

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ENFERMERÍA

*TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE
BACHILLERATO*

**ACTIVIDADES LUDICAS Y
RECREATIVAS DURANTE EL PROCESO
HOSPITALARIO Y SU RELACION CON LA
RECUPERACION DE LAS PERSONAS
USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL
ESPECIALIZADO CLASE B, MARZO-
ABRIL 2017**

ARIAS CALVO ADRIANA

MONGE JIMENEZ LUCIA

SANCHEZ GARCIA CLARIBEL

TORRES BETANCOUR JORDAN

VARGAS SOLANO MELISA

ABRIL, 2017

Dedicatoria

Queremos dedicarle este trabajo a Dios que nos ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de investigación, a nuestros Padres por estar ahí cuando más los necesitamos, a nuestra familia por su incondicional apoyo, al Hospital por abrirnos las puertas tan bondadosamente como lo hicieron y a las profesoras por transmitirnos sabiduría por medio del conocimiento.

Agradecimiento

Primero que nada, agradecer a Dios por su misericordia, y permitirnos llegar a la cima, realizar con éxito y satisfacción este trabajo, a nuestra familia incondicional que ha estado durante este proceso de conclusión de bachillerato en enfermería y así poder cumplir nuestros objetivos como futuros profesionales y ser mejores personas.

Esta tesina fue realizada bajo la supervisión de la Licenciada Elsa Prendas Monge, y la Licenciada Virginia Zeledón Cruz a quienes agradecemos por hacer posible la realización de este estudio, además agradecer su paciencia, tiempo y dedicación para que este proceso saliera de manera exitosa.

Al Hospital y a cada uno de los servicios por todo el aprendizaje, dedicación y por su pasión por la actividad de la docencia.

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	5
INDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema	17
Se llevará a cabo en el periodo de mayo-abril del año 2017.	18
1.1.3 Justificación	18
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL	21
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.3.1. Objetivo general	21
1.3.2. Objetivos específicos.....	21
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	22
1.4.1. Alcances de la investigación	22
1.4.2. Limitaciones de la investigación	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	24
2.1.1 Longevidad.....	24
2.1.2. Proceso de Hospitalización	33
2.1.3 Salud mental en relación con las actividades lúdicas y recreativas	37
2.1.4. Envejecimiento Exitoso.....	43
2.1.5 Las personas adultas mayores y su entorno	45
2.2 Modelo y teorías de Enfermería.....	46
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	48
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	49
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	49
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	49
3.3.1 Población.....	49
3.3.2 Muestra.....	49
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	49
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	50

3.4.1 Validez de la encuesta	50
3.4.2 Confiabilidad de la encuesta	50
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	50
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	53
4.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	79
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	80
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	86
6.1 CONCLUSIONES	87
6.2 RECOMENDACIONES.....	89
GLOSARIO	90
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXOS	96

ÍNDICE DE TABLAS

Nº DE CUADRO	TÍTULO	Nº DE PÁGINA
Nº 1	Distribución porcentual de personas, según sexo y edad.	55
Nº 2	Distribución porcentual de personas usuarias, según asistencia a actividades recreativas en su comunidad.	57
Nº 3	Distribución porcentual de personas, según conocimiento de definición de actividades lúdicas.	59
Nº 4	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de actividades lúdicas y recreativas que promueven la alegría personal y social.	60
Nº 5	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de actividades lúdicas y recreativas y su fortalecimiento de la movilidad física.	61
Nº 6	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración que exista personal capacitado para realizar actividades lúdicas y recreativas.	62
Nº 7	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración que exista personal capacitado para realizar actividades lúdicas y recreativas.	63
Nº 8	Distribución de personas, según desarrollo de actividades lúdicas y recreativas durante el	65

internamiento.

Nº 9	Distribución de usuarios, según actividades lúdicas y recreativas realizadas durante el internamiento.	67
Nº 10	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de la diversión mediante actividades lúdicas y recreativas en los adultos mayores.	69
Nº 11	Distribución porcentual de personas usuarias, según mejoramiento de habilidades motrices a través de actividades lúdicas en los adultos mayores.	70
Nº 12	Distribución porcentual de personas usuarias, según mejoramiento del sistema fisiológico a través de actividades lúdicas en los adultos mayores.	71
Nº 13	Distribución porcentual de personas usuarias, según contribución a la integración social de actividades lúdicas en los adultos mayores.	72
Nº 14	Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de necesidad de horario para realización de actividad lúdica y recreativa.	73
Nº 15	Distribución porcentual de personas usuarias, según necesidad de prevención de las enfermedades mediante actividades lúdicas.	74
Nº 16	Distribución porcentual de personas usuarias, según conveniencia para mejorar la calidad de vida mediante	75

actividades lúdicas y recreativas en la persona adulta
mayor.

Nº 17	Distribución de usuarios, según implementación de actividades lúdicas durante su internamiento.	76
Nº 18	Distribución de usuarios, según actividades lúdicas a realizar durante su internamiento.	78

INDICE DE FIGURAS

Nº DE GRÁFICO	TÍTULO	Nº DE PÁGINA
Nº 1	Distribución porcentual de personas usuarias, según edad y sexo	56
Nº 2	Distribución porcentual de personas usuarias, según asistencia a actividades recreativas en su comunidad	58
Nº 3	Distribución porcentual de personas, según conocimiento de definición de actividades lúdicas	59
Nº 4	Distribución de personas usuarias, según conocimiento sobre programa de actividades lúdicas y recreativas	64
Nº 5	Distribución de personas, según desarrollo de actividades lúdicas y recreativas durante el internamiento	66
Nº 6	Distribución de usuarios, según actividades lúdicas y recreativas realizadas durante el internamiento	68
Nº 7	Distribución de usuarios, según implementación de actividades lúdicas durante su internamiento	77
Nº 8	Distribución de usuarios, según actividades lúdicas a realizar durante su internamiento	79

RESUMEN

Desde el momento en que una persona se entera que va a ser hospitalizada, ya sea por un procedimiento quirúrgico o estudios para detección de una posible patología, hasta que sea admitida en el hospital puede ser que trascurren varios días. En ese tiempo la persona va a estar en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales o físicas y una adaptación al nuevo entorno, situación que produce diferentes emociones. Es importante que los pacientes geriátricos hospitalizados entiendan que esta estancia no debe de ser vista como un factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional, sino más bien que en este tiempo se refuercen algunas habilidades y actividades que pueden mejorar el estado de salud del mismo.

