considerado importante para el bienestar de las personas, por lo que diversas investigaciones han buscado comprender sus beneficios, efectos y condiciones, especialmente en contextos de adversidad o situaciones complejas que afectan la salud. Por ello, han desarrollado teorías para comprender el impacto y las estrategias de intervención dirigidas a crear o movilizar el apoyo en las personas (Vila, J., Gómez Bobassi, L., & Pérez, M., 2001). Dichas teorías son:

El apoyo social influye significativamente en la morbilidad y mortalidad; las personas con relaciones y vínculos sociales sólidos tienden a vivir más tiempo y a disfrutar de una mejor salud física y mental en comparación con aquellas con menor apoyo. Su impacto en la salud es directo, más allá de la presencia de eventos vitales estresantes. Desde este punto de vista, el apoyo social se evalúa en función de su estructura, considerando el alcance y la amplitud de las conexiones de un individuo que impactan en la salud física y mental.

El apoyo social como impacto reductor sobre el estrés que influye en la adaptación física y psicológica de las personas frente a diversos sucesos de vida. Entre ellas se incluyen la pérdida del empleo, el estrés laboral, la transición a la maternidad o paternidad, la viudez, entre otros. También el impacto de problemas de salud como infartos, hipertensión, enfermedades coronarias y otras afecciones graves o crónicas. Es decir, el apoyo social reduce el estrés al momento de afrontar una situación o problema.

Por último, el apoyo social actúa como un amortiguador frente al impacto del estrés en la salud, modulando la relación entre los eventos estresantes y sus efectos negativos. No influye directamente en el bienestar ni en la presencia de estresores, sino que su impacto se hace evidente cuando una persona enfrenta eventos adversos. Quienes cuentan con un alto nivel de apoyo social experimentan una menor afectación por el estrés, mientras que aquellos con redes de apoyo limitadas son más vulnerables.

En este sentido, la función principal del apoyo social es proteger a las personas de las consecuencias perjudiciales del estrés, actuando como un moderador de sus efectos en los eventos estresantes.

Según Barra E. (2004), el apoyo social desempeña un papel fundamental en la salud física y mental; influye directamente en la actividad fisiológica al asociarse con una menor

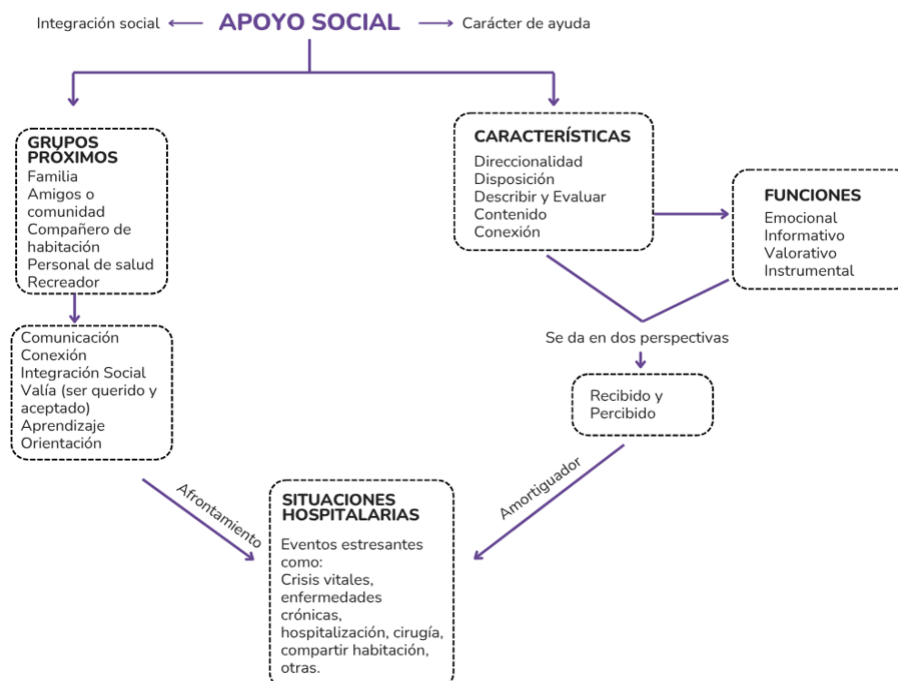
frecuencia cardiaca, una presión arterial más baja y una mejor función inmune. Además, fortalece la flexibilidad cognitiva y mejora la capacidad para afrontar el estrés, lo que contribuye a una mayor resiliencia. Asimismo, se ha identificado su relación con la ansiedad, la afiliación y la comparación social, evidenciando que compartir con personas en condiciones similares puede generar un efecto calmante. En conjunto, el apoyo social no solo brinda una sensación de bienestar y seguridad, sino que también actúa como un mecanismo protector frente al estrés y sus efectos negativos.

Comprensión del apoyo social desde la práctica profesional

Para este trabajo de grado el apoyo social se configuró como una estrategia para el afrontamiento de la hospitalización. A través de las actividades de Recreación Dirigida se logró la interacción e integración entre pacientes que comparten habitaciones contribuyendo a la experiencia durante la estancia hospitalaria.

Se proponen dos diagramas basados en los textos de Durá, E., & Garcés, J. (1991) y Barra E. (2004), *el primero representa un diagrama explicativo de la interpretación del apoyo social*.

Gráfica 3. Diagrama de interpretación sobre apoyo social



Fuente: Elaboración propia.

El apoyo social es la percepción de sentirse valorado, apreciado y respaldado por las personas o grupos que conforman la red social de un individuo, es decir, el conjunto de personas cercanas que lo rodean. Este apoyo proviene principalmente de los grupos próximos, como la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros, que forman parte de las relaciones interpersonales, generando conexión, integración, sentido de valía, aprendizajes u orientación. Al mismo tiempo, se comprende como la ayuda que obtiene el individuo de otros en diferentes etapas de la vida, reforzando en el individuo la sensación de acompañamiento e importancia.

Por ello, el apoyo social se caracteriza de la siguiente manera para su comprensión. 1. Direccionalidad: son distintas formas de ver el apoyo, si se recibe, se brinda o ambas a la vez. 2. Disposición: es la posibilidad de recibirlo (disponibilidad, aunque no se utilice) y su utilización real de los recursos. 3. Describir y evaluar: es la calidad y la naturaleza del apoyo. 4. Contenido: se considera las funciones que tiene el apoyo (emocional, informativo, instrumental y valorativo) y su impacto en contextos estresantes, y, por último, 5. Conexión: quien aporta el apoyo (familiar, amigos, otros).

De lo anterior, se busca ampliar las funciones del apoyo, pues la efectividad depende de quien lo aporte. Las funciones pueden ser: 1. Emocional: se relaciona con aspectos de confort, el cuidado y la intimidad; 2. Informativa: involucra recibir consejos y orientación; 3. Valorativa: reafirma autoestima, reconocimiento y retroalimentación positiva. Por último, 4. Instrumental: disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos tangibles.

Por otro lado, para interpretar el apoyo social y la información obtenida por el individuo, implica distinguir entre lo que siente que tiene a su disposición y la ayuda efectiva que recibe en su entorno. Esta distinción se expresa en dos conceptos fundamentales: apoyo percibido, es la evaluación subjetiva que una persona hace sobre la disponibilidad y efectividad del apoyo que ofrece su red social, independientemente de si lo recibe. Es decir, se trata de la sensación de respaldo y seguridad que tiene frente a sus necesidades, basada en la confianza en su entorno social; y apoyo recibido, es la ayuda efectiva que una persona obtiene de sus relaciones sociales, reflejada en acciones concretas destinadas a brindar bienestar. Se mide de manera objetiva según la cantidad y frecuencia con la que se ha proporcionado en un tiempo determinado, considerando las fuentes de apoyo que realmente han intervenido.

Desde su estructura de funcionamiento, el apoyo social es un amortiguador que permite la adaptación ante estresores y eventos adversos, como es el contexto hospitalario, en donde un individuo puede enfrentar estrés y efectos negativos con relación a su entorno. Según Fierro (2001), “se habla de estrés, cuando la estimulación es dañina, amenazante o ambigua. Se ha concebido, pues, el estrés como estímulo, aunque incluyendo su repercusión o impacto en el sujeto” (p.03); es decir, se considera el estrés como una reacción psicológica y fisiológica que surge cuando una persona percibe desafíos o amenazas.

Específicamente, el autor menciona que, “para poder hablar de estrés se requiere que haya una demanda prolongada” (p.7); el estrés no debe entenderse como una percepción negativa, sino como un proceso que impulsa a reaccionar y movilizar estrategias para ayudar a la persona a adaptarse a las demandas del entorno. Con lo anterior, expresa que el estrés se caracteriza por la capacidad de “*llamar a la acción*”; es decir, generar una respuesta conocida como afrontamiento para gestionar e impulsar a la persona a actuar frente a la situación.

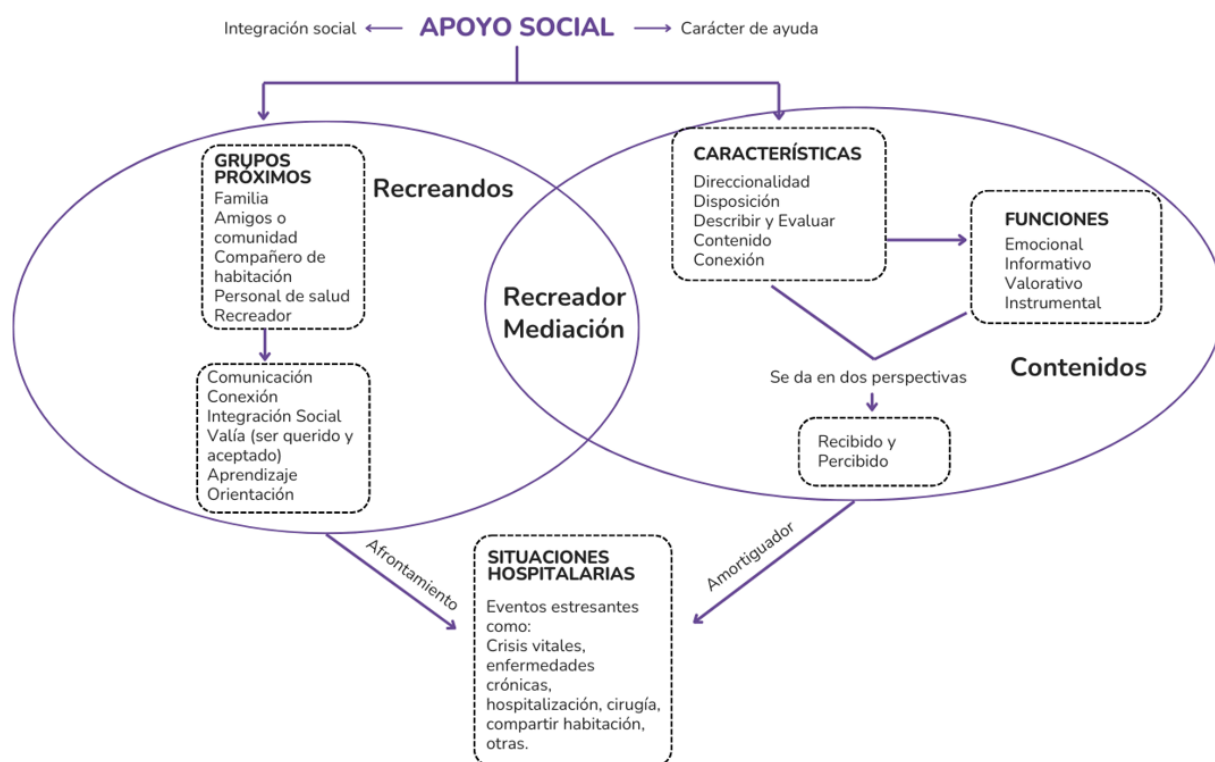
Como es en este caso, los pacientes hospitalizados por varios días tienden a sufrir de estrés por las condiciones en las que se encuentran, como la falta de rutina diaria, la ausencia de trabajo, no poder salir al exterior, la incertidumbre del tratamiento, falta de contacto con sus seres queridos e incomodidades del espacio que se encuentra, entre otros; por lo cual, cada paciente necesita del afrontamiento que es “*la respuesta adaptativa al estrés*” mencionado por Fierro (2001) como:

La adaptación de que aquí se habla no es, pues, adaptación pasiva (adaptarse al entorno, a las circunstancias), o sólo reactiva, sino activa e interactiva: en ella se incluye también adaptar el entorno a las propias necesidades y demandas, y con eso hacerlo vivible, habitable. (p. 02)

El afrontamiento se refiere a las estrategias o acciones que una persona lleva a cabo para manejar, reducir o adaptarse a la situación, por medio de un proceso de evaluación y reevaluación para mitigar los efectos del estrés, como una respuesta activa que permite enfrentar las demandas del entorno y el impacto emocional. Con una adecuada adaptación implica que la persona desarrolla habilidades para gestionar momentos difíciles de manera más efectiva y así contribuir al bienestar y crecimiento personal.

El segundo es un diagrama explicativo que presenta los componentes del apoyo social (sus características, funciones, perspectivas y grupos próximos) en relación con los componentes de la Recreación Dirigida de Mesa (2004). En este se evidencia el papel mediador del recreador, que al integrar actividades recreativas no solo promueve la interacción entre pacientes con sus contenidos, sino que también actúa como amortiguador de escenarios difíciles o problemáticos en la hospitalización.

Gráfica 4. Diagrama del apoyo social mediado por la Recreación Dirigida



Fuente: Elaboración propia.

