**Ocio ético: afrontando la alienación y la deshumanización en los hospitales**

**Ethical leisure: Facing alienation and dehumanization in hospitals**

**Resumen**

El artículo estudia la necesidad de ocupar el tiempo libre de los pacientes en los hospitales, y si estas prácticas de animación hospitalaria son percibidas por ellos como un medio para mejorar su calidad de vida. Para alcanzar los objetivos, se lleva a cabo una exploración cualitativa, con recogida de información individualizada, siguiendo un protocolo preestablecido de preguntas cerradas. Con esta metodología se pretende delimitar, de forma objetiva, el tiempo dedicado a las diferentes actividades de ocio en el hospital. Los resultados obtenidos permiten establecer correlaciones entre las respuestas de los pacientes y las variables analizadas. La investigación ofrece evidencia empírica sobre los perfiles de los ingresados, caracterizados por los usos de su tiempo libre, los efectos positivos de mejoras en su utilización, así como de la necesidad de creación de instituciones sociales adecuadas para contemplar un ocio ético, contribuyendo a conformar los denominados “procesos de humanización en los hospitales”.

**Palabras clave**: animación, calidad de vida, hospital, humanización, ocio.

**Abstract**

The article discusses the need to occupy the free time of patients in hospitals, and if hospital entertainment are perceived by them as a means to improve their quality of life. To achieve the objectives, a qualitative exploration is carried out, collecting individual information, according to a predetermined protocol of closed questions. This methodology is intended to define, in an objective manner, the time spent on various leisure activities in the hospital. The results allow us to establish correlations between the responses of patients and the variables analyzed. The research provides empirical evidence on the profiles of registered patients, characterized by the use of their free time and the positive effects of improvements as a result. Furthermore, the need to create appropriate social institutions for ethical leisure, helping to shape what is referred to as the “process of humanization in hospitals”.

**Key words**: entertainment, quality of life, hospital, humanization, leisure

**Introducción**

La animación hospitalaria posee un corto recorrido tanto en la práctica hospitalaria como en la literatura. Sin embargo son ya numerosos los estudios (Gallo *et al*., 1993; Romagosa, 1999; **//anonimizado//,** 2006; Ullán *et al*., 2010; Belver y Ullán, 2011; entre otros) que demuestran que es necesaria, tanto si se trabaja con pacientes pediátricos como con adultos. Investigaciones recientes destacan a la animación hospitalaria como espacio emergente en la animación sociocultural. (**//anonimizado//,** 2013), recogen esta literatura sobre animación hospitalaria en la que se indica que ésta se diseña para pacientes hospitalizados que disponen de mucho tiempo libre; Bados (2004), aboga por una política de animación sociocultural sistematizada en los hospitales; Ullán *et al.* (2010), por su parte, ponen de manifiesto cómo los adolescentes convalecientes proponen mejorar su estancia en los hospitales a través de los servicios de ocio, aportando un punto de vista muy interesante sobre la necesidad de extender dicha animación no solo al paciente pediátrico; Fernández *et al*. (2010) también han llevado a cabo trabajos sobre el empleo del tiempo libre del paciente adulto en el Hospital Universitario Central de Asturias; Guenoun y Bauça (2012), igualmente vienen a avalar la necesidad de realizar actividades de animación con enfermos hospitalizados. Así, las investigaciones realizadas en el Hospital Son Espases de Palma de Mallorca con pacientes crónicos, a quiénes se les ofertaron actividades recreativas y de ocio, concluyen que estas actividades fueron muy positivas para su bienestar, impulsaron el apoyo entre pacientes, ayudaron a introducir a las personas recién llegadas e implicaron a las familias. Los enfermos, en suma, demandan más actividades e incluso realizan propuestas sobre las que les gustaría llevar a cabo, pues “hay un deseo encubierto de los pacientes por ser partícipes y actores directos de todas aquellas actividades recreativas que puedan realizarse durante las sesiones de hemodiálisis” Guenoun y Bauça (2012: 61). Adquieren, por tanto, especial relevancia las palabras de Bermejo (2014) sobre la necesidad de una mayor humanización de la sanidad en los procesos terapéuticos, reclamada por usuarios, profesionales y planificadores sanitarios Tal vez los proyectos generalizados de animación hospitalaria con pacientes (también adultos) y sobre todo con aquellos de larga estancia, puedan ayudar a paliar estas situaciones y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los enfermos en los hospitales (Martínez y Amayra, 2006). En concreto, para Gonzalo *et al.* (2008), el hecho de participar de las actividades de ocio durante los periodos de hospitalización, incrementa el grado de satisfacción y facilita la adopción de actitudes positivas en el paciente, posibilitando que el grado de actividad y la autoestima se mantengan altos.

Es evidente, por tanto, que la animación hospitalaria ha sido objeto de estudio desde diferentes perspectivas como la sanitaria, la psicológica y la educativa, y se relaciona con los denominados procesos de humanización en los hospitales que, en suma, persiguen aumentar la calidad de vida de los enfermos hospitalizados. El tiempo libre aparece así por tanto, como competencia de distintas disciplinas, quizás por su difícil engranaje en el marco teórico de todas las ciencias, o bien por el carácter interdisciplinar que requiere para su desarrollo (Elías y Dunning, 1992). Resulta llamativo, sin embargo, que a la animación hospitalaria no se le haya prestado suficiente atención desde una perspectiva sociológica, máxime cuando ésta se ocupa profusamente tanto del tiempo libre, como del ocio. La hospitalización supone una ruptura en la continuidad de la vida diaria de las personas, por el aislamiento social y físico que impone a los pacientes (Ruiz et al., 2016) y los tiempos que transcurren entre las visitas médicas y los tratamientos a que son sometidos los pacientes hospitalizados pueden ser considerados como tiempo libre entre las obligaciones cotidianas de los enfermos y, como tales, son susceptibles de ser cubiertos por servicios de ocio. No en vano es ésta la única esfera pública en la que los individuos de las modernas sociedades pueden decidir sobre su propia satisfacción, desafiando a la rutina (Elías y Dunning, 1992).