Abstract

From the moment a person finds out that they will be hospitalized, for either surgical procedures or examinations to detect possible pathologies, to the moment is admitted it could take several days. Therefore the patient finds himself involved in a process where they can experience several emotional changes and adjustment to the new environment, situation that could cause stress. That's why it's important that geriatric patients understands that this process should not be a time to think that there could be risks to lose functional independence, but instead, to reinforce some abilities and activities that could improve the patients' health or condition.

Keywords: Playful, recreacional, patients

Objetivo general

Determinar las actividades lúdicas y recreativas durante proceso hospitalario y su relación con la recuperación de las personas adultas mayores hospitalizadas, hospital especializado clase B, Marzo-Abril del año 2017.

General objective

To determine the playful and recreational activities during the hospital process and its relation with the recovery of the users persons of the Geriatric Service of the hospital class B, March -April 2017.

Metodología

La investigación de tipo descriptiva busca especificar las propiedades, las características de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. La población total corresponde a 127 pacientes de los Servicios de Geriatria. Se toma una muestra de 90 personas. El método utilizado es la encuesta. La investigación se desarrolla abarcando los ámbitos de las actividades lúdicas y recreativas desde la perspectiva emocional, social y fisiológica.

Methodology

The research of descriptive type seeks to specify the properties, the characteristics of the people, groups, communities, or any other phenomenon that is submitted to analysis. The total population corresponds to 127 patients of the Geriatric Services. A sample of 90 people is taken. The method used is the survey. The research is developed covering the fields of playful and recreational activities from the emotional, social and physiological perspective.

Resultados

Ingresaron al estudio 90 adultos mayores con edades desde los 65 años en adelante. El 60%, revelo que realizan algún tipo de actividad lúdica o recreativa en su comunidad anterior a su internamiento. Un 82,3% de esta población consideran que estas actividades promueven la alegría personal y social. Un 90% coincide que a nivel motriz y fisiológico la práctica de actividades lúdicas y recreativas se ve beneficiada. Un 84,4% estuvieron de acuerdo con que no conocen un programa de actividades lúdicas recreativas que se desarrollen dentro de la institución y un 66,7% de la muestra desea que sean implementadas durante el internamiento.

Results

90 elderly adults aged 65 years and over were admitted to the study. 60%, revealed that they perform some type of recreational activity in their community before their internment. 82.3% of this population consider that these activities promote personal and social joy. 90% agree that at the motor and physiological level, the practice of recreational and recreational activities is benefited. 84.4% agreed that they do not know a program of recreational activities that take place within the institution and 67,7% of the sample wants them to be implemented during the internment.

Conclusiones

En el grupo estudiado se detectó la falta de programas de actividades lúdicas y recreativas que incentiven la recuperación de la salud y se ve reflejada la urgencia de crear alianzas con diferentes instituciones para que implementen programas que permitan la socialización, distracción y disfrute de la persona adulta mayor durante su hospitalización.

Conclusions. In the group studied, the lack of recreational and recreational activities programs that stimulate health recovery was detected and the need to create partnerships

with different institutions to implement programs that allow the socialization, distraction and enjoyment of the elderly during Your hospitalization

Discusión

Al final de esta investigación a nivel general se determinó que los profesionales de enfermería tienen conocimientos y capacidades para fomentar la creación de estos programas así como velar su cumplimiento y obtener los beneficios planteados; donde la deficiencia principal se enfoca en el tiempo que pasa el usuario sin tener ningún tipo de actividad que promueva su bienestar holístico.

Discussion

At the end of this research at the general level it was determined that nurses have the knowledge and skills to encourage the creation of these programs as well as to ensure that they are met and that they have the benefits in the population that are being sought while the main deficiency It focuses the time that the user passes without having any type of activity that promotes their holistic well-being.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

1.1.1.1 Antecedentes nacionales

El trabajo expuesto por Jorge Mejía Calderón¹, titulado “Guía básica para organizar un campamento recreativo y formativo”, publicado en el 2010, da a conocer que, en esta era postmoderna, la recreación y la actividad física son de gran importancia en el estilo y la calidad de vida de las personas y que la recreación es una actividad o experiencia, elegida voluntariamente por las personas, ya sea porque reciben satisfacción de forma inmediata o bien porque reciben valores personales y sociales. Evidenciándose de esta manera la facilidad que proporcionan las actividades lúdicas y recreativas para la inclusión social.

Ana Gabriela Morera², expone en su literatura titulada “El efecto de un Programa de Actividades Lúdico-Pedagógicas que favorecen el Proceso de Socialización y la Integración social de los niños y las niñas del grupo de transición de la Escuela San Rafael de Naranjo”, publicado en el 2011, menciona que las actividades lúdico-pedagógicas favorecen el proceso de socialización y la integración social de los niños y niñas mediante el juego, dándose a conocer de esta forma que este tipo de prácticas pueden entonces emplearse como un recurso atractivo para la enseñanza de la persona adulta mayor sobre el proceso de enfermedad y recuperación.