En el contexto hospitalario para trabajar el afrontamiento de la estancia hospitalaria debe ser apoyado por otros actores como, el recreador, que al entender la importancia de los grupos próximos y su influencia en el bienestar del individuo refuerza la conexión, comunicación, aprendizajes, etc., por medio de la actividad recreativa. Dicha actividad según Mesa (2004), es una estrategia educativa no formal, que se entiende como una actividad transformadora de la realidad a través del disfrute, despertando emociones y sensaciones placenteras en quienes participan. Su propósito es estimular la creatividad mediante herramientas semióticas, denominadas lenguajes lúdico-creativos (técnicas de expresión

derivadas del arte: teatro, danza, pintura, escritura, juego, entre otras), que funcionan como elementos de mediación e interacción.

La actividad recreativa junto a los lenguajes lúdicos-creativos permiten intervenciones pedagógicas en distintos contextos, promoviendo cambios significativos en las personas al potenciar su imaginación, afectividad, socialización, cognición, entre otras. En este marco, la Recreación Dirigida (Mesa, G. & Manzano Sánchez, H., 2009), se define como una práctica pedagógica, estructurada y guiada por objetivos, y mediada por un agente educativo (recreador) con la intencionalidad de enseñar y educar las tradiciones recreativas o lúdicas, fomentando el desarrollo de la imaginación creadora y la capacidad de transformación en los participantes y sus entornos, con un impacto a nivel interno y externo.

La acción de la Recreación Dirigida se manifiesta a través de la participación activa y creativa del recreador junto con los recreandos durante el encuentro recreativo. A medida que los participantes asumen gradualmente responsabilidades dentro de la actividad, se evidencia su impacto en la construcción de aprendizajes significativos, impulsando autonomía y habilidades. El término “*dirigida*” hace referencia a la presencia de un facilitador que guía el aprendizaje, desde la participación colaborativa en una intervención grupal.

Finalmente, el apoyo social es un recurso para la adaptación ante estresores y eventos adversos, ya que ayuda a enfrentar el estrés y amortiguar sus efectos negativos. Su influencia promueve conductas saludables, brinda una sensación de estabilidad y control, y fortalece la capacidad de afrontamiento ante enfermedades crónicas como el cáncer o las afecciones cardíacas. Al mismo tiempo, al generar un sentido de acompañamiento y seguridad, el apoyo social impulsa una percepción más positiva del entorno, motiva al autocuidado y facilita el uso de recursos personales y comunitarios para enfrentar los desafíos de la vida de manera más efectiva.

Apoyo social, Recreación Dirigida y salud

El apoyo social desempeña un papel crucial en la salud, ya que impacta tanto en el bienestar emocional como en el funcionamiento fisiológico del organismo. Al respecto, Barra (2004) sostiene que “la cantidad y calidad de las relaciones sociales pueden tener efectos en los mecanismos fisiológicos relacionados con los problemas de salud, ya sea directamente o a través de la mediación de procesos psicológicos o conductuales” (p. 239). En otras palabras, contar con una red de apoyo sólida no solo fomenta hábitos saludables, como la asistencia

médica regular, la actividad física y una alimentación equilibrada, sino que también proporciona un sentimiento de seguridad y bienestar que ayuda a reducir el impacto del estrés. Por el contrario, la ausencia de apoyo social puede intensificar los niveles de estrés, lo que podría alterar el equilibrio fisiológico y aumentar el riesgo de desarrollar problemas psicológicos como la ansiedad o la depresión.

Además de fomentar hábitos saludables y reducir el impacto del estrés, el apoyo social también fortalece la autoestima, el sentido de control y la capacidad de afrontar enfermedades, lo que favorece una mejor recuperación y adaptación a la situación. En este sentido, Barra (2004) plantea que el apoyo social es un recurso fundamental para afrontar el estrés en pacientes oncológicos, ya que lo buscan como una estrategia de afrontamiento que les ayuda a reducir la ansiedad. Asimismo, el autor destaca que este apoyo resulta más beneficioso cuando proviene de personas similares, debido a que compartir vivencias facilita la comprensión y amortigua las consecuencias emocionales y físicas de la enfermedad.

Esta situación se evidenció en las intervenciones recreativas realizadas con pacientes adultos en habitaciones compartidas durante la práctica profesional. Demostró que, por medio de las actividades colaborativas, como la escritura de un cuento sobre el cuidado, se fortaleció el apoyo entre pares, se promovió la comunicación y se facilitó el intercambio de vivencias. La interacción permitió a los pacientes expresar sus vivencias sobre la enfermedad y la hospitalización, compartir estrategias para afrontar la estancia hospitalaria, formas de distracción y prácticas para mejorar los estados de ánimo. El apoyo social entre compañeros de habitación se reflejó en la escucha activa, el intercambio de consejos y la construcción de un ambiente de confianza.

Para respaldar esta idea, se puede tomar como referencia un ejemplo mencionado por Barra (2004), quien describe un estudio con pacientes quirúrgicos en el que se resalta la importancia de la interacción entre un paciente próximo a ser operado y otro que ya ha pasado por el procedimiento. Compartir habitación no solo facilita el acceso a información sobre la cirugía y la recuperación, sino que también genera un impacto emocional positivo, en ocasiones más significativo que la orientación brindada por el personal de salud. El apoyo entre pacientes puede complementar la asistencia médica durante la hospitalización, proporcionando un sentido de acompañamiento y seguridad.

Adicional, para Barra (2004), las víctimas de crisis vitales valoran el contacto con otros similares, debido a la posibilidad de que comprendan y acepten de manera más fácil los sentimientos y pensamientos, por eso, desean estar con un similar que atraviesa la misma situación para comparar sus reacciones y habilidades de afrontamiento.

Recordemos que una de las principales formas para manejar el estrés es el afrontamiento, definido como estrategias o acciones cognitivas y conductuales que las personas emplean para reducir o controlar el impacto del estrés (Fierro, 2001). Por ello, existen diferentes tipos de afrontamiento, como: *afrontamiento centrado en el problema*, indica que se debe enfocar en el problema o situación adversa para modificarla y contrarrestar su impacto; *afrontamiento centrado en la emoción*, intenta regular o controlar las respuestas emocionales provocadas por estrés; y, por último, el *afrontamiento basado en la evitación*, consiste en distraer o evitar el problema sin enfrentarlo directamente.

Según Fierro (2001), “es muy amplio en todo caso el rango de las conductas de afrontamiento: desde la defensa perceptiva hasta el apego, la agresión, la reactancia, la comunicación social, la búsqueda de información o de apoyo social.” (p. 12), por lo cual no todas las personas responden de la misma manera y se convierte en un papel importante para la adaptación al estrés, pues la capacidad y forma en que cada persona responde ante una situación difícil depende de los recursos psicológicos y del apoyo con el que cuente.

En el contexto hospitalario, los pacientes que permanecen hospitalizados durante períodos prolongados suelen buscar diferentes alternativas para disipar la situación. Algunos optan por actividades manuales, otros prefieren ver televisión, mientras que la mayoría buscan con quién dialogar para sentirse acompañados. El apoyo social emerge como una estrategia de afrontamiento significativa para ser trabajada desde la Recreación Dirigida.

La Recreación Dirigida adquiere un papel como mediador para favorecer el apoyo social, creando espacios de encuentro, expresión, comunicación y vínculos entre los pacientes. En este contexto, el recreador se configura como un agente mediador o facilitador del aprendizaje; es el encargado de diseñar y guiar las actividades recreativas centradas en la participación creativa y colaborativa entre los recreandos.

Por ello, la Recreación Dirigida, según Mesa (2004), tiene una influencia educativa como proceso de enseñanza y aprendizaje en el que intervienen tres elementos, denominados triángulo interactivo por Coll (1992), que son, el aprendiz (recreando, paciente, estudiante), el

facilitador (recreador, profesor, etc.) y los contenidos de aprendizaje (enseñanza/reflexiones) para generar interactividad entre los elementos y favorecer un aprendizaje significativo.

La intervención recreativa trasciende del simple momento de esparcimiento, a convertirse en un espacio que fomenta el desarrollo de habilidades psicosociales, para afrontar de manera eficaz las situaciones adversas que estén enfrentando los recreandos. Así mismo, el papel de mediador del recreador cobra relevancia cuando su función incluye ayudar a que las personas articulen sus conocimientos previos (como valores, actitudes, habilidades) con los nuevos contenidos que surgen a partir de las actividades recreativas. Es decir, el recreador guía el proceso de forma que los recreandos puedan pensar, reflexionar y aprender a partir de la integración de lo nuevo con los conocimientos previos, generando así aprendizajes con mayor sentido y profundidad.

En los procesos recreativos, el aprendizaje no solo ocurre desde la ejecución de la actividad, sino de la interacción significativa entre los actores involucrados. A partir de lo anterior, “sí el proceso esencial para la adquisición de la mediación consiste en la reconstrucción interna de una operación externa, desarrollada en el contexto social de la interacción, entonces cabe subrayar la importancia y el papel decisivo de la interactividad recreador/recreandos” (Mesa, 2011, p. 37). La construcción de significados no se da de manera individual, sino de una relación dinámica y colaborativa, donde el recreador facilita momentos que los recreandos internalizan y resignifican desde su subjetividad a través del juego, la palabra, el arte o la creación compartida.

Un ejemplo claro son las habitaciones compartidas con los pacientes hospitalizados, quienes conviven sin conocerse. La implementación de actividades recreativas va orientada al diálogo e interacción permitiendo crear vínculos en temas comunes (como la infancia, la familia, el autocuidado, hospitalizaciones pasadas, etc.), canalizando emociones, reduciendo el estrés, fortaleciendo la confianza o acogiendo nuevas formas de afrontamiento. Según Perrone & Figueiredo (2014), “se constató que la parte lúdica minimiza la angustia y la ansiedad generadas por la enfermedad y hospitalización, permitiendo al paciente adulto la oportunidad de resignificar esa experiencia, llevándolo a adaptarse mejor a la realidad y una mayor adherencia al tratamiento prescrito”. (p. 9)

Desde mi práctica profesional como recreadora, busque facilitar espacios de encuentro que favorezcan el acercamiento, interacción y expresión emocional entre los pacientes para

trabajar las situaciones encontradas en las habitaciones compartidas. Diseñe las intervenciones en tres momentos: primero, consistió en un acercamiento con los pacientes a través de conversaciones de una temática reflejada en temas comunes como juegos o dulces de la infancia, un cuento sobre “Cuidar y ser cuidado”, valores, etc., permitiendo conocer intereses, actitudes frente a la hospitalización y vivencias, esto generó un ambiente de confianza para la expresión de pensamientos.

Segundo momento, implicó una actividad colaborativa con una tarea en común, en la cual requería de diálogo, toma de acuerdos, escucha activa y cooperación para su realización. La dinámica estableció vínculos desde la acción compartida, construyó un ambiente empático y de apoyo. Por último, el cierre de cada intervención fue una obra artística más personal pero orientada a lo que significó la actividad recreativa y el encuentro con su compañero que inicialmente era un desconocido.

En este sentido, el triángulo interactivo permite comprender el rol que desempeña cada uno de los elementos en la actividad recreativa, generando un espacio colaborativo como herramientas para potenciar la imaginación y creatividad para resolver problemas o afrontar contextos, puede ser lugares o entornos, como habitaciones y espacios comunes. En las interacciones los participantes de la actividad se transforman (interiorizan) y modifican su entorno (externalizan) mediante la participación colaborativa.

Particularmente en el contexto hospitalario, la actividad recreativa facilita que los pacientes puedan establecer relaciones interpersonales dentro de un ambiente que suele ser aislante y solitario. Al fomentar la comunicación y la conexión entre los pacientes, transforma la estancia hospitalaria a través de actividades que estimulan la interacción y la construcción de vínculos. Además de brindar escenarios de distracción y bienestar emocional.

Así, la Recreación Dirigida se configura como una mediación de las redes de apoyo mutuo, al permitir que los pacientes se acompañen, compartan estrategias para afrontar la hospitalización y refuercen su sentido de pertenencia dentro del entorno hospitalario. El proceso fortalece la sensación de integración social y acentúa el carácter de ayuda; promueve la escucha activa, el acompañamiento y el aprendizaje compartido para sobrellevar la estancia hospitalaria. Considerando lo expuesto, “las actividades lúdicas pueden ser vistas como una acción preventiva para proporcionar apoyo a los momentos críticos, en los que se necesita

para buscar la fuerza y el equilibrio para seguir el camino de la vida” (Perrone & Figueiredo , 2014, p. 9).

Finalmente, es una vía eficaz para potenciar el apoyo social, considerándolo no sólo como un recurso emocional, sino como una estrategia de afrontamiento frente a los desafíos que implica la hospitalización. A través de la participación colaborativa de los recreandos; es decir, el paciente junto a su red cercana, como familiares, personal de salud y otros pacientes, se generan procesos recreativos significativos orientados a fortalecer los vínculos, fomentar la ayuda mutua y resignificar el acompañamiento.

Este proceso es posible por el recreador, quien actúa como mediador al diseñar, planificar y facilitar actividades que con su intervención permite amortiguar el impacto de la hospitalización, favoreciendo procesos de adaptación y construyendo nuevas formas de habitar ese tiempo y espacio desde el bienestar y el sentido compartido.