Se constata, así, dispersión y algunas lagunas epistemológicas a la hora de abordar esta temática. Tomando en consideración este vacío, en el presente artículo se presentan los resultados de una investigación sobre animación hospitalaria con pacientes adultos que muestra la necesidad de ocupar el tiempo libre de estos enfermos, y cómo debiera emplearse, con el fin de aumentar la calidad de vida del paciente.

El artículo aborda, en primer lugar, el marco teórico en el que se encuadran los estudios sobre alienación, deshumanización y degradación del ocio; explica a continuación la aproximación metodológica de carácter empírico, obtenida a partir de un cuestionario al que respondieron pacientes hospitalizados, acompañantes de éstos y personal sanitario; en tercer lugar, muestra los resultados de las correlaciones entre las respuestas de los pacientes y las variables, analizadas con el paquete estadístico SPSS y, finalmente, se presentan las conclusiones basadas en los resultados obtenidos y la discusión posterior.

**ALIENACIÓN, DESHUMANIZACIÓN Y DEGRADACIÓN DEL OCIO**

La sociología del ocio inicia su institucionalización académica a mediados de la década de los 50, en la que autores como Riesman *et al.* (1981) empiezan a hacer visibles los importantes cambios que se están produciendo en la orientación sociológica, a través del funcional estructuralismo o la teoría de la acción. Heredero de estos cambios paradigmáticos en las ciencias sociales, Havighurst (1968) analiza distintas variables que intervienen en la relación trabajo/ocio y sus consecuencias en términos de relajación o estímulo de tensiones, dentro de los cada vez más frecuentes estudios sobre la reducción de la jornada laboral y el alargamiento del fin de semana. Por esa misma época, otros como Dumazedier (1971) comienzan también a estudiar de manera sistemática el ocio, destacando su complejidad e importancia, hasta el punto de considerar que no es posible analizar muchas instituciones sociales sin una reflexión previa acerca de la influencia del ocio en ellas.

La alienación, la deshumanización o la degradación se encuentran, por tanto, en los orígenes de la teoría sociológica del ocio y son condiciones que se trasladan hasta nuestros días y a todos los ámbitos de estudio de los procesos de uso del tiempo. Entre ellos, a determinados servicios de ocio, como es el caso de la animación hospitalaria. Según Aron (1999:230) “la libertad de auto-realización en el tiempo libre depende de lo que los individuos llevan en sí mismos”, un argumento coincidente, al menos en parte, con el del propio Havighurst (1968), para quien las actividades de ocio están relacionadas no solo con la satisfacción en la vida sino con el grado de socialización que se consigue con estas actividades.

Tradicionalmente se ha separado el tiempo total disponible de una persona entre tiempo no disponible, tiempo disponible y tiempo libre. El primero de ellos sería el necesario para cumplir las obligaciones laborales, escolares, familiares y biológicas básicas; el segundo abarcaría las ocupaciones autoimpuestas, mientras que el último sería el restante después de cumplir con todas las obligaciones, y en el que se incluiría el ocio (Trilla, 1993). A partir de esta clasificación, la animación hospitalaria se enmarcaría dentro de la última categoría, ya que resulta obvio que el tiempo que un enfermo dedica a las restantes actividades hospitalarias no puede considerarse autoimpuesto ni tampoco disponible. Se podría decir, en cambio, que forma parte de un período de recuperación de fuerzas, e incluso de vida, en los pacientes hospitalarios, a la manera en la que lo entiende Lafargue (2011) para los esforzados obreros industriales. También Mead (1957) hace una lectura similar cuando habla de actividades recreativas que proporcionan diversión, distracción y recuperación.

Desde este enfoque y, en primer lugar, el concepto de tiempo libre haría referencia a un tiempo exento de obligaciones, dedicado a uno mismo o para realizar aquello que se desea, una realidad que se aleja mucho de las posibilidades de las que disponen los pacientes hospitalizados, especialmente los de larga duración, y que puede repercutir de manera muy desfavorable en la calidad y humanización de sus condiciones de vida por la inquietud y la falta de autonomía e independencia que conlleva (Ruiz *et al*., 2016). A esto habría que añadir la diferente percepción del tiempo por parte de los enfermos. Así Bayés (2003) distingue entre tiempos subjetivos y tiempos cronológicos; para los pacientes la vivencia temporal se dilata, la incertidumbre en los tiempos de espera hace que éstos igualmente, se alarguen; para este autor existe mucho sufrimiento en los hospitales que podría paliarse de forma sencilla a través de programas de animación hospitalaria. Interesa mencionar que uno de los usos habituales del ocio es el relacionado con el afrontamiento del dolor, experiencia subjetiva que si no se trata puede contribuir al desarrollo de problemáticas bio-psico-sociales, entre ellas la disminución de la socialización. Sin embargo, cuando el paciente se involucra en una actividad placentera, su dolor no es el foco principal de atención, por ello es importante contemplar una oferta de actividades significativas para el enfermo que distraigan su atención (Martínez y Amayra, 2006).

En segundo lugar, el ocio se centraría en una actitud que implica no solo la gestión de actividades escogidas de forma autónoma por el individuo sino también la satisfacción inherente al desarrollo de las mismas. El ocio se escoge libremente y es por eso que es grato, provoca placer, recrea e incluso, reconforta, algo fundamental en pacientes hospitalizados. Sería una actividad que tiene valor en sí misma, próxima a lo que Gil y Menéndez (1985) denominan satisfacción de necesidades o tiempo de beneficios. Para ello, deben darse algunas condiciones de la actividad de ocio, como la autonomía ya mencionada, entendida esta como la capacidad de elegir qué hacer y cómo, y lo que en la literatura sobre el tiempo libre se ha denominado “autotelismo” (Trilla, 1993), que implica que las actividades deben resultar gratas.