El estudio a nivel nacional propuesto por Jorge Vega³, titulado “Análisis de factores asociados a la participación en actividades recreativas de la comunidad universitaria del Tecnológico de Costa Rica: una estrategia recreativa”, publicado en el 2012, sostiene que la recreación favorece el bienestar integral de las personas, es decir tal beneficio se percibe a nivel mental, físico, social emocional y espiritual, por otro lado, el estudio revela que las

múltiples responsabilidades académicas y laborales disminuyen la posibilidad de participación en las diferentes actividades recreativas. Dando a entender de ese modo, la necesidad de implementarlas en los quehaceres de la vida diaria y no fuera de esta para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la literatura dada por Johanna Avendaño⁴ J. titulada “Promoción de los Parques Recreativos Metropolitanos de Costa Rica mediante el uso de medios tecnológicos y otros medios tradicionales”, publicado en el 2014, dice que en Costa Rica, la necesidad de recrearse aumenta conforme disminuye el tiempo libre de las personas por los distintos quehaceres, pero que muchas veces se ignora la importancia que la recreación para poder sobrellevar las tareas que conlleva el quehacer diario, razón por la cual el Gobierno crea áreas recreativas para los costarricenses a un bajo costo o en el mejor de los casos gratuita.

En un estudio a nivel nacional, llevado a cabo por Grettel Romero⁵, titulado “Análisis de necesidades e intereses recreativas de las personas adultas mayores en el albergue San José Obrero, ubicado en Siquirres: propuesta recreativa” y publicado en el 2010, demuestra que las condiciones económicas y los avances tecnológicos favorecen el envejecimiento de la población, exigiendo así la necesidad de generar oportunidades que promuevan la adaptación de la sociedad a esta población. Es evidente entonces, la relación que puede establecerse de dicho estudio con la presente investigación, porque esta considera las condiciones de vida de la persona adulta mayor y los beneficios que puede obtener con la participación a través de programas lúdicos y recreativos.

1.1.1.2 Antecedentes internacionales

Jaime Savedra⁶, dice en su literatura “Actividades lúdicas y recreativas sugeridas para desarrollarse en contextos de heladas y friaje” en el 2011 en Perú que las actividades lúdicas son excelentes alternativas en comparación a los métodos tradicionales en educación, porque permiten trabajar las diferentes habilidades de los estudiantes, visualizando el desarrollo de aspectos cognoscitivos y de actitudes sociales, temas de mucho interés para los profesionales de enfermería que abarcan a la persona como un ser holístico.

Juan Efraín Tzi⁷, explica en su trabajo titulado “Actividades lúdicas y su incidencia en el logro de competencias”, publicado en el 2012 en Ecuador, que la temática de las actividades lúdicas y recreativas es de actualidad y que son atractivas y motivadoras, por lo que captan la atención de los alumnos hacia la materia de estudio, de esta forma se puede notar como estas prácticas se enfocan en llevar a cabo adecuadamente un servicio, destino, movimiento o trabajo, siendo ineludible entonces el conocimiento de valores y actitudes, para cambiar las rutinas y la creación de espacios en los que sea posible el ejercicio de las actitudes y valores

En el estudio llevado a cabo por el Prof. Marcos Giai⁸, titulado “Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos”, el cual se llevó a cabo durante agosto y septiembre del 2013, en el hogar de adultos mayores “Santa Marta”, ubicado en la ciudad de Mendoza, Argentina, la población fue de 105 personas y la muestra de 99; el mismo se publicó en el 2015. En dicho estudio el Prof. Giai⁸ demostró que “el envejecimiento no es sinónimo de una vida sedentaria y rutinaria, al contrario, envejecer puede ser una etapa llena de vitalidad si así se lo proponen las personas. Evidenciando así que la recreación

indudablemente mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores, esto debido a que propone un buen uso del tiempo, el cual antes invertían en otras ocupaciones.

Marco Fabricio Lizano⁹, afirma en su publicación conocida como “La actividad lúdica y su influencia en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús”, en el 2014 en Ecuador, revela que quienes cumplan con la tarea de trabajar con las personas adultas mayores, deben fomentar la práctica de la actividad física de tipo lúdica y recreativa para buscar siempre contribuir en la prevención y tratamiento de las enfermedades consideradas como no transmisibles. Mostrando así que el objetivo es ayudar a las personas adultas mayores a que mantengan una buena calidad de vida.

Adelaida Balanto¹⁰, dice en su investigación: “Actividades Lúdicas encaminadas al fortalecimiento de la convivencia escolar en los alumnos del grado quinto de la institución educativa Técnico Comercial Villa del Sur sede Susana Vinasco de Quintana”, durante el 2015 en Colombia, da a conocer que la convivencia escolar es un factor fundamental en la vida cotidiana de los estudiantes, por lo que se requiere prestar atención.

1.1.2 Delimitación del problema

1.1.2.1 Delimitación de la población

La capacidad instalada a nivel hospitalario comprende un total de 140 camas, excluyéndose las áreas donde no hay posibilidad de realizar actividades de recreación, pues la condición de las personas no lo permite, ellas son trece unidades dedicadas a personas que requieren algún tipo de aislamiento y las de cuidados intermedios, finalmente contamos con una población de 127 personas usuarias, de las cuales se toma una muestra de 90 que representa el 70% de la población total.

1.1.2.2 Delimitación demográfica

La población se delimitará al grupo de personas mayores de 65 años, consientes y orientadas en las tres esferas.

1.1.2.3 Delimitación temporal

Se llevará a cabo en el periodo de mayo-abril del año 2017.

1.1.2.4 Delimitación geográfica

Se efectuará en el hospital especializado clase B, ubicado en San José, Costa Rica.

1.1.3 Justificación

Según menciona Julita Medina, et al ¹¹, desde el momento en que una persona se entera que va a ser hospitalizada ya sea para un procedimiento quirúrgico o estudios diagnósticos de una posible patología puede ser que trascurren varios días, por lo tanto la persona va a estar en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales o físicas y una adaptación al nuevo entorno, situación que produce diferentes emociones ; por lo cual es importante que las personas geriátricas hospitalizadas entiendan , que este proceso no debe ser un tiempo en donde se cree que puede haber un factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional, sino más bien que en este tiempo se refuercen algunas habilidades y actividades que pueden mejorar el estado de salud de la persona.