Capítulo IV: Marco Metodológico

El presente trabajo de grado se sitúa desde la investigación cualitativa con enfoque interpretativo, orientada a reflexionar sobre la práctica profesional desarrollada en el programa CuiDar de la Fundación Valle del Lili. El propósito central es reconstruir la trayectoria, reflexionar sobre ella e interpretar los significados que emergen de las actividades de Recreación Dirigida realizadas en habitaciones compartidas del entorno hospitalario. A su vez, se busca comprender el papel que ocupa la recreación, y en particular el recreador como agente pedagógico, en la generación de apoyo social, entendido como una estrategia que favorece el afrontamiento y mejora la vivencia de la hospitalización.

Fundamentación metodológica

Mejía Navarrete (2004), menciona que la investigación cualitativa es una forma de acercarse a la realidad que se propone mostrar cómo las personas construyen y ofrecen una perspectiva más cercana de la realidad social. Aborda el mundo subjetivo desde la estructura de motivaciones, valores, sentimientos y pensamientos de las personas en su conducta social. Buscando el porqué de la acción social, las motivaciones y explicaciones del significado de los sujetos involucrados en un contexto. Además, indagar el cómo actúa una persona o tiene lugar en un hecho social.

La comprensión de lo social se construye a partir del lenguaje, relatos y prácticas cotidianas que expresan significados y orienta al estudio a interpretar la realidad de los actores implicados, utilizando palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social. Y así, recoger datos cualitativos como descripciones detalladas de los hechos, citas directas del habla de las personas y extractos enteros de documentos para construir un conocimiento de la realidad social (Mejía, 2004).

En este sentido, “lo que interesa es el mundo social en el que participa el sujeto, el mundo de significaciones en donde él mismo interviene, llenando los significados con su experiencia personal” (Mejía Navarrete, 2004, p. 279). Bajo esta idea, este trabajo intenta capturar, desde una mirada interpretativa y reflexiva, la vivencia de la practicante como recreadora, diseñadora e implementadora de un proyecto de intervención dirigido a los recreando (pacientes), en el que desarrolló actividades recreativas en las habitaciones compartidas.

La información recolectada no se limita a la descripción de acciones, sino que emerge de la interpretación de situaciones, eventos, personas e interacciones significativas, incorporando la voz de la estudiante y su trabajo de campo. Se asume que los acontecimientos personales no son hechos aislados ni individuales, sino procesos que expresan una forma particular de ser y estar en el mundo. Tal como plantea Vain, P. D (2012), la producción de subjetividad refiere al conjunto de percepciones, concepciones y prácticas que contribuyen a la constitución de los sujetos humanos en tanto sujetos sociales. La vivencia de la estudiante no sólo da cuenta de un recorrido profesional en Recreación, sino también la manera en que se constituye como sujeto dentro del campo de la salud.

Por ello, al adoptar un enfoque autoetnográfico, el trabajo de grado se configura tanto como un proceso de indagación como un producto narrativo que, desde la reflexividad, permite generar conocimiento a partir del proceso vivido. Reconociendo que las decisiones, percepciones y emociones de la estudiante influyen en la interpretación de los hechos que se describen en el trabajo. La escritura reflexiva se convierte en una herramienta analítica que narra, interroga, demuestra y da sentido a lo vivenciado.

Según, Ellis, Adams & Bochner (2015), la autoetnografía es un proceso que articula la vivencia subjetiva con el análisis cultural, al describir y analizar sistemáticamente la experiencia personal con el fin de comprender la experiencia cultural; que al mismo tiempo, reconoce y da lugar a la subjetividad, la emocionalidad y la influencia del investigador en su trabajo, en lugar de ocultarlas o pretender que no existen. Desde esta perspectiva, la autoetnografía nos permite reconstruir el proyecto desarrollado en las habitaciones compartidas en la FVL, para entender el aporte de la Recreación Dirigida y el apoyo social en dicho contexto.

A continuación, se expone la ruta metodológica que se desarrolla en dos etapas para estructurar el capítulo de resultados, concebido como un ejercicio de análisis reflexivo y subjetivo.

Ruta metodológica

Para responder a los objetivos específicos del trabajo de grado inicialmente se describe de manera amplia y rigurosa la intervención, lo cual adquiere relevancia si se tiene en cuenta que, aunque el programa CuiDar se implementa desde el año 2019, solo se ha desarrollado un trabajo de grado previo que expone los aportes de la recreación en pacientes

adultos hospitalizados y se orientó principalmente a la identificación de las dimensiones del bienestar (física, emocional y social).

Se analizó y se situó de manera específica en el área de hospitalización en habitaciones compartidas, escenario en el que se reconoce la presencia de interacciones cotidianas entre pacientes que, aunque poco visibilizadas, inciden de forma significativa en la vivencia hospitalaria. El análisis permitió reconocer que la Recreación Dirigida actúa como mediadora de relaciones sociales, dando lugar a manifestaciones de apoyo social entre pacientes, aportando una mirada novedosa al campo de la salud.

Para la construcción del análisis se retomaron los documentos y registros producidos durante las diferentes fases del proyecto de práctica, los cuales permitieron retomar la experiencia y articular los elementos necesarios para la reflexión. En dichos registros se hace evidente la subjetividad de la estudiante, así como sus vivencias y el quehacer del profesional. Para ello, se construye un inventario de documentos que incluye diarios de campo, fotografías, informes, descripción de actividades, comentarios y notas informales recogidas durante cada intervención. En la organización se consideran aspectos como el tipo y la temática de las actividades, su modo de ejecución y frases o comentarios de los pacientes en los ejercicios. Generando tener una visión del proyecto y de los elementos significativos que lo atravesaron.

Posteriormente, se realiza una clasificación de los documentos con el propósito de identificar el material más relevante para el trabajo. El ejercicio no solo facilita el procesamiento de la información, sino que también permite destacar aspectos que servirán como base en la escritura reflexiva de los resultados.

1. Caracterización de la experiencia de práctica profesional desde la Recreación Dirigida para el afrontamiento de la estancia hospitalaria.

En esta parte se describen y caracterizan las actividades más importantes en las habitaciones compartidas, especialmente aquellas que cumplieron con los tres momentos planificados, con el fin de lograr una mejor comprensión del vínculo de las actividades recreativas con el apoyo social entre pacientes. Se busca identificar elementos para reflexionar sobre la práctica y su ejecución, indagando lo ocurrido antes y durante de cada intervención.

Para ello, se hace un recorrido por las etapas del proceso. *Previo* a las intervenciones en las habitaciones: cómo se seleccionan los pacientes, los criterios que se tenía en cuenta para dicha selección, la preparación de los materiales de la actividad a realizar, así como el modo en que se hacía el acercamiento inicial a los pacientes. Se detalla que se les decía o preguntaba a los pacientes para facilitar su comprensión de la visita y motivar su participación.

En el *durante*, se describe el paso a paso de cada actividad: cómo se explicaba, se ejecutó y qué se observó en términos de interacción y comunicación entre pacientes, así como el rol asumido por la recreadora. También, lo ocurrido al cierre de las actividades, los registros realizados en los diarios de campo y la organización de la información de cada sección.

2. Escritura autoetnográfica sobre el papel de la Recreación Dirigida en el favorecimiento del apoyo social entre pacientes de la misma habitación.

En este punto se da inicio a la reconstrucción narrativa de la experiencia. A través de la escritura reflexiva, se analizan las dinámicas que emergieron en las habitaciones compartidas durante la implementación del proyecto de práctica. Este proceso no se limita a describir lo vivido, sino que busca interpretar los elementos significativos como, sentimientos, sucesos, diálogos o pensamientos, que configuran la relación entre la Recreación y el apoyo social en el contexto de la hospitalización.

El proceso se fundamenta en una revisión crítica de los recursos clasificados previamente (diarios de campo, fotografías, informes, etc), con la idea de retratar lo que fue el proyecto y su aporte en el contexto hospitalario. A partir de esta revisión, identificar situaciones claves que evidencian el impacto de las Recreación Dirigida en el fomento del apoyo social, a través de las formas en que surgieron interacción, reconocimiento del otro, conexión y semejanza mediante palabras, gestos y participación de diferentes actores.

Para ello, se toma como referencia la estructura de funcionamiento del apoyo social, considerando tanto a los actores involucrados como las situaciones que se desarrollaron en las habitaciones. Esto permite esclarecer si se cumplieron las características y funciones que configuran el sentido del apoyo, así como identificar desde qué perspectivas y formas de transmisión se manifestó.

Fue necesario comprender los aportes de la Recreación Dirigida y del rol del Recreador al fortalecimiento del apoyo social entre pacientes para el afrontamiento de la estancia hospitalaria.

Se orienta a identificar los aportes del rol del recreador en el contexto hospitalario, evidenciando cómo estas prácticas inciden en la construcción de relaciones y en la dimensión emocional de los pacientes. A partir del proceso y percepción de la estudiante, se comprende la manera en que el recreador impacta en dos aspectos fundamentales:

Comunicación como herramienta para el apoyo social: la estimulación del diálogo democrático favoreció la participación activa de los pacientes en las dinámicas recreativas y en la toma de decisiones, facilitando la resolución de tareas colectivas, el hallazgo de puntos en común y el intercambio de historias. En este contexto, la comunicación, al ser implementada como herramienta, abrió la posibilidad de generar vínculos emocionales y escenarios de apoyo mutuo durante la hospitalización. Permitió observar cómo el intercambio de ideas, la escucha y el reconocimiento mutuo podían posicionar a los pacientes como agentes con capacidad de incidir en su propia experiencia hospitalaria.

Mediación: refleja el papel activo del recreador en la construcción de un ambiente favorable para el aprendizaje y la interacción, a partir del uso de estrategias para generar un espacio seguro e inclusivo. Entre ellas se destacan las preguntas orientadoras que impulsan a la reflexión y el diálogo, la creación de pautas claras para contextualizar cada actividad y dar sentido a la participación, y la división de tareas como mecanismo para fomentar la cooperación. De esta manera, la mediación entre el contenido, los recreandos y la recreadora permitió que las actividades trascendieron lo lúdico y se transformaron en experiencias significativas.

Capítulo V: Resultados

El presente capítulo presenta los resultados sobre el análisis del apoyo social como estrategia para el afrontamiento de la estancia hospitalaria a través de la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali. Para ello, se caracterizó la experiencia de práctica profesional a través de la Recreación Dirigida para el afrontamiento de la estancia hospitalaria; se comprendió cómo a través de la Recreación Dirigida se favorece el apoyo social entre pacientes de la misma habitación; y se estableció nociones y recomendaciones sobre el rol del recreador y sus aportaciones al fortalecimiento del apoyo social entre pacientes.

Los principales resultados fueron: primero, se identificó que la habitación compartida, pese a sus limitaciones espaciales y su carácter clínico, puede significarse como un entorno con potencial de transformación social cuando se introduce la Recreación Dirigida, al facilitar el encuentro entre pacientes y aportar al afrontamiento de la estancia hospitalaria. Segundo, se comprendió que la Recreación Dirigida favoreció el apoyo social entre pacientes de una misma habitación, al propiciar interacciones que facilitaron la comunicación, el reconocimiento del otro, intercambio de vivencias y la cooperación mutua, configurándose como una alternativa para resignificar la experiencia hospitalaria.

Finalmente, tercero, se evidenció que el recreador asume un rol mediador y facilitador de relaciones sociales, fortaleciendo el apoyo social entre pacientes y transformando las dinámicas de interacción conforme a las necesidades emergentes en cada contexto.

La habitación compartida como umbral: el lugar de la Recreación Dirigida en el afrontamiento de la hospitalización

A partir de la observación y comprensión del contexto, se reconoció que muchos pacientes permanecían aislados, debido a la ausencia de espacios que promuevan el encuentro y la comunicación. Esta situación evidenció que se puede aportar al bienestar de los pacientes propiciando relaciones entre ellos para fortalecer vínculos o redes de apoyo. Asimismo, favorecer la adaptación al contexto hospitalario y responder a la falta de interacción entre quienes comparten la misma habitación, a través de actividades recreativas.

Las habitaciones están diseñadas para el reposo y la separación entre pacientes, lo que limita el intercambio social y reduce las posibilidades de acompañamiento emocional. Como se señala en el diagnóstico:

El contexto hospitalario es un espacio únicamente para atender afectaciones fisiológicas; por ende, los espacios no están adecuados para la realización de actividades que requieran reuniones o movimientos. En especial, las habitaciones están habilitadas para el descanso y la quietud, lo que lleva a que los pacientes permanezcan en su lugar sin interacción con el otro, generando sentimientos de aburrimiento y soledad. No son espacios donde se pueda apreciar el exterior y tampoco llega la luz del sol, haciendo que pierdan la noción del tiempo. Se evidenció un ambiente de espera y silencio, donde predominaban la preocupación y el cansancio (Diagnóstico situacional, 2022).

Se encontró la intervención recreativa como una alternativa para favorecer la recuperación de los pacientes durante la estancia hospitalaria y propiciar experiencias de encuentro que fortalezcan los vínculos o apoyos entre pacientes y familiares.

Elementos previos a la intervención

La organización previa a cada intervención iniciaba con la identificación de los posibles participantes. Se realizaba diariamente una revisión en la plataforma institucional SAP por cada piso del área de hospitalización, con el fin de ubicar parejas de pacientes adultos que compartieran habitación y que llevaran más de diez días de estancia hospitalaria. Posteriormente, se consultaban las notas clínicas para verificar su permanencia en la habitación y confirmar que no tuvieran orden de salida ni restricciones médicas, como aislamientos, que limitaran su participación.