Para el tema que nos ocupa, en tercer lugar, es interesante tomar en consideración otros aspectos investigados en torno al ocio, como las emociones que produce, reprimidas en otros momentos de la interacción social. La rutinización que caracteriza a los ingresos hospitalarios implica un gran control social y las actividades de ocio facilitan la sensación de implicación, la activación, el relax, la percepción del tiempo o incluso de la autoconciencia. Elías y Dunning (1992:150) hablan del refuerzo de sentimientos y emociones que provoca “la sociabilidad, la motilidad y la imaginación”. Otros como San Martín *et al*. (1999) defienden que la satisfacción obtenida dependerá del grado de activación que permita, la posibilidad de interacción social y los sentimientos de competencia que despierte. Por su parte, Vera (2006) haciéndose eco de los estudios de Peterson *et al*. (1988), señala que el optimismo (entendemos también el derivado de la puesta en marcha de distintas actividades), palia el sufrimiento y malestar de aquellos que sufren a causa de la enfermedad.

Cabe apuntar, finalmente, que la cultura material, tan presente en las vidas de los ciudadanos de las sociedades actuales, puede posibilitar el incremento de estos servicios de ocio, de ahí que, en última instancia lo que se pone de manifiesto es la necesidad de imponer el denominado ocio ético, evitando así los procesos de deshumanización que pueden producirse en los centros hospitalarios. Ullán y Bellver (2008) plantean la necesidad de que España haga suyas las recomendaciones internacionales que abogan por prestar atención a los procesos psicosociales asociados a la enfermedad, si se quiere avanzar en la humanización de los espacios de atención y en la mejora de los procedimientos de ocupación del tiempo de hospitalización. Desde este enfoque, estos autores centran, no obstante, la atención en una población pediátrica y adolescente, mientras que el presente trabajo pretende extender estos servicios de ocio, la humanización que implican, así como la mayor calidad de vida que proporcionan, a la población adulta.

Como se ha señalado, los estudios en torno al ocio en los hospitales aplicada a pacientes adultos son escasos; Ruiz *et al*. (2016) destacan las actuaciones realizadas en el Servicio de Rehabilitación Complementaria del Hospital Nacional de Parapléjicos en Toledo, y el referido a la Unidad de Animación Sociocultural del Complejo Hospitalario de Universitario de Albacete que trabaja, fundamentalmente, con enfermos oncológicos y sus acompañantes.

Igualmente se han realizado estudios sobre el análisis de necesidades que los pacientes tienen en los hospitales, referidos al tiempo libre y a su ocupación. Algunas de las conclusiones pivotan en torno al desinterés que muestran los pacientes mayores por realizar actividades que comporten distracción; sin embargo, más de la mitad de los enfermos adultos creen que sería positivo que el hospital ofertara estas actividades y destacan la proyección de películas en sala en el centro sanitario ((**//anonimizado//,** 2009 **y //anonimizado//,** 2013). Las citadas investigaciones también muestran que a mayor tiempo de hospitalización más se demandan oferta de actividades, primándose el acompañamiento por parte de profesionales así como actividades de difusión cultural, que perciben los pacientes, favorecen la atención integral al enfermo y contribuyen a hacer más fluida la comunicación entre pacientes y profesionales. Los estudios parecen avalar la necesidad de ofertar animación hospitalaria también con pacientes adultos en los hospitales.

De acuerdo con lo expuesto en este marco teórico, la hipótesis principal del artículo es que existen diferencias significativas en la necesidad de tiempo de ocio en función de las variables edad y permanencia en el centro hospitalario.Y como hipótesis específica se plantea que existe una percepción diferente de la animación hospitalaria entre los actores estudiados, motivada por la experiencia subjetiva del internamiento, y por el grado de conocimiento de los procesos asociados a la enfermedad, muy diferentes entre el personal sanitario y el resto de actores. Ambas hipótesis tratarán de confirmarse con los resultados obtenidos a partir de la muestra estudiada, que se explica a continuación.

**METODOLOGÍA**

*MUESTRA*

Para verificar las hipótesis planteadas en el artículo se ha llevado a cabo una exploración cualitativa, con recogida de información individualizada, siguiendo un protocolo preestablecido de preguntas cerradas. La investigación se realizó en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander (Cantabria). En una primera fase, se diseñó un cuestionario semi-estructurado para conocer las preferencias hacia las actividades de animación en los hospitales y las valoraciones por parte de todos los actores estudiados. Posteriormente, se administraron 107 cuestionarios de este tipo a lo largo del mes de mayo de 2016 repartidos entre 46 pacientes adultos hospitalizados, 35 acompañantes de los mismos y 26 personas que forman parte del personal sanitario (ver anexo I), desagregados por sexo y edad, tiempos de hospitalización y estudios, en caso del paciente; en sexo, edad yrelación con el paciente, en caso del acompañante; y sexo, edad y profesión, en caso de los sanitarios. Los enfermos se seleccionaron teniendo en cuenta su condición de pacientes adultos, residentes en el centro, que estuvieran en buenas condiciones físicas y mentales, para responder a las preguntas formuladas a juicio del personal sanitario.

Los pacientes de la muestra son hombres (63,0%) y mujeres (37,0%), la mayoría con más de 50 años (78,3%), poseen estudios medios (52.2%), básicos (37,0%) o superiores (10.9%); su tiempo de hospitalización es considerado corto (69,6%), largo (26,1%) o muy largo (4,3%). Los acompañantes son principalmente mujeres (82.9%), de mediana edad y familiares del paciente. El personal sanitario se compone de mujeres, en su mayoría de mediana de edad, que son auxiliares (50,0%), enfermeras (38,5%) o médicas (11,5%). (Véase anexo 1)

Los pacientes suelen ocupar su tiempo viendo la televisión (63%), charlando (50%), paseando (47,8%), leyendo (34,8%), hablando por teléfono (32,6%), escuchando música (19,6%), navegando por internet y haciendo pasatiempos (13%); dicen no hacer nada un 8,7% y señalan otras opciones un 4,3 % (véase tabla I). Estas actividades las realizan principalmente en la habitación (95,7%), seguidas de los pasillos (30,4%) y un porcentaje aún menor se decanta por otros espacios de socialización como salas compartidas (10,9%).