Por otro lado afirma que existen factores de riesgo asociados a la hospitalización o al reposo en cama, que contribuyen con el deterioro funcional de la persona adulta mayor, estos son algunos *“Disminución de la masa muscular, disminución de la capacidad aeróbica, inestabilidad vasomotora, reducción de la densidad mineral ósea, disminución de la mecánica ventilatoria, tendencia a la incontinencia urinaria, privación sensorial, disminución del apetito y de la sed”* ³ pero que pasa si estos factores de riesgo se podrían

disminuir durante este proceso hospitalario, se tendrían menos comorbilidades relacionadas a la hospitalización como deterioro cognoscitivo, ansiedad, depresión, enfermedades respiratorias, u otras enfermedades asociadas que aparecen durante el tiempo de hospitalización.

Medina, et al ¹¹ menciona que el reposo en cama y algunas restricciones que se presentan durante la hospitalización incrementan el riesgo de un desequilibrio entre lo emocional y lo físico, mientras que si se realizan actividades físicas o actividades lúdicas y recreativas puede resultar en que la persona usuaria egrese del hospital en condiciones favorables, o sin complicaciones posterior al internamiento. Lo que es considerado de vital importancia que las personas hospitalizadas conozcan los beneficios que podrían obtener al realizar actividades lúdicas y recreativas durante su hospitalización. La Organización Panamericana de la Salud ¹² promueve la importancia del desarrollo de la actividad física o alternativas bajo el lema, “Sigamos activos para envejecer bien”¹² si bien este programa se crea para desarrollar actividad física, también hace énfasis hacia actividades recreativas e insiste que una vejez activa significa que la persona de edad mantiene la actividad mental, actividad física, y actividad social activas en su entorno , por lo cual es importante indagar , por qué se debería de detener este proceso de vejez activa durante el periodo hospitalario en un paciente *“se sabe que un adulto mayor que desarrolla cierto tipo de actividades , tiene gran trascendencia en la sociedad pues promueven la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de algunas enfermedades, lo cual brinda un mejor nivel de salud”*¹², si estas actividades se continúan haciendo durante un proceso hospitalario, por esto la importancia de la investigación, de que las personas adultas mayores hospitalizados comprendan que en

este periodo es importante que desarrollen habilidades motoras, cognitivas, sociales, emocionales y funcionales.

La teoría general del autocuidado propuesta por Dorothea Orem destaca que *“el Autocuidado es el conjunto de acciones intencionales que realiza la persona para controlar factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior”*¹³ por lo tanto la realización de actividades lúdicas van a depender de la decisión y motivación de la persona, ya que según ella, la persona debe tener las capacidades y el poder para cuidar y realizar actividades por ella misma, sin que los factores externos intervengan, como por ejemplo un largo periodo hospitalario, el cual debería ser una oportunidad de autodescubrirse y autocuidarse como la plantea esta teorizante.

Es de suma importancia involucrar a las enfermeras (os) en estas actividades como lo comenta Prado et al¹³ el profesional de enfermería debe abordar a la persona en forma integral, asistirlo y motivar al hospitalizado a realizar actividades que contribuyan a mejorar su condición de salud y a lograr la pronta recuperación, actividades que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario para hacerlo. Enfermería debe promover e implementar actividades lúdicas y recreativas de tal manera que las personas logren recuperar y mantener su independencia lo más rápido posible, evitando el deterioro o la depresión que podría resultar durante el proceso hospitalario, debe además brindar el apoyo suficiente, para que las personas puedan asumir por sí mismas, las actividades básicas de la vida diaria y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, se espera que con estas actividades la persona pueda experimentar progresos importantes durante la hospitalización.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cuáles son las actividades lúdicas y recreativas que se llevan a cabo durante el proceso de hospitalización y su relación con la recuperación de las personas usuarias en el hospital especializado clase B, durante mayo a abril del 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

1.3.1.1 Determinar las actividades lúdicas y recreativas durante el proceso hospitalario y su relación con la recuperación de las personas usuarias de los servicios de hospitalización, en el hospital especializado clase B, Marzo-Abril del año 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar actividades lúdicas y recreativas para aplicar en las personas usuarias durante el proceso de internamiento en el hospital especializado clase B, Marzo-Abril de 2017.

1.3.2.2 Describir los procesos de recuperación de las personas hospitalizadas en el hospital especializado clase B, Marzo-Abril de 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. Alcances de la investigación

Con esta investigación lo que se pretende es sensibilizar al lector y a los profesionales en salud, específicamente enfermería, sobre los beneficios de las actividades lúdicas y recreativas durante el proceso de hospitalización en relación a su recuperación.

Se busca incentivar en los profesionales de la salud la creación de un programa que incluya actividades lúdicas y recreativas, dirigido a personas usuarias del hospital especializado clase B durante el proceso de hospitalización.

Además, promover la elaboración, aplicación y seguimiento de un programa destinado a este tipo de actividades, mediante el establecimiento de alianzas con organizaciones públicas o privadas que colaboren en el desarrollo de las mismas.

1.4.2. Limitaciones de la investigación

Los espacios para la realización de encuestas, estaba sujeto a las diferentes actividades y rutinas de los servicios de hospitalización, debido a que la mayoría de las personas usuarias debían asistir a citas, exámenes de control, terapias ocupacional y física, educación sobre nutrición y psicología entre otros, por lo tanto, se dificultaba la realización de la encuesta ya que no se encontraban en su unidad. Por otra parte, no todas las personas usuarias se encontraban en condiciones mentales aptas para responder la encuesta, por lo que fue necesario pasar en distintas ocasiones por las unidades para captar la muestra propuesta en personas que ingresaban en condiciones adecuadas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Longevidad

Como dice José Gonzáles¹⁴, un antiguo y preciado anhelo del ser humano es conocer y entender los determinantes de la longevidad. La duración de la vida es una preocupación constante desde hace miles de años, como se puede observar en diversos mitos de la antigüedad. Sin embargo, el mismo autor menciona que el conocimiento de los factores que propician la prolongación de la vida es escaso y lo poco que se conoce en la actualidad es aprendido hace pocos años, así los factores ambientales, genéticos y médicos que de alguna manera explican este fenómeno en los seres humanos.