Para llevar a cabo las intervenciones se disponía de un tiempo de media jornada para gestionar e indagar el material, los contenidos y las técnicas a implementar según cada intencionalidad de los momentos del microproceso, teniendo en cuenta que cada momento debía durar un tiempo de aproximadamente 30 a 40 minutos de ejecución. Se seleccionaba los diferentes recursos, si era visual o audio, se descargan los archivos en una Tablet, y si era lúdica o manual, se recortaba, se separaba o armaba los materiales como impresiones, fichas, colores, lapiceros, hojas, entre otros, especialmente para trabajar mediante técnica empujada. Al mismo tiempo, se separaban los recursos por cantidades aproximadas de pacientes semanales, lo cual eran mínimo veinte.

Antes de iniciar cada sesión, se explicaba brevemente a los pacientes el propósito recreativo y participativo de la intervención, garantizando su disposición, estados de ánimo y estado físico. También se preguntaba por si alguno de los dos pacientes tenía algún procedimiento programado durante el tiempo de hacer la actividad.

Situaciones encontradas en las habitaciones

Durante las intervenciones se evidenció que en las habitaciones se presentan dinámicas que influyeron en el desarrollo de las actividades recreativas, lo cual llevaban a mantener una intervención flexible y adaptativa para cada ocasión y lograr cumplir con los objetivos propuestos en el microproceso. Recordemos que las habitaciones están conformadas por dos camas, acompañadas de un asiento destinado para el familiar, una mesa auxiliar, televisores, un área para guardar objetos personales y lavamanos. Se dividen por una cortina móvil y contaba con un baño compartido, configurando un entorno reducido, de tránsito limitado y con poca privacidad.

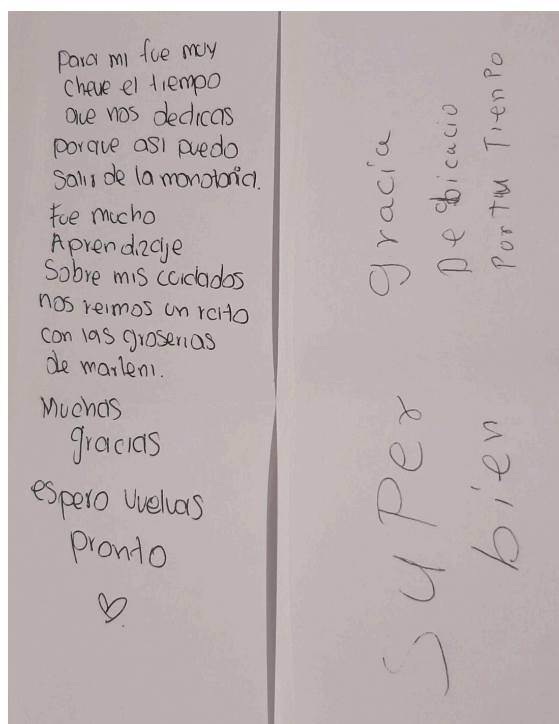
Al llegar a las habitaciones, era frecuente encontrar la presencia del personal médico realizando procedimientos o visitas de control, lo que exigía ajustar el tiempo de intervención o esperar el momento oportuno para no interferir con la atención asistencial; en casos particulares se iba realizando la intervención al mismo tiempo. En otras ocasiones, los pacientes se encontraban acompañados por visitantes o familiares; en estos casos se establecía un acercamiento para saludar y explicar el motivo de la visita y se acordaba de manera conjunta si participar o posponer la actividad para continuar con su conversación. También se presentaron escenarios en los que alguno de los pacientes no se encontraba en la habitación, debido a traslados para exámenes, procedimientos médicos o se encontraban comiendo, bañándose o alguna otra actividad, lo que implicaba volver después.

Previo al inicio de cada intervención, se solicitaba a los pacientes ubicarse de la manera más cómoda posible (sentados, inclinados o recostados) para participar activamente. Algunos preferían sentarse en el borde de la cama o en la silla del acompañante, mientras otros inclinaban la cabecera de la cama para mantenerse atentos. Además, se proponía correr la cortina divisoria para favorecer la interacción entre ambos pacientes y, si el televisor estaba encendido, se solicitaba apagarlo para evitar distracciones y propiciar un ambiente de encuentro.

En cuanto a la disposición de participación, la mayoría de los pacientes aceptaron realizar las actividades incluso cuando manifestaban dolores o malestares físicos, en tanto, las percibían como una oportunidad para distraerse, conversar o sentirse acompañados. Los estados de ánimo observados en los pacientes fueron variados: cansancio, tristeza, preocupación, dolor, tranquilidad o aburrimiento; estos últimos fueron los más frecuentes y, al mismo tiempo, los que facilitaron una mayor iniciativa hacia las actividades. Por otro lado, se presentaron pacientes con dificultades de movilidad o del habla, lo cual representó un reto para la interacción y el desarrollo de las actividades. Sin embargo, estas condiciones no limitaron la participación, se apeló al apoyo activo de los familiares o el acompañamiento de la practicante; este tipo de adaptaciones permitió sostener la dinámica y mantener el propósito recreativo.

En términos generales, las intervenciones fueron bien recibidas, predominaron actitudes de agradecimiento y disposición por parte de los pacientes, quienes manifestaron interés por participar en experiencias diferentes a la rutina hospitalaria, valorando conversar y compartir con otros. Aunque, en algunos antes de comenzar con las actividades se notaba la perspectiva de que iba a pasar y en otros la timidez.

Ilustración 3. Comentarios escritos por pacientes durante una intervención



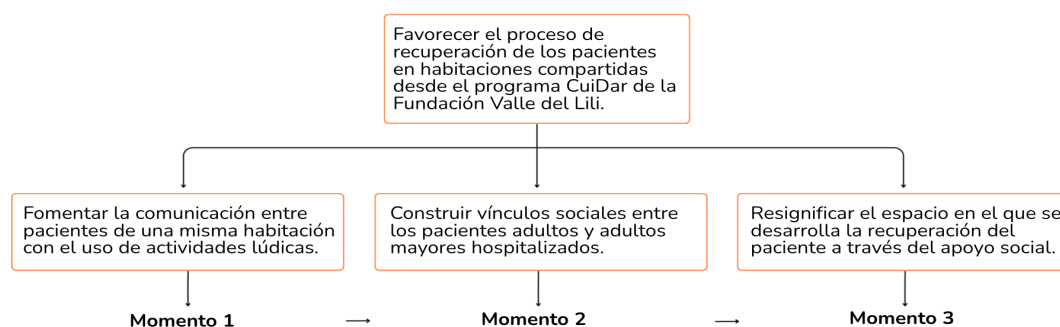
Fuente: Paciente 1. mujer de 30 años; Familiar 2. mujer de 65 años, 2023.

Sin embargo, también se evidenciaron pocos casos en los que no mostraban interés. Un ejemplo fue una paciente que manifestó no querer participar porque “no le gustaba que le fueran a dar charlas” (Paciente, mujer de 70 años, 2023). En este tipo de situaciones, la intervención se desarrollaba únicamente con el familiar o con el paciente que sí deseaba hacerlo, manteniendo la estructura del microproceso, aunque de manera más breve y adaptada al contexto. Pese a estas diferencias, la experiencia permitió observar cómo las actividades recreativas favorecieron el acercamiento y la comunicación entre los pacientes y algunos familiares.

Estructura de las intervenciones

Las intervenciones se diseñaron bajo un microproceso mediado por la Recreación Dirigida, conformado por tres intencionalidades diferentes que se hilaban para un mismo objetivo: favorecer el proceso de recuperación de los pacientes en habitaciones compartidas desde el programa CuiDar de la Fundación Valle del Lili. Dicho programa se retomó para analizar su aporte en el afrontamiento de la estancia hospitalaria por medio del apoyo social. Cada momento se organizó con la finalidad de dar cumplimiento a las intencionalidades del proyecto de manera secuencial (Propuesta de Práctica, 2023), como se aprecia en la siguiente gráfica:

Gráfica 5. Microproceso de intervención mediado por la Recreación Dirigida



Fuente: Elaboración propia con base en la práctica profesional, 2023.

A continuación, se describen los tres momentos que orientaron el proceso de las actividades.

Momento 1. Fomentar la comunicación entre pacientes de una misma habitación con el uso de actividades lúdicas. Se buscó promover el diálogo a través del intercambio de

anécdotas y puntos de vista, contribuyó a romper el silencio habitual entre quienes comparten la habitación, generando un ambiente más cercano y de confianza que facilitó la interacción posterior.

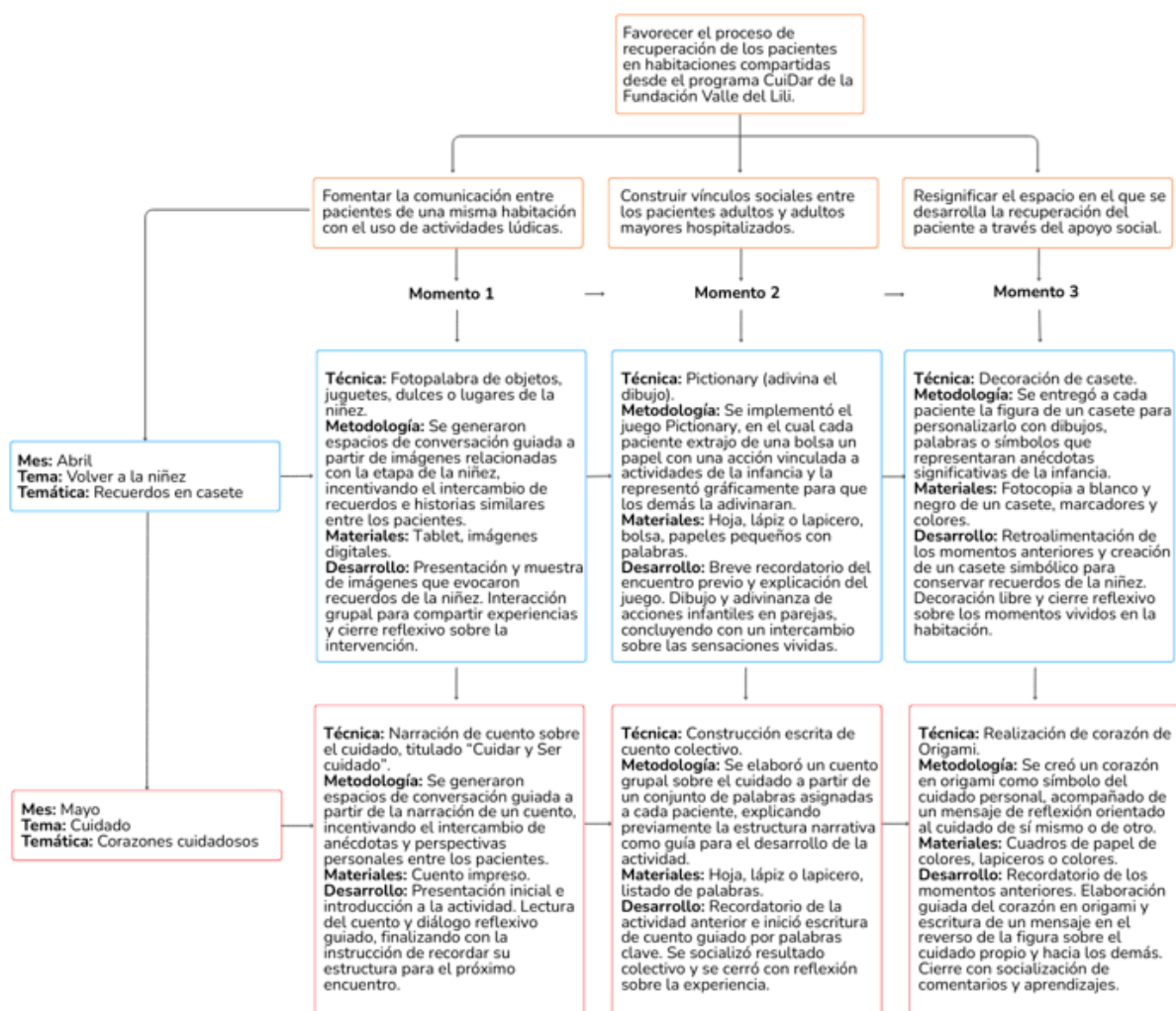
Momento 2. Construir vínculos sociales entre los pacientes adultos y adultos mayores hospitalizados. Se implementó una actividad lúdica en conjunto, que exigía acuerdos, colaboración y apoyo mutuo. El ejercicio permitió evidenciar actitudes de cooperación, escucha y ayuda recíproca, lo que fortaleció la relación entre los pacientes y les brindó una experiencia compartida.

Momento 3. Resignificar el espacio en el que se desarrolla la recuperación del paciente a través del apoyo social. Se planteó una actividad individual en la que cada paciente elaboró una producción personal que refleja su identidad mediante colores, formas o símbolos. Este proceso creativo les permitió apropiarse del espacio de recuperación, transformando la habitación en un lugar con significado propio.

Descripción de las actividades del microproceso

En el marco del proceso se ejecutaron dos actividades centrales durante los meses de abril y mayo de 2023, denominados Recuerdos en casete y Corazones cuidadosos. Cada una se articuló al tema propuesto por el programa CuiDar durante ese tiempo, y fueron estructuradas con los tres momentos del microproceso. La gráfica 6 presenta la organización de dichas actividades, exponiendo la técnica, metodología, materiales y un breve desarrollo en campo.

Gráfica 6. Organización de las actividades Recuerdos en casete y Corazones cuidadosos, según los momentos de intervención del microproceso



Fuente: Elaboración propia con base en el proyecto de práctica profesional, 2023.

Para comprender el sentido de cada actividad más allá de su estructura operativa se presenta la descripción detallada de su ejecución y resultados observados en los encuentros, con el fin de demostrar que a partir de estrategias recreativas, se promovió procesos de comunicación y apoyo entre los pacientes que compartían habitación.