**Tabla I Actividades que realizan los pacientes según los mismos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad** | **Casos** | **Porcentaje** |
| No hace nada | 4 | 8,7% |
| Ve la televisión | 29 | 63,0% |
| Escucha música | 9 | 19,6% |
| Internet | 6 | 13,0% |
| Habla por teléfono | 15 | 32,6% |
| Hace pasatiempos | 6 | 13,0% |
| Lee | 16 | 34,8% |
| Pasea | 22 | 47,8% |
| Charla | 23 | 50,0% |
| Otros | 2 | 4,3% |

*Fuente*: Elaboración propia

*INSTRUMENTO*

La cuantificación del tiempo posibilita una medida objetiva de la cantidad que se dedica a las diferentes actividades, pero en ocasiones esta medición puede ser subjetiva, y percibirse como breve o larga dependiendo de la propia percepción de las actividades. Por eso es importante una metodología de carácter empírico como la utilizada, que permita delimitar mejor ese tiempo difícil de cuantificar. Por ello, se utilizó un cuestionario cerrado de 12 ítems que contemplaba básicamente cuatro apartados: a) datos sociodemográficos; b) ocupación del tiempo libre del paciente en el hospital (actividades que realiza en él y espacios en donde las lleva a cabo); c) propuestas de actividades desde la animación hospitalaria para realizar en el tiempo libre; d) consecuencias que podrían colegirse del desarrollo de las mismas. Al final del mismo se consideró oportuno incluir un espacio abierto que bajo el título de observaciones, dejaba lugar para que el encuestado realizara alguna apreciación que pudiera resultar de su interés y no aparecieran recogidas en cada uno de los ítems facilitados en las respuestas cerradas del cuestionario.

*PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN*

Previamente, se había establecido contacto con la Directora del Observatorio de Salud Pública de Cantabria, y con el Gerente del Hospital Marqués de Valdecilla con el fin de informar acerca del proyecto que se pretendía llevar a cabo y conseguir su autorización. En febrero del año 2016, y tras hacerse efectiva la anterior y obtenerse el consentimiento por parte del Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias(Proyecto de Investigación 16/16 “Animación Sociocultural en el Hospital”), la investigación se realizaría durante el mes de mayo. Dicha autorización se solicitó en el Hospital Universitario Central de Asturias, que sirvió como punto partida para el estudio de la animación sociocultural hospitalaria, y fue presentada y aceptada posteriormente por el hospital cántabro.

Los profesionales de la enfermería del hospital facilitaron el acceso a las habitaciones al presentarle la tarea a cada paciente. Esta explicación se amplió posteriormente al depositar los cuestionarios en las habitaciones, volviendo a recogerlos al cabo de media hora. En todo momento se tuvo especial cuidado en no molestar a los enfermos y en no transgredir la rutina hospitalaria de cada planta. Además, se ha constatado la confidencialidad y el anonimato de todos los participantes.

Para el estudio de las relaciones entre variables se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 18.0. Se llevaron a cabo correlaciones entre las respuestas dadas por los pacientes y las variables (edad, tiempo de hospitalización), utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para describir la relación directa o inversa entre las mismas, tal y como se explica en el siguiente apartado.

**ANÁLISIS DE RESULTADOS**

A partir de la caracterización anterior, **s**ehan establecido correlaciones entre edad del paciente yla realización de las actividades mencionadas**.** La correlación es una herramienta especialmente indicada para conocer si la relación entre variables es positiva o negativa, así como la fuerza de dicha dependencia. En este sentido, se ha obtenido, en primer lugar, una correlación negativa entre la edad y el deambular por los pasillos del centro, de forma que a mayor edad, menos se pasea y a la inversa (véase tabla II).Esta pauta parece confirmar las conclusiones de **//anonimizado//,** 2013 sobre el desinterés que muestran los pacientes mayores en realizar cualquier actividad que comporte distracción y valida, al menos de forma parcial, lo que pronosticaba la hipótesis principal sobre la necesidad de diferenciar el tiempo de ocio por edades.

**Tabla II** Correlación entre edad del paciente y realización de actividades habituales (en el hospital)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividades** | **Correlación de Pearson** | **Sig. Bilateral** |
| No hace nada | ,122 | ,419 |
| Ve la televisión | -,039 | ,795 |
| Escucha música | -,054 | ,721 |
| Internet | -,266 | ,074 |
| Habla por teléfono | -,117 | ,440 |
| Hace pasatiempos | -,015 | ,923 |
| Lee | ,170 | ,258 |
| Pasea | -,413(\*\*) | ,004 |
| Charla | ,254 | ,088 |
| Otros | -,193 | ,199 |

*Fuente*: Elaboración propia

De igual forma, se ha estudiado la correlación entre la edad del paciente y la preferencia de actividades de ocio en el hospital, teniéndose en cuenta el acompañamiento de profesionales, los grupos de charla guiada, las lecturas y comentarios, la proyección de películas, conferencias, juegos de mesa, risoterapia, actividades con radio o televisión, actividades con ordenador e internet, celebración de fiestas,visitas de pacientes adultos a pediátricos, realización de periódicos y/o revistas hospitalarias, así como talleres de distinto tipo (ver tabla III). Se han encontrado correlaciones negativas entre edad y proyecciones de películas en el hospital (no en formato televisivo), de ahí que a mayor edad menos interés se tiene por la proyección de películas en la sala, y entre la edad y los juegos de mesa, navegar por internet, la asistencia a alguna celebración y la visita por parte de pacientes adultos a pacientes pediátricos.