2.1.1.1 Concepto de longevidad

El autor Gonzales ¹⁴ resalta que la forma más usual de abordar el concepto de longevidad surge cuando se formula la pregunta ¿cuánto es capaz de vivir un ser humano? De acuerdo a esta interrogante puede darse lugar a diversas respuestas, pero si se desea dar un argumento con validez científica se debe definir antes, los conceptos relacionados con la longevidad, como son: la esperanza de vida al nacer, el lapso máximo de vida y el envejecimiento.

Así, Gonzales ¹⁴ sostiene que la probabilidad en años de vida es la capacidad que una persona puede vivir acorde con las condiciones prevalecientes en la comunidad en que nace, en otras palabras, es el promedio en años de vida, esperado para un grupo determinado tomando en cuenta edad y género, así como otras condiciones, que tienen que ver con la geografía y la sociedad.

Otro concepto relacionado con longevidad es el lapso máximo de vida, este se refiere a la vida absoluta o duración total que está genéticamente determinada en un individuo de

acuerdo con la especie a que pertenece y que se puede alcanzar en condiciones ambientales óptimas. Hasta el momento se documentan personas que llegan a vivir hasta 122 años, finalmente se denomina envejecimiento al proceso en el que un ser humano aumenta de años y no al deterioro progresivo de los órganos y sus funciones, lo que sucede a medida que transcurre la vida de los individuos.

Hoy día, es usual encontrar personas de 80 o 90 años, esto da lugar al nuevo concepto de longevidad extrema, la cual hace referencia a las personas de 100 o más años. Se tienen pruebas de sujetos con longevidad extrema, estos viven 110 años en Georgia, Cachemira, Okinawa y en los países escandinavos. Aun así, hay individuos que dicen tener más de 145 años, pero la documentación que pueda demostrarlo es deficiente, ya que registrar el nacimiento es un concepto, que se lleva en la mayoría de los países del mundo, de manera oficial y sistematizada desde hace poco más de un siglo.

2.1.1.2 Factores relacionados con la longevidad

Según el autor, en diversas investigaciones realizadas en amplios grupos de población y su entorno, se llega a la conclusión que alrededor del 25% al 30% de los factores condicionantes de la duración de la vida, está determinado genéticamente, mientras que el porcentaje restante está más relacionado con el estilo de vida y el medio, es decir buen estado de ánimo, relaciones humanas enriquecedoras, hábitos de alimentación adecuados y primordialmente la actividad física.

A pesar de que la evidencia es clara, aún no se es posible establecer una relación exacta entre los aspectos genéticos y la longevidad, estudios en animales demuestran que mutaciones que reducen la actividad del gen llamado daf-2, que entre otros efectos parece

retrasar el metabolismo, pudiendo así aumentar al doble el lapso de vida de *C. elegans* (un nematodo ampliamente utilizado en los estudios de longevidad).

2.1.1.3 Características peculiares en las personas mayores

Como dice Mariano Sánchez ¹⁵, los pacientes jóvenes presentan con frecuencia una sola enfermedad, que no suele dejar secuelas y no tiene repercusiones permanentes. Por el contrario, en las personas mayores lo más usual son las múltiples patologías crónicas cuyas repercusiones de salud afectan a diversas esferas del individuo; por lo cual con frecuencia presentan discapacidades que no se pueden evitar.

Habitualmente las patologías en las personas adultas mayores tienen un diagnóstico complejo por: la difícil recogida de la historia clínica, la presentación atípica de síntomas y signos, la presencia de pluripatología, la tendencia a evitar exploraciones diagnósticas y la propensión a menospreciar los síntomas por parte del mismo.

A ello se le suma el tratamiento farmacológico, este tiende a ser complicado por la frecuente aparición de polifarmacia y automedicación; las diferencias en la liberación, absorción, distribución, metabolización y excreción de los fármacos; más la necesidad de adecuación de las dosis y de un diagnóstico adecuado; además de factores propios de la edad que deben tenerse en cuenta para la atención de esta población.

Los 65 años viene a ser la edad de jubilación en la mayoría de países, hay infinidad de personas mayores con 70, 75 y 80 años capaces de desarrollar una vida autónoma e independiente, sin que existan diferencias entre ellos por motivos únicamente de edad, sin embargo, hay quienes antes de los 65 años y habitualmente a consecuencia de alguna enfermedad presentan grados de discapacidad y dependencia que les llevan a unas necesidades que en condiciones óptimas no son usuales. Como dice Sánchez ⁹ más que la

edad cronológica, son los recursos individuales los que permiten potenciar en las personas un alto nivel de independencia funcional o por el contrario la necesidad de ayuda para procurarse el autocuidado.

Sánchez ¹⁵ refiere que los conceptos de independencia funcional, dependencia parcial en actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y dependencia absoluta, independiente de la edad cronológica, ayuda a precisar cuáles son las necesidades comunes para uno de estos tres grupos. Son consideradas así las actividades de la vida diaria: el aseo personal, el baño, la continencia, la capacidad para deambular, entre otras; y son actividades instrumentales de la vida diaria: el uso del teléfono, de dinero, o del transporte público, por citar algunas de ellas.

En el grupo de personas mayores con independencia funcional, debido a la aparición progresiva de cambios físicos, biológicos y de roles familiares, profesionales, económicos y sociales, se debe procurar fomentar el envejecimiento activo y satisfactorio con mantenimiento de todas las actividades de la vida diaria y prevención primaria y secundaria de enfermedades.