Recuerdos en casete

En abril de 2023 se desarrolló una actividad inspirada en la metáfora del casete, orientada a despertar emociones y recuerdos de la infancia, propiciando un espacio de diálogo y reflexión colectiva.

Momento 1. Para iniciar este momento se ingresaba a las habitaciones seleccionadas previamente y se hacía el acercamiento a los dos pacientes. Me ubicaba en la mitad de la habitación, exactamente al frente de la cortina para tener una visualización de ambos pacientes, me presentaba comentando nombre, rol, programa de la FVL al que pertenecía y la intención de la visita: realizar una actividad conjunta orientada a la dispersión y al diálogo a partir del tema de la infancia. Posteriormente, se preguntaba por el interés en participar, al obtener una respuesta afirmativa, solicitaba correr completamente la cortina con el fin de facilitar el primer contacto entre ellos. Seguidamente, una breve ronda de presentación en la que cada uno compartía nombre, actividades favoritas y cómo se sentían en el instante. Después, se daba paso a la técnica de Fotopalabra.

“las imágenes se le enseña a cada participante para que comenten qué recuerdos les trae, con relación a que etapa de la vida, que recuerdos se generan y cuáles experiencias hay en común con los dos pacientes, generando diálogo entre todos sobre sus historias y momentos significativos.” (Propuesta de práctica, 2023)

La técnica consistió en enseñar una serie de imágenes descargadas de internet, las cuales fueron mostradas a los pacientes a través de una Tablet (dispositivo electrónico). Estas imágenes incluían escenarios como un parque, una cancha múltiple, una cuadra de un barrio y una montaña; dulces tradicionales como gelatina de pata, melcocha, helado; objetos representativos como un televisor antiguo y una grabadora; y juguetes populares como un yoyo, el trompo, las canicas y una pelota.

Durante el desarrollo de la actividad, las imágenes fueron presentadas de forma alternada a cada paciente, asegurando que ambos tuvieran tiempo para observar y reaccionar ante cada una. La muestra se realizó de manera secuencial hasta completar todas las fotografías, promoviendo el diálogo mediante preguntas orientadoras como: “¿A qué etapa de la vida les recuerda esta imagen?” o “¿Qué recuerdos les evocan cada una?, a lo cual la mayoría de pacientes asociaron las imágenes con momentos de la niñez y, en algunos casos, de la adolescencia, lo que dio paso a la narración de recuerdos vinculados a experiencias familiares o cotidianas y juegos tradicionales.

Cuando aparecían objetos como el yoyo o el trompo, relataban sobre las formas de utilizarlo, el aprendizaje o las dificultades que implicaba su manejo. Aquellos que no utilizaron esos juguetes mencionaron otros, como las canicas, lo que ampliaba la conversación e incorporaba nuevas experiencias. Este intercambio se convertía en un punto

de conexión entre los pacientes, ya que los llevó a reconstruir memorias compartidas: recordaron reglas de juego, nombre de trucos y lugares habituales de encuentro.

“Contaron historias de cuando niños y sus formas de juego. Uno menciona que su juego favorito fue el trompo y cómo era el modo de jugar, al igual que con las canicas. Los dos pacientes mencionan que les gusto el rato y lo pasaron agradable.” (Diario de campo, 2023)

Las preguntas orientadoras funcionaron como un estímulo para que cada participante compartiera relatos personales. Al escuchar al otro, se motivaban a evocar nuevos recuerdos, generando una conversación dinámica que se construía de manera conjunta. En algunas ocasiones, el intercambio se desviaba hacia comparaciones entre la niñez de antes y las generaciones actuales, haciendo referencia a cambios sociales y al impacto de la tecnología.

“Se observó que los pacientes recibieron de manera cómoda y agradable, ya que se trataba de un tema común como la niñez, los juegos y las travesuras de aquella época. En algunas ocasiones, el tema se desviaba hacia la comparación entre la niñez de cada paciente y la niñez actual, aunque este no era el objetivo principal, sin embargo, permitía que las conversaciones se ampliarán y que participaran más activamente.”(Diario de campo, 2023)

Si bien estos comentarios no estaban directamente relacionados con el propósito de la actividad, resultaron significativos porque mantuvieron activa la interacción y favorecieron el flujo comunicativo, asumiendo un papel más participativo, expresaron sus opiniones y construyeron un diálogo. Para finalizar, se les preguntaba cómo les pareció la actividad, si podían hacer un comentario respecto a lo que sintieron y se les mencionaba los otros dos momentos que continuaban.

Momento 2. Al ingresar a la habitación, se corría la cortina para saludar a ambos pacientes y se iniciaba retomando el momento anterior mediante preguntas para reconstruir la memoria colectiva, invitando a los pacientes a recordar la actividad realizada, el tema y la conversación compartida, debido a que este momento podía llevarse a cabo al día siguiente o entre dos y tres días después del primero. Este ejercicio funcionaba como un puente entre los encuentros, favoreciendo la continuidad del proceso y el vínculo entre los recreandos. Antes de iniciar con la técnica se indagaba sobre el estado de ánimo y las condiciones actuales de los recreandos. En este momento se implementó la técnica Pictionary (adivina el dibujo).

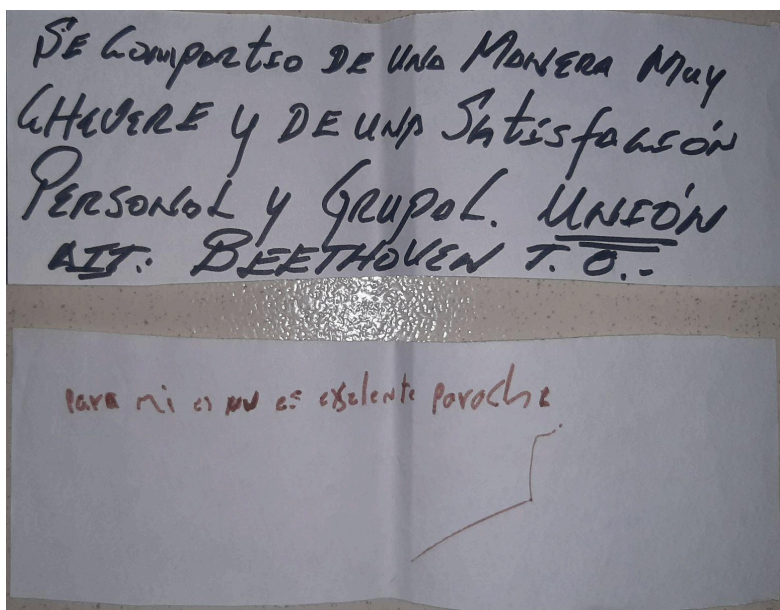
“Adivina el dibujo, consiste en que se forman dos grupos, cada uno debe sacar de una bolsa un papel pequeño que dice una acción con relación a actividades que se frecuentaban en la niñez, como, por ejemplo, comer helado, elevar cometa, comer dulce ácido, bailar, jugar al yoyo, entre otros. Cuando uno de los pacientes saca una palabra, debe representar en una hoja lo que le salió, mientras que el otro paciente se encuentra pendiente para adivinar.” (Propuesta de práctica, 2023)

Consistía en adivinar el dibujo realizado por el otro paciente, identificando la acción u objeto representado para obtener puntos. La ejecución era por turnos, un paciente sacaba el papel, disponía de un tiempo determinado para dibujar mientras el otro esperaba para adivinar. Al finalizar el tiempo, se mostraba el dibujo y el otro paciente debía intentar acertar la palabra; si lo lograba, obtenía un punto, sino era para quien había dibujado. Esta dinámica permitió generar un ambiente de juego que promovió la risa, la conversación y diversión en conjunto recordando cuando se jugaba de niños. Para su desarrollo se utilizó hojas, lápices o lapiceros, una bolsa y varios pedazos de papel con palabras que estaban previamente recortados.

Así fueron varias rondas y a medida que se iba jugando no faltaban las risas y los comentarios sobre los dibujos, decían que no se habían representado bien las acciones o que dibujaban muy fácil, también que nunca lo habían jugado y les parecía muy divertido. Para finalizar, se preguntaba por cómo se sintieron y se comentaba el siguiente momento. Entre los comentarios registrados se encuentran: “la dinámica me gustó y se sintió bien” y “gracias por el espacio y la actividad, que vuelvas para realizar algo más”. (Diario de campo, 2023)

Estas apreciaciones se reflejan también en los mensajes escritos por los pacientes al finalizar la actividad, donde expresaron gratitud, agrado y reconocimiento hacia la intervención como se puede observar en la ilustración 4.

Ilustración 4. Comentarios escritos por pacientes después de jugar



Fuente: Paciente 1. hombre de 70 años; Paciente 2. hombre de 35 años, 2023.

Momento 3. Antes de iniciar, se procedía a correr nuevamente la cortina para propiciar el contacto visual y la interacción directa entre todos. Seguidamente, se realizaba una retroalimentación de todos los momentos. Posteriormente, se explicaba la nueva dinámica, aclarando que correspondía al cierre de la intervención.

“Creación del casete, consiste en la entrega de una fotocopia en blanco y negro de un casete recortado a cada paciente, con la metáfora de que van a guardar 1 o más anécdotas de su niñez que recuerdan mucho y desean siempre tener presente, esto lo representan por medio de dibujos, palabras o símbolos, permitiendo que lo personalicen a su gusto”. (Propuesta de práctica, 2023)

Esta actividad correspondió a una técnica empujada, es decir se llevaba el material preparado para facilitar su desarrollo. A cada paciente se le entregaba la silueta de un casete en papel impreso y recortado, junto con colores y marcadores. Se explicaba la metáfora de que el casete representaba un espacio donde podían guardar una o más anécdotas de su niñez que quisieran conservar en la memoria, con el uso de palabras, símbolos o dibujos.

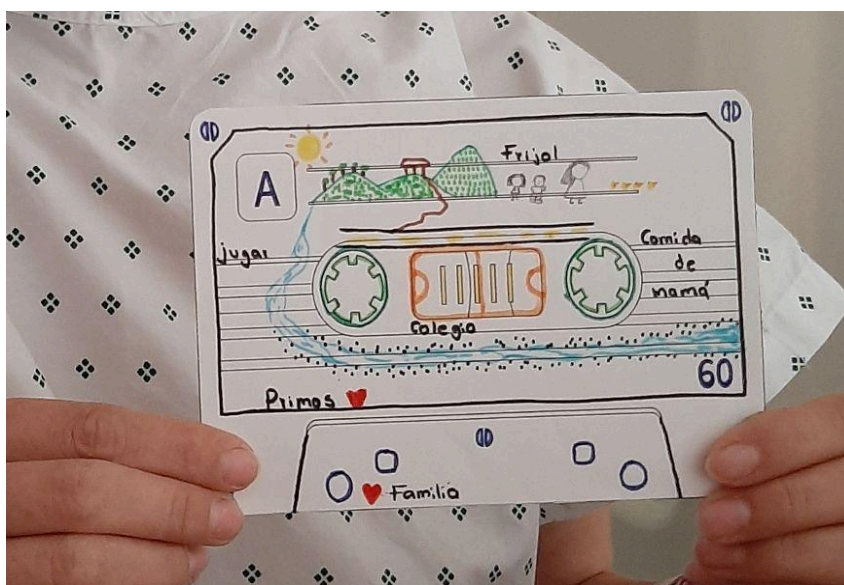
Durante su desarrollo, se les indicaba que podían acomodarse de la manera más fácil para personalizar su casete; algunos preferían sentarse en el borde de la cama apoyándose en la mesa auxiliar, otros se sentaban en la silla del acompañante o reclinaban la cabecera de la

cama. Mientras decoraban, se generaban pequeños momentos de acompañamiento mediante preguntas como “¿Qué estás representando?” o “¿Quieres que te ayude en algo?”, buscando mantener el diálogo activo y apoyar a quienes expresaban no saber que dibujar. Además, se recurrió a preguntas que los conectaban con su infancia, cómo con quién crecieron, a qué jugaban o qué recuerdos mencionaron en el primer momento de la actividad.

Se les mencionaba que podían surgir distintas formas de expresión, aclarando que no era necesario realizar un dibujo, sino usar formas, colores o lo que más le gustara para representar el recuerdo o la emoción. Tras un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos, se daba cierre al espacio y se socializaba, donde los pacientes compartieron el significado de sus elaboraciones y los recuerdos que decidieron guardar en su pequeña obra y las sensaciones que les generó el momento.

Varios pacientes presentaron aspectos significativos de su infancia, como la familia, en especial padres y hermanos, lugares donde crecieron (pueblo, campo o ciudad) y actividades cotidianas como ir al río o jugar al aire libre. Como se puede apreciar en la ilustración 5.

Ilustración 5. Casete decorado de una paciente hospitalizada



Fuente: Paciente, mujer de 26 años, 2023.

Para cerrar la intervención, se preguntaba cómo se sintieron y qué opinaban sobre este tipo de espacios de encuentro dentro de la habitación. Un caso particular fue el de dos

pacientes mujeres, de 68 y 25 años, con una notable diferencia de edad. Inicialmente se pensó que la diferencia podría dificultar la comunicación, sin embargo, ocurrió lo contrario, ambas encontraron puntos en común al recordar juegos como la rayuela o saltar lazo.

A lo largo de los tres momentos de la intervención, establecieron un diálogo fluido y escucha mutua. Cuando se les preguntó si antes habían conversado de manera similar, respondieron que no, que solo se saludaban. Una de ellas mencionó que “la actividad me distrajo tanto que no sentí mucho el dolor de la inyección” (Mujer de 68 años, diario de campo, 2023). Ambas señalaron que habían pasado un rato agradable, agradecieron el espacio y manifestaron el deseo de volver a participar en actividades similares.