**Tabla III** Correlación entre la edad del paciente y la preferencia de actividades de animación (en el hospital)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preferencias** | **Correlación de Pearson** | **Sig. Bilateral** |
| Acompañamiento por profesionales | ,183 | ,222 |
| Grupos de charla guiada | ,002 | ,990 |
| Lectura y comentarios | -,098 | ,515 |
| Proyección de películas | -,473(\*\*) | ,001 |
| Conferencias | -,182 | ,225 |
| Juegos de mesa | -,538(\*\*) | ,000 |
| Risoterapia | -,186 | ,215 |
| Actividades con radio o TV | -,078 | ,604 |
| Actividades ordenador o internet | -,719(\*\*) | ,000 |
| Celebración fiestas | -,331(\*) | ,025 |
| Visitas de pacientes adultos a pacientes pediátricos | -,410(\*\*) | ,005 |
| Realización periódicos /revistas | ,078 | ,604 |
| Talleres (dibujo, barro...) | -,197 | ,190 |

*Fuente*: Elaboración propia

Señalar, además, que los pacientes realizan a través la parte abierta del cuestionario, otras demandas de ocio. Fundamentalmente, que haya TV y WI-FI gratuitas en las habitaciones, pero también mencionan la necesidad de que se contemplen en los hospitales salas de reuniones para las familias, o un pequeño gimnasio, que se puedan realizar ejercicios de relajación, así como labores de punto o ganchillo, además de otras, como terapias con psicólogos. En términos más generales, algunos pacientes refieren la importancia de humanizar el trato hacia el paciente, un hecho que aparece en todos los ámbitos de estudio de los procesos de uso del tiempo, y que para Ullán y Bellver (2008) resulta clave en los procesos psicosociales asociados a la enfermedad.

En el marco teórico de este artículo se ha visto la importancia de que el paciente se sienta involucrado en actividades que desvíen su atención y le hagan olvidar el sufrimiento (Martínez y Amayra, 2006), pero también se ha constatado que las actividades de ocio trascienden la satisfacción placentera, cobrando importancia el grado de socialización que se consigue con ellas (Havighurst, 1968). En este sentido, se han establecido correlaciones entre el tiempo de hospitalización y el tipo de actividad deseada, encontrándose que existe una correlación positiva entre períodos largos de hospitalización y la demanda de conferencias sobre distintos temas. No parece casual, por tanto, que algunos de los servicios de ocio más solicitados sean aquellos que permiten la interacción entre pacientes y también con personas ajenas al ambiente hospitalario, según refleja la tabla IV.

**Tabla IV** Correlación entre tiempo de hospitalización y la preferencia de actividades de animación (en el hospital)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preferencias** | **Correlación de Pearson** | **Sig. Bilateral** |
| Acompañamiento por profesionales | ,033 | ,830 |
| Grupos de charla guiada | ,157 | ,297 |
| Lectura y comentarios | ,105 | ,487 |
| Proyección de películas | -,045 | 767 |
| Conferencias | ,336(\*) | ,023 |
| Juegos de mesa | ,148 | ,328 |
| Risoterapia | ,169 | ,261 |
| Actividades con radio o TV | -,054 | ,722 |
| Actividades ordenador o internet | -,018 | ,906 |
| Celebración fiestas | -,132 | ,380 |
| Visitas de pacientes adultos a pacientes pediátricos | ,150 | ,319 |
| Realización de periódicos / revistas | -,054 | ,722 |
| Talleres (dibujo, barro...) | -,013 | ,933 |

*Fuente*: Elaboración propia

Pese a que algunos autores como Bayés (2003) consideran que en los pacientes la vivencia temporal se dilata y la incertidumbre alarga los tiempos de espera, el análisis de los cuestionarios suministrados a los pacientes no refleja correlaciones significativas entre el tiempo de permanencia en el hospital y las posibles consecuencias (elevar estado de ánimo, reducir estrés y ansiedad, compensar pensamientos negativos, favorecer comunicación, actividad e independencia, aliviar dedicación de los acompañantes, mejorar la adaptación del enfermo en el hospital y ofertar atención integral) de la oferta de actividades de ocio en el centro sanitario. Lo que se observa son correlaciones negativas entre la edad y las consecuencias derivadas de la posible implementación de esta animación en cuanto a elevar el estado de ánimo, reducir el estrés, favorecer la comunicación, alivio de la dedicación del acompañante y adaptación del paciente al hospital (véase tablas V y VI). La negatividad con que el paciente mayor afronta la enfermedad podría ser una de las explicaciones de este resultado, ya que resulta lógico pensar que en las últimas etapas de la vida sea más habitual la presencia patologías; así para Guijarro (1999), las enfermedades en esta etapa de la vida presentan características diferentes a las de otras edades: multicausalidad, polipatología, tendencia a la cronicidad, riesgo de invalidez, opacidad sintomática y vulnerabilidad del anciano (referida a la acción de fármacos y al uso habitual de varios de ellos), que hacen suponer dicha percepción. Precisamente por ello, tal vez la puesta en marcha de estas actividades de animación, pueda ayudar a revertir esta situación. Es conveniente anotar que los pacientes más jóvenes tienen una percepción diametralmente opuesta de la situación, al creer en las consecuencias positivas de su implementación.