Las necesidades sociales abarcan aspectos lúdicos, formativos, y en ocasiones apoyo social encaminado a mantener una vida independiente en el domicilio. Si se logra realizar estos objetivos, se demora el paso hacia el grupo del anciano frágil. Este es aquel que es vulnerable. Son los que van siendo más dependientes, presentan algunas patologías crónicas y requieren ayuda externa para mantener su autocuidado. Presentan así, grados escalonados de discapacidad y dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Se debe realizar prevención secundaria y terciaria cuando hay enfermedades. Si finalmente se avanza hacia una dependencia total en las actividades de la vida diaria, se

procura dar soporte médico y social, al enfermo y al cuidador, se valora si permanece en el domicilio o se procede a la institucionalización; esta se realiza cuando se considere que es la mejor solución para ambos. Llegado el caso, se debe tener acceso a recursos sanitarios y sociales cuyo objetivo sea lograr el confort de la persona, la calidad de vida o una muerte digna.

2.1.1.4. Síndromes geriátricos

Como dice José Gonzáles ¹⁴ al referirse a la atención del anciano con respecto a los síndromes geriátricos, se están identificando unos cuadros clínicos concretos que, por la importancia, frecuencia y repercusiones en caso de pasar inadvertidos, son bien conocidos. Entre ellos se destacan: la inmovilidad, estreñimiento, insomnio, caídas, estado nutricional, polifarmacia, iatrogenia, depresión, deterioro cognitivo y alteraciones de los órganos de los sentidos entre otros más.

Todos ellos presentan una prevalencia alta, sin embargo, se les resta importancia, y si no son detectados y tratados oportunamente, conllevan a un aumento en la morbimortalidad. No obstante, si la detención y el tratamiento es oportuno, pueden obtenerse mejores resultados en un elevado porcentaje de casos. Por su parte, cuando no son identificados y tratados, las repercusiones en las áreas física, cognitiva, social y económica podrían ser desastrosas. El abordaje debe ser integral, pues la repercusión funcional es muy importante, especialmente en el anciano frágil, quien por sus características tiene mayor riesgo de padecerlos.

Gonzáles ¹⁴ sostiene que las repercusiones en el anciano frágil, si no se abordan precozmente, pueden ser fatales, ya que con frecuencia conllevan la entrada del paciente en una cascada geriátrica de complicaciones y de perpetuarse la misma, se puede llevar a una

incapacidad difícil de remontar. Esta situación agrava el cuadro clínico y hace que aparezca un mayor número de síndromes geriátricos. Así, una caída puede conllevar por miedo, a la inmovilidad. A consecuencia de ésta, puede aparecer el estreñimiento, el cual provoca con frecuencia náuseas y vómitos, estas a su vez conducen a la deshidratación, la cual con frecuencia precipita a una infección del tracto urinario, que a su vez puede generar un síndrome confusional agudo. El manejo inadecuado del mismo, con el uso de restricciones físicas y encamamiento puede provocar la aparición de úlceras por presión, las cuales pueden sobreinfectarse y desembocar en un cuadro séptico que lleva a la muerte del anciano, que al inicio del cuadro es relativamente independiente.

2.1.1.5 El apoyo social y las relaciones sociales de la persona adulto mayor

Mariano Sánchez ¹⁵ dice que los recursos naturales de apoyo social tienen importancia decisiva para el bienestar de las personas a lo largo de la vida. Las personas se sienten más satisfechas con sus vidas y se auto perciben como más sanas en la medida en que están satisfechas con las relaciones sociales, se sabe en diversas investigaciones que los beneficios que obtienen las personas mayores procedentes de sus redes sociales son similares a los de otras etapas de la vida y los procesos implícitos en las mismas son equiparables.

En las últimas décadas el apoyo social es un concepto de interés desde diversos enfoques e intereses, para distintos profesionales e investigadores como: enfermeros, nutricionistas, sociólogos, psicólogos, médicos, trabajadores sociales y antropólogos.

Los investigadores relacionan factores psicológicos y psicosociales con la longevidad, llegando a la conclusión de que no hay una única variable que explique la longevidad y el

bienestar en la edad avanzada: los factores psicosociales interactúan unos con otros formando parte de una compleja red de relaciones causales recíprocas.

El apoyo social se relaciona con distintas enfermedades bien a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos o bien por el efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos. Se habla entonces de dos efectos del apoyo social en la salud: el directo y el amortiguador. Se sugiere que en el efecto directo del apoyo social las personas están protegidas y preparadas positivamente para enfrentarse con un evento estresante por las relaciones de apoyo que poseen previas a su ocurrencia. El efecto amortiguador del apoyo social por su parte sugiere que las relaciones sociales ayudan a las personas en el afrontamiento de crisis durante y después de los eventos.

A partir de lo anterior, queda claro lo referente entre las relaciones del apoyo social y la salud, de tal forma que se documenta la existencia de un mayor riesgo de enfermar en aquellas personas a las que les falta el apoyo o tienen una red muy débil.

2.1.1.6 Relaciones familiares de las personas adultas mayores

Sánchez ¹⁵ destaca que la atención a personas dependientes y frágiles por parte de la familia está presente y se explica por los fuertes lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño, y el deseo de mantener a la persona en el hogar, rechazando, definitivamente la institucionalización.

La mayoría de las personas mayores mantienen un contacto frecuente con la familia de la que recibe apoyo y diversos servicios. Las dos terceras partes de las personas mantienen contactos cotidianos con amigos o parientes, el 37 % de los hijos visitan diariamente a sus padres y madres y el 27 % de los padres e hijos generalmente conviven bajo el mismo

techo, según lo que propone Iglesias de Ussel (1994) citado de Mariano Sánchez ¹⁵, a su vez el mismo afirma que la familia es la fuente de ayuda y apoyo más importante para la población mayor más dependiente y necesitada. La familia y amigos son relaciones denominadas primarias. Las cuales se caracterizan por tener naturaleza personal, íntima y emocional, son duraderas e involucran a las personas en una gran variedad de roles, permitiendo la expresión y comunicación abierta sobre diversos temas. Las relaciones secundarias son formales, impersonales e involucran a las personas en un solo rol; son instrumentales porque sirven para la consecución de ciertos objetivos. La edad conlleva a una disminución de las relaciones secundarias continuando en general con fuerza las relaciones primarias.