Corazones cuidadosos

En mayo de 2023 se trabajó una actividad inspirada en la metáfora de corazones cuidadosos, alusiva a comprender el cuidado como un acto de cuidar y dejarse cuidar.

Momento 1. Este momento iniciaba de la misma forma que el de la actividad de recuerdos en casete. Se ingresaba a las habitaciones y se hacía el acercamiento a los pacientes, ubicándome en la mitad, me presentaba comentando nombre, rol, programa e intención de la visita. Al obtener el espacio adecuado para dar inicio a la actividad se procedía a correr la cortina. La dinámica en este momento era narrar un cuento llamado “Cuidar y ser cuidado: una propuesta para la vida cotidiana” del ministerio de salud y protección social, el cual fue descargado e impreso para mayor facilidad.

“Se implementa un cuento llamado Cuidar y ser cuidado, el cual se lee para los pacientes y a partir de la reflexión que deja el cuento sobre el cuidado propio se crea una conversación en la que participen todos.” (Propuesta de práctica, 2023)

Antes de empezar con la lectura se les contaba el título del cuento, preguntando sobre qué creían que trataba, esto con la intención de crear el primer espacio de conversación. El cuento era leído en voz alta para ambos pacientes y familiares si estaban presentes, ubicándome en la mitad del cuarto para que pudieran escuchar. Al momento de dar paso a la conversación se preguntaba por “¿cómo se llamaba el personaje principal?”, “¿se lograron identificar con la protagonista y por qué?”, “¿en qué momentos se han preocupado por cuidar de sí mismos o de los otros?”, entre otras preguntas que iban surgiendo a medida que se

conversaba, ya que la idea era que cada paciente diera una opinión. También se preguntaba qué opinaban de lo que se iba conversando.

“Durante la conversación se generan preguntas sobre la opinión de cada uno, cómo se aporta a la otra persona, experiencias similares con la protagonista del cuento, aprendizajes, entre otros aspectos.” (Propuesta de práctica, 2023)

Se lograba establecer interacción a través de temas sobre la familia, animales, el trato de los demás a sí mismos o a los acompañantes. También sobre los cuidados frente a una situación de enfermedad, los tipos de ayuda o acompañamiento que han tenido, descansar el cuerpo y la mente, y la importancia de realizar actividades de dispersión. A veces podía pasar que las conversaciones se salían un poco del tema principal, pero se permitía ya que había una buena conexión e interacción, aunque se buscaba relacionar todo con el cuidado.

Cuando se daba cierre al momento se preguntaba por cómo se sintieron y cómo les pareció la actividad. Algunos pacientes opinaron que no se habían cruzado de la manera en cómo lo lograron con la dinámica, ya que existe la pena o el respeto de no interferir en lo del otro. Por otro lado, mencionaron que les gusto porque permitió romper el hielo, socializar más y recargar de energía, tanto a los pacientes como familiares. En una ocasión una pareja de pacientes ya habían conversado, pero resaltaron que no de la misma manera, ya que existía una distancia o pena, resaltando que les gusto tener la posibilidad de socializar entre ellos y crear un espacio diferente en el cuarto. (Diario de campo, 2023)

Al finalizar, se dejaba una pequeña tarea a los recreandos, debían recordar las partes que conforman la estructura de un cuento, cómo se elabora y qué elementos debe incluir, sin consultar información en internet, sino a partir de sus propios recuerdos y conversaciones: “se deja esta tarea con la intención de introducir la siguiente actividad y propiciar la conversación en torno a un tema común.” (propuesta de práctica, 2023)

Momento 2. El ingreso a la habitación y el acercamiento fue de la misma forma de la actividad anterior. Una vez en la habitación y con la disposición de los pacientes se corría la cortina, se invitaban a acomodarse de manera cómoda y se hacía retroalimentación del momento anterior, principalmente sobre el tema trabajado. También se preguntaba si habían logrado recordar cómo se elabora un cuento, a lo cual la mayoría respondía que no. A partir de ello, se daba inicio a la nueva dinámica, que era la creación de un cuento en conjunto.

Se brindaban las pautas básicas para la elaboración, explicando que debían incluir un título, personajes, un inicio, un desarrollo, donde planteaban una situación o problema, y un final, resaltando que se trataba de una escritura en conjunto. El cuento se debía elaborar en una hoja, por lo cual se preguntaba quién podía encargarse de la escritura. En la mayoría de las parejas, alguno de los recreandos asumió este rol, y se le facilitaba los materiales necesarios: hoja, lapicero o lápiz y la mesa auxiliar para apoyar. Cuando ninguno de los dos pacientes podía escribir, la tarea era asumida por un familiar o por mi persona, pero siempre a partir de las indicaciones y el dictado de los pacientes, garantizando que el contenido reflejara las ideas y acuerdos colectivos.

“Se entregan 5 palabras a cada paciente escritas en un cuadrado de cartón, dichas palabras tienen relación con la palabra cuidado y se dan con la intención de ser utilizadas como guía de la narración y a su vez, deben ir incluidas en el cuento.” (Propuesta de práctica, 2023)

Estas palabras claves eran responsabilidad, peligro, enfermedad, familia, ejercicios, alimentación, protección, prevención, respeto y fuerza, debían ser utilizadas como guía e incorporarse en el texto; funcionaron como guías en la creación del cuento sobre el concepto de cuidado, ayudando a mantener el hilo conductor y evitando que la narración se desviara hacia otros temas. En la siguiente ilustración se puede apreciar el uso de las palabras.

Ilustración 6. Momento de la creación del cuento



Fuente: Paciente, mujer de 40 años, 2023.

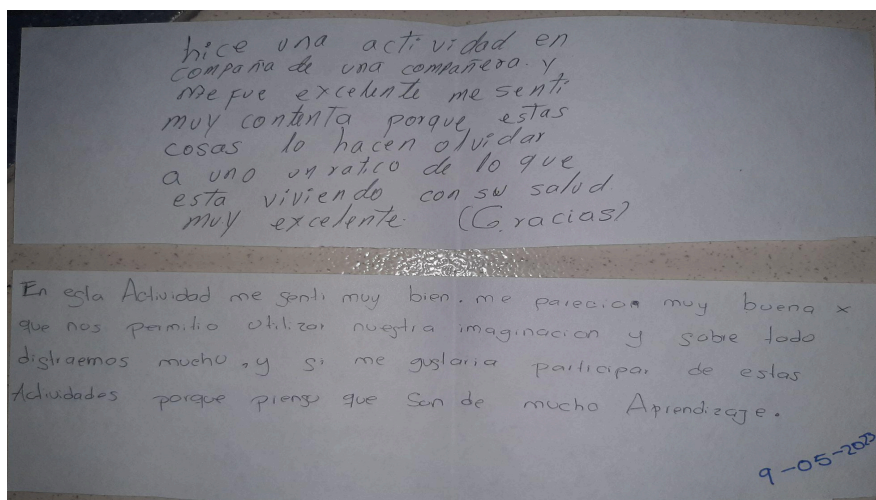
El acompañamiento que se brindaba era mediante preguntas orientadoras como: “¿De qué puede tratar la historia?”, “¿Será sobre una familia o una persona?”, “¿Dónde viven o se encuentran?”, “¿Es de día o de noche?”. Estas preguntas se proponían como una ayuda para que los participantes pudieran iniciar el relato, sobre todo cuando se les hacía difícil dar el primer paso. Una vez lograban definir la idea central, el proceso se tornaba más ágil y colaborativo.

Algunas parejas construyeron el texto complementando las ideas entre ellos, mientras que otros preferían escribir por turnos, es decir, uno elaboraba un párrafo y el otro continuaba la historia; cualquiera de las dos formas generaron una dinámica participativa y cooperativa. Cuando se presentaban pausas o bloqueos creativos, intervenía leyendo en voz alta el texto que tenían hasta el momento y ofreciendo pistas o preguntas que les ayudaba a retomar la continuidad y mantener el interés del momento.

Cuando los pacientes consideraban que habían finalizado, se procedía a leer el texto completo y se les invitaba a compartir sus pensamientos sobre cómo se habían sentido durante el rato, así como su percepción respecto al trabajo en conjunto. A partir de estas interacciones se evidenció que la elaboración del cuento favoreció la colaboración, la unión y la comunicación entre ellos, al lograr construir un cuento común. Durante la actividad se observó un ambiente de disfrute y satisfacción con el resultado obtenido, pues expresaban agrado y orgullo por lo construido. Esto se reflejó en el diario de campo: “Pude darme cuenta que la dinámica de crear un cuento conecta bastante a las personas en cuanto a querer lograr un mismo objetivo” (2023).

La siguiente imagen presenta dos comentarios realizados por pacientes distintos, quienes expresaron su opinión acerca de la experiencia vivida.

Ilustración 7. Comentarios sobre la creación conjunta del cuento



Fuente: Paciente 1. mujer de 50 años; Paciente 2. mujer de 30 años, 2023.

Momento 3. Se retomaba el trabajo con la misma pareja de pacientes que había participado en los momentos anteriores. El inicio era igual que los momentos anteriores (saludo, conocer cómo se encuentran y retroalimentación). Se corría la cortina e invitaba a acomodarse para explicar la nueva dinámica.

“Consiste en formar un corazón en Origami, se permite que cada uno escoja el color de hoja que más le guste y se explica paso a paso hasta armarlo. Cuando terminan deben escribir en la parte de atrás del corazón un pequeño mensaje que les haya quedado sobre el cuidado propio y hacia los demás.” (Propuesta de práctica, 2023)

Se procedía a explicar el paso a paso del corazón, manteniendo un ritmo pausado para que los recreandos pudieran avanzar al mismo tiempo conmigo. Para ello, me ubicaba en el centro de la habitación, de manera que todos pudieran observar con claridad. Algunas veces ciertas partes del procedimiento resultaban complejas, lo que requería repetir la explicación o acercarme a cada uno para ayudar con el doblado. Una vez finalizada la figura del corazón, se les entregaba colores o lápices para continuar con la dinámica: escribir, en la parte posterior del corazón, un mensaje sobre aquello que rescataban del cuidado y la conversación compartida.

Al finalizar, se abría un breve espacio para compartir los mensajes escritos y expresar cómo se habían sentido a lo largo de la actividad. Algunos manifestaron sentirse tranquilos, relajados y con una sensación general de bienestar. Otros destacaron la importancia del

La Recreación Dirigida permite crear un espacio de comunicación alrededor de las situaciones problemáticas durante la hospitalización

Durante la hospitalización, los pacientes atraviesan múltiples tensiones y preocupaciones, entre ellas la experiencia de compartir habitación con alguien desconocido. Aunque este contexto podría convertirse en un recurso valioso, al inicio no suele reconocerse al otro como alguien que vive una situación similar. Esta ausencia de reconocimiento limita las posibilidades de apoyo mutuo para afrontar dificultades como el estrés, el aburrimiento, el aislamiento, los síntomas de la enfermedad, las preocupaciones por los procedimientos, los ruidos, entre otros. Así, aun compartiendo el mismo espacio, la comunicación entre pacientes no suele surgir de manera natural.

La Recreación Dirigida favorece la construcción de relaciones interpersonales dentro del ambiente hospitalario y el reconocimiento entre los pacientes por medio de las actividades recreativas, en donde comparten y se encuentran a través de similitudes. En este sentido, el simple hecho de realizar una tarea en común abre la posibilidad de dialogar y fomentar el trabajo conjunto, la unión y la colaboración impactando en la percepción de afecto y sentimiento de integración.

"Durante la actividad de creación del cuento se evidenció entre los pacientes un trabajo conjunto caracterizado por la unión y la comunicación de ideas relacionadas con el cuidado [...] Al finalizar, concluían los aprendizajes obtenidos sobre el tema y los vincularon con sus propias experiencias de vida." (Diario de campo, 2023)

Por ello, la Recreación Dirigida crea un espacio de comunicación; rompe la distancia inicial de manera progresiva a través del acompañamiento y expresión de inquietudes, situaciones o vivencias logrando el reconocimiento de la otra persona. Como se puede apreciar en la siguiente fotografía tomada durante la actividad de corazones cuidadosos, se observa a dos pacientes mujeres que comparten habitación, cada una ubicada en su cama, acompañadas por sus familiares. La escena refleja un ambiente cálido de conversación y participación conjunta mientras realizan la escritura del cuento.

Ilustración 9. Pacientes y familiares durante la escritura del cuento sobre el cuidado



Fuente: Fotografía actividad Corazones cuidadosos (Mayo, 2023).

A partir de lo observado en la imagen, se reconoce cómo la disposición e interacción que se genera entre las pacientes y acompañantes propician la formación de vínculos significativos. Este momento evidencia el papel de la Recreación Dirigida como facilitadora del encuentro y comunicación.

"Las pacientes al crear el cuento se conectaron con el propósito de la actividad y trabajaron de manera fluida, complementándose en cada palabra que decían o escribían, aportando a la construcción colectiva. No fue necesario intervenir, ya que mantuvieron la comunicación y la unión hasta completar el relato, mostrando satisfacción con el resultado obtenido." (Diario de campo, 2023)

La recreación Dirigida configura un contexto intencionado de interacción en el que la recreadora media para estimular el diálogo, la colaboración y construcción de vínculos entre los pacientes. Al involucrar los pacientes de manera simultánea se establecieron conexiones significativas que se refuerzan con las expresiones de satisfacción y comentarios positivos. Evidenciando que la cooperación sostenida para conseguir un resultado en una actividad recreativa genera un espacio espontáneo de acompañamiento, escucha y dispersión de las situaciones cotidianas durante la hospitalización.