**Tabla V** Correlación entre tiempo de hospitalización y consecuencias de la oferta de actividades (de animación en el paciente)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Consecuencias** | **Correlación de Pearson** | **Sig. Bilateral** |
| Elevar estado de ánimo | ,078 | ,608 |
| Reducir estrés y ansiedad | ,138 | ,359 |
| Compensar pensamientos negativos | -,104 | ,493 |
| Favorecer comunicación | -,183 | ,225 |
| Actividad e independencia | -,111 | ,464 |
| Aliviar dedicación de los acompañantes | -,166 | ,270 |
| Mejorar adaptación | -,047 | ,757 |
| Ofertar atención integral | ,220 | ,141 |
| Otros | -,007 | ,964 |

*Fuente*: Elaboración propia

**Tabla VI** Correlación entre la edad del paciente y consecuencias de la oferta de actividades (de animación en el paciente)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Consecuencias** | **Correlación de Pearson** | **Sig. Bilateral** |
| Elevar estado de ánimo | -,367(\*) | ,012 |
| Reducir estrés y ansiedad | -,378(\*\*) | ,010 |
| Compensar pensamientos negativos |  -,280 | ,060 |
| Favorecer comunicación |  -,340(\*) | ,021 |
| Actividad e independencia | -,197 | ,190 |
| Aliviar dedicación de los acompañantes | -,606(\*\*) | ,000 |
| Mejorar adaptación |  -,344(\*) | ,019 |
| Ofertar atención integral |  -,266 | ,074 |
| Otros |  ,276 | ,063 |

*Fuente*: Elaboración propia

El personal sanitario del hospital, sin embargo, otorga una importancia capital a los programas de ocio como medio para afrontar el dolor y paliar el sufrimiento. Así, el 92% cree que se deben ofertar actividades de animación en los hospitales, frente a un 4% que no lo considera y el mismo porcentaje, o no sabe o no contesta. Igualmente el 92,3% cree que entre las consecuencias derivadas de la oferta de actividades para los pacientes, se encontraría la elevación de su estado de ánimo; el 65,4% piensa que se vería favorecida la comunicación entre distintos interlocutores dentro del hospital, mientras que el 69,2% cree que los pacientes reducirían el estrés y la ansiedad que conlleva la enfermedad y la hospitalización. El mismo porcentaje señala que los enfermos verían compensados los pensamientos negativos derivados de sus patologías. Parece lógico pensar que los profesionales sanitarios actúan como sujetos de poder en la atención directa a los pacientes y en su función genérica de experto en los procesos asociados a la enfermedad**.**

En cuanto a los acompañantes de los pacientes, es preciso señalar que en menor proporción, un 60%, creen conveniente la oferta de actividades de animación, frente a 11,4% que no lo cree necesario, y a un 28,5%, que no sabe o no contesta. Con respecto a la percepción de las consecuencias que la animación podría tener en el paciente, un 62,8% señala que elevaría el estado de ánimo, un 51,4% cree que compensaría los pensamientos negativos sobre la enfermedad, en menor medida y por este orden se señalan: reducir el estrés y la ansiedad, mantener la actividad e independencia del paciente, favorecer la comunicación, ofertar atención integral, aliviar la dedicación del acompañante y mejorar la adaptación al hospital.

Por tanto, se observa en el estudio que aunque ambos (personal sanitario y acompañantes del paciente), otorgan importancia a las actividades de animación, también se pone de manifiesto que el personal sanitario las apoyar con mayor contundencia, de acuerdo con el grado de conocimiento experto referido anteriormente. Resultados parecidos se habrían obtenido en el Hospital Universitario Central de Asturias ((**//anonimizado//,** 2010), lo cual parece avalar la diferente percepción de la animación hospitalaria que pronosticaba la hipótesis específica.

**DISCUSIÓN**

Con respecto a la hipótesis generalplanteada, es decir que existen diferencias significativas de la necesidad de tiempo de ocio en función de las variables edad y permanencia en el centro hospitalario, el estudio muestra que a mayor edad de los pacientes, menos se realiza una actividad habitual y recomendable para el paciente, como es el caminar por los pasillos del centro sanitario. Igualmente se muestra un cierto desinterés en estos pacientes por la realización de ciertas actividades que bien pudieran romper con la rutina del hospital como la proyección de películas en sala hospital, los juegos de mesa, navegar por internet, la asistencia a alguna celebración y la visita por parte de pacientes adultos a pacientes pediátricos. Aunque los paciente adultos más jóvenes si las consideren necesarias Estos resultados concuerdan con los obtenidos por (**//anonimizado//**, 2013:13) en el Hospital de la Fe de Valencia, “a mayor edad, menos interés existe en realizar algún tipo de actividad que comporte distracción en el hospital, y puesto que la oferta de las mismas por parte de los hospitales es mínima, tampoco al paciente se le pone en la tesitura de elegir sobre una base real”; el caso de pacientes pediátricos (e incluso el de los adolescentes) transita por vías completamente opuestas (**//anonimizado//,** 2007), afirmación que también se puede mantener con respecto a los pacientes adultos más jóvenes.

Sin embargo y en cuanto a los tiempos de hospitalización, se encuentra que a mayor tiempo de hospitalización, más se demandan actividades de difusión cultural. No se observan correlaciones significativas entre el tiempo de permanencia en el hospital y las posibles consecuencias. Cabe destacar que a mayor edad menos se considera que las actividades eleven el estado de ánimo, reduzcan el estrés, favorezcan la comunicación, alivien la dedicación del acompañante, o favorezcan la adaptación al hospital.

Por lo que respecta al primer aspecto señalado, cabría realizar una oferta diversificada y atractiva de actividades de difusión cultural. Se defiende en este estudio que los recursos empleados no tienenque ser gravosos para los hospitales y, sin embargo, los beneficios pueden ser muchos. Esto es al menos es lo que se desprende de las percepciones del personal sanitario del Hospital Universitario de Valdecilla, cuando la mayoría de los profesionales que respondieron al cuestionario, creen que entre las consecuencias derivadas de la oferta de actividades para los pacientes, se encontraría la elevación de su estado de ánimo; en menor proporción, señalan que se vería favorecida la comunicación entre distintos interlocutores dentro del hospital, los pacientes reducirían el estrés y la ansiedad que conlleva la enfermedad y la hospitalización, y los enfermos verían compensados los pensamientos negativos derivados de sus patologías. Resultados muy parecidos, se obtienen, como ya se señaló, de la percepción que tiene el acompañante en cuanto a las consecuencias de estas actividades sobre los pacientes. Estos resultados están en línea con los recogidos en el Hospital Universitario Central de Asturias, donde más de la mitad de los sanitarios creían que las actividades ofertadas por el hospital contribuirían a reducir el estrés de la hospitalización, y contribuirían a elevar el estado de ánimo de los pacientes, y donde los acompañantes por su parte, creen conveniente que el hospital ofertara actividades de animación, creyendo mayoritariamente que se elevaría el estado de ánimo de los pacientes (**//anonimizado//**, 2009).