La familia y amigos constituyen dos focos importantes de recursos sociales, pues proporcionan durante el ciclo vital, cuidados, aliento, así como apoyo económico y emocional; sostiene la vida comunitaria de la persona mayor, pues mientras el mayor reciba cuidados de la familia, se previene y retrasa la institucionalización. Mariano Sánchez ¹⁵ dice que la familia, además, es la pieza más importante en el cuidado de la población mayor más dependiente. Constituyen así uno de los recursos más importante de la población mayor, pues son los integrantes de la familia los encargados de prestar atención directa a las personas mayores con problemas de salud o deterioro grave en su autonomía personal.

Las personas mayores suelen pedir ayuda emocional, instrumental e informacional a sus familiares, aunque también los amigos y vecinos aportan apoyo. A estos, se les pide ayuda cuando no hay ningún pariente disponible. Los mayores tratan de mantener intercambios con individuos que les son próximos durante el mayor tiempo posible; prefiriendo así a

quienes forman parte de su núcleo personal, que se convierten en un recurso valioso para mantener su integración social.

2.1.1.7 Las relaciones con los amigos y vecinos

La mayoría de las personas mayores reciben el apoyo más importante a través de redes informales como los hogares para personas adultas mayores y centros diurnos entre otros.

El hecho de recibir ayuda de un amigo podría considerarse como un refuerzo para una relación de mutuo apoyo y, por consiguiente, sirve como evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad continua del individuo. Para aquellas personas de edad que no cuentan con familiares, las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable, incluso cuando se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte, no solo edad, sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Siguiendo esta línea, otros estudios destacan una valoración mayor del tiempo pasado con las personas mayores, que con los parientes. Disponer de un amigo íntimo o confidente ayuda a las personas mayores a enfrentarse con efectividad a las situaciones de estrés.

Así Sánchez ¹⁵ afirma que las redes de alta densidad, que suelen estar formadas por la familia, ayudan a afrontar crisis vitales normativas, mientras que las redes de baja densidad, como son los amigos, contribuyen a afrontar las crisis vitales no normativas. Los amigos significan para la persona mayor, ayuda emocional y apoyo instrumental. Estas relaciones se desarrollan en un contexto voluntario y menos normativo y se caracterizan por la igualdad, elevados niveles de reciprocidad, homogeneidad y consenso. Esta similitud facilita una interacción que es mutua y satisfactoria y que reafirma la identidad y estima en

ambas partes. El apoyo en las relaciones de amistad es opcional, no obligatorio, y está basado en la reciprocidad y el afecto, características que contrastan con los sentimientos de obligación subyacentes en las relaciones familiares.

Los amigos son personas a quienes pedir ayuda en caso de necesidad, después de la pareja o los hijos. Esto surge que los amigos son muy importantes en las vidas de las personas en general y de las mayores en particular, sobre todo en aquellos mayores que viven solos.

2.1.2. Proceso de Hospitalización

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal en un contexto donde la persona adulto mayor es vulnerable, por lo cual es necesario promover su bienestar. El personal de salud es el encargado de garantizar el bienestar de la persona durante su hospitalización, específicamente el personal de enfermería es el que permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención.

María Guadalupe Moreno ¹⁶ menciona que la calidad de la atención técnica de enfermería se refiere a la percepción del paciente acerca de la atención que recibe por personal de enfermería actualizado y competente en el desempeño de sus funciones, que proporcione atención individualizada, una valoración oportuna que esté atenta a cualquier cambio que se presente, que responda a la llamada del paciente cuando éste lo necesite, que proporcione mecanismos para el alivio del dolor y el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles.

En un estudio titulado “Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria”¹⁷ publicado en el año 2013 en el cual tuvo la participación de

un grupo de enfermeras de Chile, denominaron que a pesar de que aún no hay un consenso científico definido en cuanto al término fragilidad, su definición o sus indicadores, ni como podría ser identificada o hasta evaluada, el concepto más aceptado en la actualidad es de que la fragilidad sería caracterizada como un síndrome clínico, identificada por pérdida involuntaria de peso, reducción del nivel de la actividad física, reducción de la fuerza muscular, reflejada por la reducción de la fuerza de prensión palmar, sensación de fatiga y reducción de la velocidad de marcha.

Partiendo de este concepto determinan que la fragilidad se constituye en un síndrome multidimensional, involucrando una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales en el transcurso de la vida individual, que culmina en un estado de mayor vulnerabilidad, asociado a un mayor riesgo de que se produzcan desordenes clínicos adversos como delirio, deterioro funcional, movilidad perjudicada, caídas, aislamiento social, aumento de la mortalidad y hospitalización.

2.1.2.1 Principales enfermedades que padece la persona adulta mayor

Según datos proporcionados por el Servicio de Estadística del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología en Costa Rica durante el 2016 en el área de consulta externa para 14838 consultas, las patologías de mayor frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial (38%), diabetes mellitus (9,0%), demencia de todo tipo (2,8%), deterioro cognitivo (2,6%), hipotiroidismo (2,1%), enfermedad cerebrovascular (2,2%), artrosis (1,9%), historia personal uso de anticoagulantes (1,9%), osteoporosis (1,5%), enfermedad pulmonar obstructiva (1,4%), asma (1,4%), tumores malignos (1,4%), fibrilación y aleteo auricular (1,3%), observación por sospecha de enfermedad (2,7%), otros signos y síntomas no especificados (1,2%).

En el Servicio de Emergencias éstas varían, pues en el 2016 de 18776 consultas, las causas fueron las siguientes: infección del tracto urinario (8,1%), afecciones del sistema respiratorio (8,1%), enfermedades cardiovasculares (5,6%), caídas y traumatismos (3,9%), afecciones del sistema musculo esquelético (3,2%), diarrea (1,8%), delirio (1,8%), trastorno de tejidos blandos (1,7%), diabetes mellitus (1,5%) y constipación (1,3%).