La siguiente fotografía, tomada durante la dinámica de escritura del cuento sobre el cuidado, permite evidenciar elementos clave del proceso de interacción entre las pacientes. En ella se observan dos mujeres que comparten habitación, cada una ubicada en su cama y con la cortina corrida. Una de ellas se encuentra sentada con un pedazo de cartón y un lapicero, que muestra a su compañera mientras esta la observa con atención. Este registro visual aporta evidencia del carácter colaborativo de la recreación al favorecer el intercambio significativo; el gesto de enseñar el cartón y la disposición de la otra paciente a escuchar reflejan un proceso de comunicación orientado a la construcción conjunta.

Ilustración 10. Pacientes comunicando ideas para el cuento



Fuente: Fotografía actividad Corazones cuidadosos (Mayo, 2023).

En la hospitalización se pueden encontrar variedad de situaciones que no solo afectan el entorno, sino que también crean barreras comunicativas entre los pacientes, lo cual suele verse limitada por factores como la falta de confianza, el desconocimiento, la carga emocional y que nadie ha presentado a un paciente con el otro; pero también por condiciones físicas o de salud, como es el caso de pacientes con traqueotomía, lo que dificulta un intercambio verbal.

“Con una pareja de pacientes se trabajó la creación del cuento de forma distinta, debido a que una de ellas tenía traqueotomía y no podía pronunciar palabras. Se implementó la estrategia del ‘chat en papel’, que permitió que ambas complementaran las frases y escribieran juntas, logrando construir el cuento de manera colaborativa. Durante la actividad, ambas manifestaron agrado por la experiencia y destacaron que fue un momento diferente.” (Informe mensual, 2023)

Esta experiencia adquirió significado para las pacientes; la estrategia adaptada permitió la participación conjunta, favoreciendo la expresión y la inclusión. Al mismo tiempo, se fortalecieron las relaciones interpersonales dentro de la habitación, al facilitar un espacio de encuentro, aceptación e integración social mediante la actividad recreativa. Así, la Recreación Dirigida no solo promueve el diálogo entre los pacientes, sino que también funciona como un recurso para superar y transformar las barreras comunicativas. Esto se logra al adaptar las actividades para que no dependan de las condiciones físicas, generando conexión, participación e interés común. De esta manera, la Recreación Dirigida se aprecia como un medio que aparta las limitaciones y propicia oportunidades para el intercambio de pensamientos y la comunicación efectiva.

“La comunicación entre los pacientes estuvo presente en todas las intervenciones, generando diálogos en los que compartían experiencias y vivencias personales. Esto permitió crear un espacio cómodo y agradable para ellos.” (Informe final, 2023)

Las actividades recreativas, durante su ejecución, fomentaron un diálogo constante que actuó como vía de reconocimiento del otro. A partir de este intercambio, los pacientes expresaron pensamientos, vivencias cotidianas, emociones y preocupaciones, construyendo vínculos al compartir de manera abierta y sentirse comprendidos por quienes atraviesan experiencias similares. Esta dinámica fue percibida como una forma de apoyo y empatía, favoreciendo una comunicación más fluida y significativa que fortaleció las relaciones interpersonales.

En conclusión, la implementación de las actividades recreativas posibilitó aprendizajes significativos, en la medida en que las experiencias individuales se transformaron en puntos de encuentro y acompañamiento. La Recreación Dirigida permitió espacios en donde la expresión y escucha de relatos auténticos reforzó el sentido de apoyo entre los pacientes, demostrando una manera más positiva de asumir los desafíos de la hospitalización.

La Recreación Dirigida facilita vínculos y construcción conjunta de nuevos sentidos y significados que resignifican la experiencia hospitalaria

El hospital es considerado un espacio seguro en términos clínicos y físicos, pero no desde lo emocional. Para muchos pacientes, la hospitalización se vive como un entorno aislado, estresante y poco agradable para la recuperación. El estar hospitalizado implica una ruptura de la cotidianidad, pérdida de autonomía y la aparición de emociones como incertidumbre, tristeza o miedo. A esto se suman las rutinas estrictas, las restricciones de movimiento y los largos periodos de inactividad, factores que limitan la interacción social y generan una marcada desconexión con el entorno habitual. En conjunto, estas condiciones configuran una experiencia hospitalaria desafiante.

La Recreación Dirigida permitió crear un espacio seguro para la comunicación y la construcción de vínculos, a partir de actividades que operaron como estructuras de soporte para la interacción. Esto se evidenció en el microproceso desarrollado durante la práctica profesional, donde dichas actividades facilitaron un entorno de conversación compartida, cercanía y confianza. En este contexto, los pacientes no solo se reconocieron como compañeros de habitación, sino como sujetos con historias, emociones y capacidades que podían intercambiarse, favoreciendo una comprensión más amplia de sus experiencias de hospitalización.

“Se logró realizar los tres momentos del microproceso de Corazones cuidadosos con una pareja de pacientes mujeres. Se notó que al ir avanzando en las técnicas se creó más interacción entre ellas y comodidad al conversar. Al finalizar la figura de origami, les pregunté por su opinión sobre las actividades en conjunto, a lo cual mencionaron que: ‘Debe ser difícil cuando existen roces entre pacientes de la misma habitación, que no les había pasado, pero sí consideran que debe ser muy aburrido.’ También dijeron que los tres momentos vividos permitieron que: ‘La energía sea diferente dentro del ambiente’.” (Diario de campo, 2023)

Por lo anterior, se reforzó la idea de que la Recreación Dirigida transformó la percepción de los pacientes sobre el entorno hospitalario al promover un espacio interactivo. Esta transformación se evidenció en el cambio de la energía de la habitación, que pasó de ser un ambiente aburrido, monótono y frío a uno percibido como más divertido, tranquilo y acompañado. La comunicación entre los pacientes no solo se manifestó de forma verbal, sino

también a través de miradas y gestos de atención que facilitaron la creación de vínculos al expresar empatía y validación, elementos esenciales del apoyo social.

“Durante las intervenciones se evidenció que, mientras uno de los pacientes compartía su experiencia, el otro lo observaba con atención y asentía con la mirada, generando un ambiente de escucha y reconocimiento mutuo. Estas miradas se convirtieron en un indicador de conexión y disposición al interactuar.” (Diario de campo, 2023)

Para favorecer el contacto visual y, con ello, la conexión entre los pacientes, la recreadora debió retirar la primera barrera de interacción presente en la habitación: la cortina que dividía el espacio. Al hacerlo, los pacientes pudieron observarse con mayor claridad, prestar atención al otro y establecer una relación que facilitó el trabajo conjunto. Esto se evidenció en la actividad Corazones cuidadosos, desarrollada durante la creación del cuento sobre el cuidado. En la siguiente fotografía se observa a dos pacientes hombres de diferentes edades, cada uno en su cama, con la cortina corrida para permitir el contacto. Uno de ellos mira atentamente a su compañero mientras ambos avanzaban en el proceso de escritura, gesto que dio cuenta de la disposición al diálogo y de la construcción del vínculo.

Ilustración 11. Pacientes en el proceso de escritura del cuento



Fuente: Fotografía capturada en el mes de mayo de 2023.

La habitación es un espacio donde los pacientes permanecen durante gran parte del día, de manera continua y cercano al otro paciente, donde emergen experiencias comunes como la espera, los tratamientos, la incertidumbre, el descanso interrumpido, los dolores y las emociones asociadas a la enfermedad. La habitación compartida, a diferencia de otros espacios del hospital, permite una interacción no trazada por tiempos o protocolos institucionales, lo que abre un espacio seguro para una comunicación auténtica.

Al ser un espacio reducido, la habitación se convirtió en el escenario principal para fomentar microencuentros entre los pacientes. A través de miradas, gestos y comentarios breves, se construye confianza y una mayor disposición para conversaciones más profundas, en las que los pacientes puedan negociar acuerdos sobre las dinámicas de compartir el mismo espacio, intercambiar consejos, apoyarse mutuamente en situaciones de malestar o incluso celebrar pequeñas mejoras. Estos intercambios simples generan la sensación de integración y carácter de ayuda, reforzando la idea de que la hospitalización no se atraviesa en soledad. Esta idea se evidenció con el comentario expresado por una paciente sobre la experiencia vivida:

“Fue una experiencia agradable. Hubo integración con los compañeros, se rompe la monotonía, se intercambiaron puntos de vista y se desarrolla creatividad. Excelente actividad de integración.” (Diario de campo, 2023)

Además, la habitación compartida debe ser considerada un espacio seguro para la salud física y emocional, porque constituye el entorno más íntimo y estable para el paciente durante la hospitalización. Asimismo, el uso de este espacio por parte de la recreadora, mediante actividades recreativas, aportó un valor significativo al reconocimiento del otro para establecer vínculos basados en la empatía frente a experiencias similares; como se puede apreciar en el comentario de un paciente al cumplir con los tres momentos de la actividad de Recuerdos en casete:

“Me sentí muy bien con todo lo que me enseñaron y aprendí. Gracias a usted porque hemos compartido muchas risas. Muy bueno trabajar con mi compañero, porque nos dimos ánimo entre nosotros. Es comfortable compartir con la otra persona”. (Diario de campo, 2023)

La Recreación Dirigida resignificó la habitación compartida como un espacio seguro, al establecer formas de relacionarse que redujeron la tensión y generaron una sensación de apoyo social entre los pacientes. Al compartir y desarrollar dinámicas en las que coordinaban,

se escuchaban y dialogaban, emergieron expresiones de ánimo, consejos, historias y gestos de acompañamiento. Este efecto se reflejó en los testimonios de los pacientes, quienes destacaron que participar en actividades recreativas “les hacía olvidar por un ratito lo que estaban viviendo con su salud y producía sentimientos de alegría y alivio” (Diario de campo, 2023). Asimismo, las actividades transformaron la habitación porque fue posible aprender del otro, conversar y distraerse, tal como señaló una paciente al describirla como “un espacio lleno de aprendizajes, donde conocer las experiencias del otro es comfortable” (Diario de campo, 2023).

Los comentarios de los pacientes evidenciaron el surgimiento de vínculos sociales que amortiguan la estancia hospitalaria, al considerarse un elemento que permite reducir el estrés hasta el punto de olvidar las situaciones de salud, fomentando la integración que se convierte en sensación de respaldo y confianza para expresar los pensamientos y reflexiones.

A partir de los encuentros y relaciones, la manera en que se vive la hospitalización cambia, dejando de centrarse exclusivamente en la enfermedad o el aislamiento. Emergen sentimientos de unión, logro y afecto entre los recreandos, como se puede ver en la siguiente fotografía en la que tres participantes muestran el corazón de papel elaborado durante la actividad de origami. Una de ellas está sentada y las otras dos aparecen de pie, abrazadas y reunidas para la foto. El gesto colectivo de acercamiento y de mostrar la creación final fue interpretado como una expresión de reconocimiento y apoyo entre ellas, generando un ambiente de emociones positivas y sensación de acompañamiento.

Ilustración 12. Paciente y familiares enseñando los resultados del origami



Fuente: Fotografía capturada en el mes de mayo de 2023.

En las actividades recreativas se fortalecieron los vínculos durante los momentos compartidos, en los cuales surgieron comprensión y afecto a partir de pequeñas expresiones de interacción, como la risa colectiva, el recuerdo compartido, el apoyo en una tarea o la validación emocional. Cuando las expresiones se repitieron, se consolidaron en vínculos sociales que transformaron la percepción que los pacientes tenían del otro, al reconocerlo significativo en su proceso. Esta idea se reforzó con el comentario de una paciente sobre la experiencia de conversar:

“A veces no podemos expresar lo que sentimos con nuestra familia y sí con alguien más. Me gustó conversar con la otra persona.” (Diario de campo, 2023)

El comentario evidencia el valor de propiciar espacios de comunicación entre los pacientes, donde la escucha y la empatía se convierten en recursos emocionales que alivian la tensión propia de la hospitalización. Tal como plantea Barra (2004), estas interacciones

generan un efecto calmante que contribuye al bienestar y a la disminución del estrés, ya sea a través de consejos, palabras de aliento o simples comentarios que ofrecen compañía. La experiencia hospitalaria adquiere un sentido más humano y menos estigmatizante, sostenido por el apoyo social que favorece la reducción de la angustia y fortalece el bienestar emocional.

“Los pacientes manifestaron que ‘Intercambiar pensamientos e ideas es agradable’ y que las actividades propuestas les permiten ‘redirigir los momentos de tristeza y dolor hacia el olvido de lo negativo y el recuerdo de lo positivo’.” (Diario de campo, 2023)

Los comentarios de los pacientes indican que las actividades desarrolladas desde la Recreación Dirigida lograron propiciar momentos de disfrute que influyeron positivamente en su estado emocional. Durante Recuerdos en casete y Corazones cuidadosos, señalaron que “las actividades nos distrajerón mucho, fue agradable compartir con la otra persona” y que “permiten romper el hielo, y, además, el socializar recarga de energía, tanto al paciente como al familiar” (Diario de campo, 2023). Estos testimonios muestran cómo la participación conjunta no solo facilita la comunicación, sino que también contribuye a mejorar el ánimo y fortalecer el apoyo mutuo dentro del entorno hospitalario.