De ahí que se pueda concluir que el paciente adulto de mayor edad (no así el resto), ingresado en el hospital, disminuye sus actividades de distracción al máximo, mostrando escaso interés por realizar otras. Todo hace suponer que permanece inactivo o realizando actividades claramente insuficientes si la estancia se prolonga. Este hallazgo parece confirmar la hipótesis principal que pronosticaba la existencia de diferencias significativas en la necesidad de tiempo de ocio, en función de la variable edad.

No parece sin embargo, que en el caso de personas de más edad sea la inexistencia de actividades de tiempo libre o su variedad lo que dificulta la mejora del tiempo de ocio de estos pacientes, sino que existe una tendencia hacia la auto marginación en la realización de estas actividades. Tal actitud probablemente se deba a la creencia, todavía generalizada, de considerar al hospital como un espacio utilizado estrictamente para curar enfermedades, entendiendo éstas casi exclusivamente desde una perspectiva biológica, y no teniendo en cuenta una perspectiva holística ( bio-psico-social). Por otra parte se destaca que las personas de mayor edad, bien pudieran estar condicionadas por una sociedad que ha antepuesto el trabajo frente al ocio, algo que podría ser utilizado como hipótesis tentativa para futuras investigaciones.A este respecto Ventosa (2012), en relación a los pacientes mayores señala que, si bien el enfoque sanitario clásico ha primado como meta de la medicina “el añadir más años a la vida”, la de la animación sociocultural se centra en “añadir más vida a los años”. Ambos enfoques parecen, sin embargo, integrarse felizmente en la denominada animación hospitalaria.

Con respecto a la hipótesis específica que hacía referencia a la percepción que sanitarios y acompañantes tienen sobre la animación, cabría considerar una mejor interacción entre el personal de enfermería y los acompañantes, ya que el equipo de enfermería no suele asumir que el acompañante es un mediador en la satisfacción de las necesidades del usuario (Ortiz *et al*., 2002), y sin embargo el primero, posee información privilegiada sobre la importancia que las consecuencias de la implementación de actividades de ocio pueden llegar a tener para el paciente. A su vez, el acompañante del enfermo se convierte en el principal enlace entre el personal sanitario, el paciente y los otros integrantes de la familia. Se sabe que la enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y su familia, y se manifiesta con solicitudes de atención y expresiones de temor, que cumplen una función de protección contra la angustia (Ibídem), que pueden verse paliadas con la oferta de actividades de animación, contribuyendo así, a la recuperación del enfermo. Así, y por tanto, aunque ambas percepciones en este estudio, no sean diametralmente opuestas, se considera necesario incidir en la mejor percepción que el personal sanitario tiene sobre las actividades de ocio en el contexto hospitalario, de forma que este conocimiento prime y se comparta.

**CONCLUSIÓN**

El artículo ha puesto de manifiesto la existencia de mucho estrés y ansiedad en los hospitales y la necesidad de autonomía que tienen los pacientes a la hora de decidir sobre su tiempo de ocio, afrontando la rutina propia de los ingresos hospitalarios y la alienación, la deshumanización o la degradación inherente a ellos. También que el análisis de estas instituciones sanitarias se encuentra incompleto sin una reflexión previa, desde un punto de vista ético, acerca de las actividades de animación que pueden ofertar y sus implicaciones a la hora de contraponerse al dolor y paliar el sufrimiento.

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto un cierto desinterés del paciente adulto mayor por la realización de actividades de ocio distintas de las que ya hace al estar ingresado en el hospital, pero también indica como el paciente adulto joven se muestra interesado en ellas (juegos de mesa, navegar por internet, la asistencia a alguna celebración y la visita por parte de pacientes adultos a pacientes pediátricos), lo cual parece confirmar que este tipo de animación sería bienvenido para una buena parte de los pacientes.

Se confirma que a mayor tiempo de hospitalización, más se demandan ciertas actividades, y que aunque el paciente de mayor edad no confíe en las consecuencias positivas que pudiera reportar la implementación de aquellas, los pacientes adultos jóvenes sí parecen hacerlo, percepción además refrendada con rotundidad por el personal sanitario del hospital. Además, como ha quedado reflejado, los resultados del estudio realizado en el Hospital Universitario de Valdecilla concuerdan en gran parte con los obtenidos en el Hospital de la Fe de Valencia**,** reforzando la hipótesis planteada en este trabajo en cuanto a la existencia de diferencias significativas en la necesidad de tiempo de ocio en función de las variables edad y permanencia en el centro hospitalario.

Se insiste, por tanto, en la necesidad de llevar a cabo estas actividades de ocio ético en los hospitales y con todo tipo de pacientes, ya que si bien la animación hospitalaria infantil tiene más recorrido (aunque también parcial), no ocurre lo mismo con la referida a pacientes adolescentes y adultos. También se considera clave realizar más estudios que refrenden estos resultados, aunque en los últimos años, se observa un cierto interés por parte de distintos grados (Educación Social, Enfermería), en el abordaje de esta temática. Se hace especial hincapié en el enriquecimiento que supondría para los pacientes y acompañantes que la percepción que el personal sanitario tiene, sobre los beneficios de actividades de ocio, pudiera encontrar eco y compartirse, con el fin de integrarlas en la vida cotidiana de las instituciones sanitarias.

Por todo ello, se considera necesaria la creación de hospitales adecuados a un ocio ético, contribuyendo a conformar los denominados “procesos de humanización en los hospitales”, con lo cual se contribuiría a aumentar la calidad de vida de los pacientes, sea cual fuere, su edad.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aron, R. (1999). *Introducción a la filosofía política. Democracia y revolución*. Barcelona: Paidós.

Bados, A. (2004). La política sociocultural de carácter público: necesidades y alternativas*. Aulas* *de Verano*, 31-52.

Belver, M., Ullán, A. M. (2011). *Proyecto CurArte.* Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Salamanca y Museo Pedagógico de Arte Infantil.

Bayés, R. (2003). Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias. *Monografías Humanitas*, 2*,* 113-127.

Bermejo, J.C. (2014) como prólogo al libro de A. Cornago, *Comprender al enfermo*. Sal Terrae: Cantabria.

**//anonimizado//**

**//anonimizado//**

**//anonimizado//**

**//anonimizado//**

Dumazedier, J. (1971). Realidades del ocio e ideologías. En J. Dumazedier y otros, *Ocio y sociedad de clases*. Barcelona: Fontanella.

Elías, N., Dunning, E. (1992). *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. México: FCE.

**//anonimizado//**

Gallo, D., Vélez, D. M., Correa, M. P., Ortiz, M. (1993). Utilización del tiempo libre en pacientes hospitalizados. *Investigación y Educación en Enfermería, II (I),* 11, 1, 35-46

Gil, E., Menéndez, E. (1985). Ocio y prácticas culturales de los jóvenes. En *Informe Juventud en España 1985*. Instituto de la Juventud, Publicaciones de Juventud y Sociedad.

Gonzalo, S.; González, J., Montesinos, S., De Gracia, M. (2008). Las actividades de ocio en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos como terapia para el fomento de la salud, reducción del tiempo de ingreso y preparación al alta. En 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, 1-4.

Guenoun, M., Bauça, M. A. (2012) ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones? *Enfermería Nefrológica.* 15, 1, 57-62

Guijarro, J. L. (1999). Las enfermedades en la ancianidad*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra,* 22,1, 85-94

Havighurst, R. (1968). Personality and patterns of aging. *The Gerontologist*, 8, 1, 20-23.

Lafargue, P. (2011). *El derecho a la pereza*. Madrid: Maia Editores.

Martínez, S., Amayra, I. (2006). *Beneficios del ocio en la vejez: pautas para el* *desarrollo de programas terapéuticos*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, 1-13

Mead, M. (1957). The Pattern of Leisure in Contemporary American Culture. *Annals of the American Academy of Political and Social Scienc*e (en línea). <http://ann.sagepub.com/content/313/1/11>, acceso 17 de junio de 2016.

Ortiz, A., Gaviria, D., Palacio, M., Marín, A., García, D., Montoya, E., Montoya, M. E., Mira, O., Villegas, R., Restrepo, S. (2002) Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Investigación y Educación en Enfermerí*a, XX, 2, 12-29.

Peterson, C., Seligman, M., Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness. A thirty-five year longitudinal study*. Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1, 23-27.

Riesman, D., Glazer, N., Denney, R. (1981[1950]) *La muchedumbre solitaria*. Barcelona: Paidós.

Romagosa, A. (1999). *Actividades lúdicas para niños hospitalizados*. Proyecto de Afanoc. Revista de Pediatría electrónica, 2005, 2,2. Publicación electrónica Intersalud (en línea). http//www.intersalud.net/paginas/Num4/afancoc.htm, acceso 18 de abril de 2016.

Ruiz, V.; Romero, M.N., Riesco, M.N. (2016). El ocio en el contexto hospitalario. En Mª del Mar Molero, José Jesús Vázquez, Mª del Carmen Pérez-Fuentes, África Martos, Ana B. Barragán y Mª Dolores Pérez-Esteban (Comps). *Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud, I,* (pp. 61-68)*.* Almería: ASUNIVEP.

San Martín, J.; López, A., E., Esteve, R. (1999). Dimensionalización del constructo de ocio en universitarios. *Psicothema*, 11, 1, 113-124.

Trilla, J. (1993). *Otras educaciones. Animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa*. Barcelona, Anthropos.

Ullán, A. M., Serrano, I., Badía, M., Delgado, J. (2010). Hospitales amigables para adolescentes: preferencias de los pacientes. *Enfermería Clínica,* 20, 6, 341-348.

Ullán, A. M. y Belver, M. (2008). *Cuando los pacientes son niños. Humanización y* *calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Eneida

**//anonimizado//**

Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo,* vol. 27, 1, 3-8.

**ANEXO 1**

**Muestra estudiada. Pacientes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Hombres | 63,0% |
| Mujeres | 37,0% |
| Edad | 31-50 años | 21,7% |
| 51-60 años | 37,0% |
| Mayores de 65 años | 41,3% |
| Tiempos de hospitalización | Corto | 69,6% |
| Largo | 26,1% |
| Muy Largo | 4,3% |
| Estudios | Básicos | 37,0% |
| Medios | 52,2% |
| Superiores | 10,9% |

*Fuente:* Elaboración propia

**Muestra Acompañantes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Hombres | 17,1% |
| Mujeres | 82,9% |
| Edad | Menor de 30 años | 5,7% |
| 31-50 años | 42,9% |
| 51-60 años | 48,6% |
| Más de 60 años | 2,9% |
| Relación con el paciente  | Familiar  | 97,1% |
| Amistad | 2,9% |

*Fuente*: Elaboración propia

 **Muestra Personal sanitario**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Hombres | --------- |
| Mujeres | 100% |
| Edad | 21-30 años | 19,2% |
| 31-40 años | 23,1% |
| Mayores de 40 años | 57,7% |
| Profesión  | Auxiliar  | 50,0% |
| Enfermera/o | 38,5% |
| Médica/o | 11,5% |

*Fuente*: Elaboración propia