Por lo tanto, se comprende que la Recreación Dirigida contribuye a transformar la percepción del ambiente hospitalario, haciéndolo más cercano y propicio para la confianza, la expresión y el intercambio emocional. Al generar un entorno cómodo, dinámico y creativo, se reducen las tensiones entre los pacientes y se facilita la apertura comunicativa. En un entorno de mayor receptividad, el apoyo social emerge de manera más espontánea, pues los pacientes sienten que pueden ser escuchados y aceptados. La experiencia compartida favorece la resignificación de la hospitalización y promueve una actitud más positiva frente al proceso de recuperación.

El hecho de compartir, reflexionar y socializar entre pacientes aporta al bienestar emocional al posibilitar la construcción conjunta de nuevos sentidos sobre la experiencia hospitalaria. Mediante conversaciones espontáneas, relatos compartidos y la expresión abierta de emociones, los participantes reinterpretan su vivencia más allá del malestar físico, encontrando en el otro un referente que comprende y acompaña.

En el intercambio, la validación mutua se vuelve fundamental, los pacientes reconocen sus propias capacidades para aportar, apoyar o resolver, lo que fortalece su

autoestima y la percepción de sí mismos dentro del espacio. La validación recíproca genera una seguridad emocional, al sentirse valorados y escuchados.

El efecto se observó en los testimonios recogidos durante las actividades. Para varios pacientes, la interacción se convirtió en un espacio de alivio y reflexión conjunta, como lo expresó uno de ellos al señalar: “nos sentimos muy bien, fue un rato de esparcimiento, con cosas para reflexionar y compartir un momento con otras personas” (Diario de campo, 2023). Del mismo modo, estos espacios facilitaron la apertura emocional en personas que inicialmente mostraban resistencia a comunicarse; así lo indicó un acompañante al afirmar: “por lo menos la hizo hablar, porque no quiere hablar nada” (Diario de campo, 2023).

En síntesis, los comentarios muestran que la Recreación Dirigida no solo promovió momentos de bienestar, sino que también abrió posibilidades para la expresión emocional y el contacto humano, aportando a una resignificación más positiva y compartida de la experiencia hospitalaria.

Rol del Profesional en Recreación como mediador en el proceso recreativo dirigido a favorecer el apoyo social

La comunicación entre los pacientes no surgía de manera espontánea, a pesar de permanecer juntos en la misma habitación de forma continua y durante periodos prolongados. Coexistir no garantiza cercanía, pues sin una figura que propicie el encuentro, facilite la presentación entre ellos o genere un motivo para interactuar, los vínculos difícilmente se iban a consolidar. Bajo estas condiciones, el potencial de la habitación compartida como escenario de interacción social quedaba limitado, reduciéndose a un espacio destinado al descanso individual y al seguimiento clínico de los síntomas. Antes de la intervención recreativa, no existía una mediación que impulsara la creación de experiencias compartidas capaces de aportar bienestar emocional y favorecer el apoyo social entre los pacientes.

Precisamente allí entra el rol del Profesional en Recreación como mediador, capaz de activar el sentido social del espacio y promover encuentros que fortalezcan el apoyo entre pacientes. El profesional actuó como dinamizador del encuentro, modelando formas de diálogo y acompañando la comunicación. Su intervención permitió que la interacción pase de lo superficial a lo significativo, orientando la dinámica hacia el reconocimiento mutuo y la construcción de sentidos.

“La mediación de la recreadora en todas las actividades consistía en mantener activas las conversaciones, evitando silencios prolongados que generan desconexión del tema, excepto en los momentos manuales que requerían mayor concentración individual. Durante los intercambios de pensamientos, la recreadora se mantenía atenta a las pistas de los comentarios para conectar ideas y promover la participación de ambos pacientes. Por ejemplo, cuando uno hablaba sobre el cuidado personal, se invitaba al otro a opinar, generando confianza y continuidad en el diálogo.” (Diario de campo, 2023)

En cada momento del microproceso, la recreadora asumió un papel activo en la mediación de la conversación, garantizando un flujo comunicativo y una participación equilibrada. Lo lograba mediante una presencia atenta, evitando pausas que rompieran la atención y manteniendo la coherencia temática para estimular reflexiones y aprendizajes significativos durante toda la experiencia.

“A medida que se desarrollaban las actividades, se formularon preguntas orientadoras que estimulaban la participación y el diálogo entre los pacientes.” (Diario de campo, 2023)

Para lograr ese flujo conversacional, la recreadora promovía la interacción a través de preguntas que facilitaban el intercambio de ideas, conectaban a los pacientes con la actividad y permitían comprobar su comprensión. A la vez, cada pregunta incentivaba el compartir pensamientos y experiencias, fortaleciendo el apoyo social al generar reciprocidad, ya que los pacientes no solo ofrecían consejos, sino que también percibían que los recibían al escuchar sus propias voces y las del otro.

El recreador se encarga de facilitar los recursos para desarrollar las dinámicas y, al mismo tiempo, de orientar el sentido principal de las actividades. Crear espacios de opinión y equidad al hablar promueve la inclusión y la participación, ya que el nivel de interés depende de qué tan escuchado e integrado se sienta cada paciente. Para ello, la presencia activa del profesional, con el uso consciente del cuerpo, la mirada y el desplazamiento, favorece un ambiente de cercanía, atención y respeto mutuo, elementos esenciales para fortalecer el apoyo social y la conexión emocional entre los recreandos, el contenido y el recreador.

“Durante las actividades prefería moverme por toda la habitación a medida que se desarrollaba la conversación, manteniendo la atención de los pacientes. Cuando hablaba, dirigía mi mirada a ambos, y al escuchar sus aportes, los observaba por igual para conservar la conexión y el equilibrio en la comunicación.” (Diario de campo 2023)

El recreador es el agente mediador que posibilita las condiciones adecuadas para la libre expresión de los participantes. No solo propone y ejecuta actividades, sino que también gestiona el entorno para facilitar el diálogo. Implementa estrategias para afrontar dificultades o retos, demostrando flexibilidad y creatividad para adaptarse a nuevas circunstancias sin perder el sentido de las dinámicas.

“Se implementó la reconstrucción de la memoria, para recordar los momentos anteriores; en especial, cuando las intervenciones no fueron muy seguidas, pasando dos o tres días, se debían acompañar o dar pistas para que se acordaran del tema. En algunos casos, uno de los pacientes se acordaba más que el otro.” (Diario de campo, 2023)

La reconstrucción de la memoria surgió como un ajuste necesario ante el paso de los días entre sesiones. Retomar lo conversado permitió mantener continuidad, favorecer la comprensión y activar la participación conjunta. También estimuló el apoyo mutuo, ya que los pacientes complementaban sus recuerdos y se reconocían como parte de un proceso compartido. Este ejercicio reforzó la idea de que sus aportes eran escuchados y valorados, fortaleciendo la percepción de afecto y la construcción de un sentido colectivo.

El recreador no solo adapta las actividades al contexto para fortalecer el apoyo entre pacientes, sino que también transmite acompañamiento, atención y compromiso constante. Esto se evidencia en la siguiente fotografía, tomada después de una intervención con dos pacientes hombres acompañados cada uno por el familiar. Decidieron tomarse una foto grupal para mostrar el resultado de la decoración del casete e incluyeron a la practicante de recreación, reconociendo su papel significativo durante el proceso.

Conclusiones

El recorrido realizado a lo largo de este trabajo permitió comprender el entorno hospitalario desde una mirada que integra el apoyo social como estrategia de afrontamiento, mediada por la Recreación Dirigida con adultos en habitaciones compartidas de la Fundación Valle del Lili en Cali. Esta perspectiva abrió nuevas comprensiones sobre la relación entre recreación, apoyo social y salud, evidenciando que el apoyo social adquiere un papel decisivo en la experiencia hospitalaria.

La Recreación Dirigida, asumida como herramienta pedagógica, potenció la comunicación, la expresión emocional y la construcción de vínculos entre pacientes mediante lenguajes lúdicos creativos, como el juego y la narración. Dichos recursos posibilitaron la resignificación de la estancia hospitalaria, transformando un espacio inicialmente tenso y aislado en uno dinámico, cercano y significativo.

El proceso desarrollado representó una oportunidad de aprendizaje profesional al incorporar nuevas miradas sobre la recreación en el ámbito de la salud y reconocer que el bienestar no puede entenderse únicamente desde lo clínico, sino como bienestar integral que involucra dimensiones emocionales y sociales. Mantener una escucha activa, reconocer las emociones de los pacientes y adaptar las actividades a sus capacidades permitió construir intervenciones pertinentes y respetuosas con sus necesidades.

Por ello, el rol del recreador fue esencial para facilitar encuentros, promover la interacción y generar ambientes adecuados para las intervenciones. Al diseñar y ejecutar actividades intencionadas, el recreador se convierte en mediador de experiencias que pueden impactar y estimular respuestas frente al estrés, fortaleciendo la percepción de acompañamiento y la adaptabilidad al entorno hospitalario (Fierro, 2001), en tanto permitió momentos que trascendieron la diversión y se transformaron en aprendizajes significativos.

Asimismo, el uso de los lenguajes lúdicos creativos fue determinante para conectar a los pacientes, propiciar significados compartidos y abrir posibilidades de disfrute aun en medio de la enfermedad. Como señala Barra (2004), el apoyo social impacta la salud física y emocional a través de relaciones que ofrecen afecto, consejos, escucha y acompañamiento. Este estudio evidenció que incluso en condiciones de vulnerabilidad las personas pueden crear vínculos y sostenerse mutuamente cuando se favorece la comunicación y la conexión

por medio de pequeños gestos como una mirada, una palabra oportuna o una vivencia similar, contribuyen a fortalecer la integración social y disminuir la sensación de aislamiento.

En este sentido, la Recreación Dirigida se reveló como una vía eficaz para activar el apoyo social, reducir tensiones, promover la expresión emocional y fomentar la presencia del otro como recurso de bienestar. Para lograrlo es necesario que las actividades sean intencionadas, adaptadas a las circunstancias y acompañadas por un recreador que reconozca las necesidades del entorno clínico.

Considero fundamental que los futuros practicantes de recreación en contextos hospitalarios desarrollen estrategias que rompan barreras de encuentro, promuevan conciencia de los espacios de esparcimiento constante, las actividades sean pensadas y creadas para las condiciones de los pacientes, impactar en la ruptura de la cotidianidad del paciente y reconocer los estados de ánimo de los pacientes como elementos centrales de la intervención.

En conjunto, el proceso permitió consolidar una visión integral de la salud y reafirmar la importancia del apoyo social como componente del bienestar. También fortaleció mi identidad profesional al demostrar que la recreación puede influir en los entornos clínicos, no como un complemento, sino como una práctica transformadora que favorece el afrontamiento y la resiliencia de quienes atraviesan una hospitalización.

Bibliografía

- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-242
- Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E. A., & Gelves-Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.
- Campo, L. (2023). Informe mensual de práctica profesional (informe no publicado). Programa académico de Recreación, Universidad del Valle.
- Campo, L. (2023). Informe final de práctica profesional (informe no publicado). Programa académico de Recreación, Universidad del Valle.
- Campo, L. (2023). Diario de campo de práctica profesional (Diario de campo no publicado). Programa académico de Recreación, Universidad del Valle.
- Durá, E., & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*, 6(2), 257-271.
- Ellis, C.; Adams, T. y Bochner, A. (2010). Autoetnografía: un panorama. En S. Bénard Calva, *Autoetnografía una metodología cualitativa* (S. Bénard Calva; M. Luévano Martínez y A. Rodríguez Castro, Trads., 1 ed., pp. 17-41). Sage.
- Fierro, A. (2001). Estrés, afrontamiento y adaptación. En M. I. Hombrados (Comp.), *Estrés y salud* (pp. 9-38). Promolibro.
- Fundación Valle del Lili. (2023). Guía para el paciente con diagnóstico oncológico. https://valledellili.org/wp-content/uploads/2023/09/Guia-para-el-paciente-con-diagnostico-oncologico-2023_compressed-1-1.pdf
- Fundación Valle del Lili (2023). Folletos informativos sobre precauciones para aislamientos. <https://valledellili.org/publicaciones/folletos/>
- Mariño, R., Cervera, S., Moreno, L., & Sánchez, O. (2015). Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un

- hospital de cuarto nivel de atención. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(4), 204-209
- Mesa, G. (2004). La Recreación Dirigida: ¿Mediación Semiótica y Práctica Pedagógica? Una pregunta para el debate. Instituto de Educación y pedagogía, Universidad del Valle.
- Mesa, G. & Manzano-Sanchez, H. (2009). La Recreación dirigida: un laboratorio pedagógico para la contemplación activa y creativa de la televisión. Comisión Nacional de Televisión-Colciencias-Universidad del Valle.
- Mejía Navarrete, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa: Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 13, 277–299.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6928/6138>
- Perrone, R. A. P., & Figueiredo, M. D. F. N. (2014). Lo lúdico como estrategia de adaptación a la enfermedad ya la hospitalización de pacientes adultos. *Avances en Psicología Clínica*, 814-822.
- Silva, S. D. S., Aquino, T.A., & Santos, R. M. D. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 4(2), 73-89.
- Vain, P. D. (2012). El enfoque interpretativo en investigación educativa: algunas consideraciones teórico-metodológicas. *Revista de educación*, 4(4), 37-45.
- Veringa, E. (2017). Planetree: La transformación de la atención sanitaria centrada en la persona. Centro Internacional de Certificación Planetree.
<https://cicsp.org/wp-content/uploads/2017/12/Etel-Veringa.Planetree.pdf>
- Vila, J., Gómez Bobassi, L., & Pérez, M. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 5–8
- Yélamos, C., & Fernández, B. (2009). Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. En *Manejo del cáncer en atención primaria* (pp. 267-284). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.