Tomando como referencia la información anterior, la mayoría de las patologías por las que consultan las personas, en un gran porcentaje, no impiden la realización de actividades lúdicas y recreativas.

2.1.2.2 Actividades que se realizan en los centros hospitalarios

Alfonso, J. Pedro, P. *et al*¹⁸ mencionan que actualmente no hay programas establecidos acerca de actividades lúdicas en los servicios geriátricos, sin embargo internacionalmente han estado trabajado en la construcción de un espacio sin barreras de acceso, con ambientes que permiten la realización de actividades recreativas y de intercambio.

Algunos de los conceptos que sostienen la idea de construir estos espacios y convertirlos en el quehacer cotidiano de estos servicios son la identidad, participación, recreación, sujeto, historia, derechos culturales, encuentro, alegría, inclusión; arte, tiempo libre; de manera que se conviertan en un espacio socialmente significativo para las personas adultas mayores de los hospitales.¹⁸

Las actividades artísticas, culturales y deportivas tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo a la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes.

Por otra parte, Alfonso, J. Pedro, P. *et al*¹⁸ refiere que estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, propiciando efectos sobre la salud y el bienestar psicológico. Algunas de las actividades que se planean realizar son talleres de danzas folclóricas, talleres de memoria, talleres de percusión, facilidades para comunicarse, dibujo, pintura, musicoterapia, expresión plástica, estimulación sensorial, técnicas de respiración, gerontogimnasia, festejar fechas patrias y sus cumpleaños.

2.1.2.3 Impacto del proceso de hospitalización en la persona adulta mayor

Alfonso, J. Pedro, P. *et al*¹⁸ menciona que el aumento de la población de personas mayores de 65 años hace cada vez más frecuente los ingresos en los hospitales. La estancia hospitalaria en unidades de hospitalización convencionales puede llevar aparejado el deterioro de la capacidad funcional en los ancianos. Además, considera que entre un 15% y un 20% de la población mayor de 65 años son ancianos frágiles y precisan una atención específica para los múltiples problemas que presentan (con alto riesgo de incapacidad y dependencia), y que la hospitalización por problemas agudos de salud puede agravar.

Cuando una persona ingresa a una institución de salud tiene muchas dudas y temores acerca de lo que irá a pasar, sobre todo cuando se les va a realizar un procedimiento quirúrgico o desconocen completamente su tratamiento. Se ha descrito que 47% de los pacientes mayores de 60 años pueden considerarse de alto riesgo para el deterioro funcional durante la hospitalización y que en otras series se reporta hasta el 70% al momento de la hospitalización, relacionándose con: el diagnóstico de ingreso, deterioro cognitivo previo, bajo nivel de actividad social, edad y factores intrahospitalarios como el reposo prolongado,

larga estancia y rehabilitación tardía, todo lo cual es fundamental en la rehabilitación posterior, siendo menos auspiciosa en la medida que es mayor su deterioro funcional.¹⁸

2.1.3 Salud mental en relación con las actividades lúdicas y recreativas

Mariano Sánchez ¹⁵ señala que el disfrute de actividades lúdicas y recreativas se revela como un factor de calidad de vida para estimular el desarrollo personal a lo largo de la vida, cumpliendo, además, una función terapéutica en determinadas situaciones. Las múltiples investigaciones sobre el ocio justifican que se considere por parte de los profesionales en salud, como un medio a utilizar en las intervenciones dirigidas a las personas mayores.

Así, el establecimiento de un estilo de vida equilibrado que contribuya a impulsar el crecimiento y el bienestar personal es algo que debe formar parte de la sensibilidad y objetivos de cualquier acción dirigida a la población mencionada. En este sentido hay que señalar que las personas de edad consideran los aprendizajes sobre ocio y actividades lúdicas y recreativas como algo necesario.

Sin embargo, la desvalorización de las actividades lúdicas y recreativas que culturalmente se transmiten al adulto frente al valor preponderante del trabajo conduce a muchos sujetos a considerarlo como algo secundario para cuyo disfrute no es necesaria la planificación o toma de decisión alguna. Así, Mariano Sánchez ¹⁵, sostiene que la búsqueda de nuevos recursos que favorezcan un mejor uso del ocio, la valoración por parte de la persona adulta mayor como factor asociado a su calidad de vida y un posicionamiento consciente y decidido a vencer los obstáculos que dificultan su vivencia, resultan ser objetos que no deben escapar a la intencionalidad de los diversos programas de intervención dirigidos a las personas adultas mayores.

2.1.3.1 Definición de Actividades Lúdicas y Recreativas

Las actividades lúdicas y recreativas permiten que se disminuya el ocio, este es un concepto complejo que se modifica a lo largo de la historia de diferentes maneras y enfoques. Mariano Sánchez ¹⁵ evidencia que en las últimas décadas se entiende el ocio como un tipo de tiempo distinto del dedicado al trabajo, como un tipo de actividad, o incluso como un estado mental. En este esfuerzo de comprensión y conceptualización del ocio resulta especialmente clarificadora la contribución que, desde una perspectiva psicológica hacen autores como Neullinger & Breit, 1981; mencionados por Mariano Sánchez ¹⁵, quienes plantean que el ocio viene definido por dos circunstancias: la percepción de libertad por parte del sujeto y el tipo de motivación que le impulsa a una determinada práctica. Así desde esa caracterización se entiende que cualquier actividad, puede ser experimentada como ocio por la persona si ésta se elige libremente y si se siente movida a ella y no tanto por las posibles recompensas que su realización pueda hacer.

Esta concepción permite perfilar las actividades lúdicas y recreativas no como un tiempo determinado (vacaciones, fin de semana, entre otros cuantos), sino más bien como una experiencia personal y subjetiva, y que orienta la acción del profesional hacia objetivos relacionados con el uso de la propia libertad y el desarrollo de intereses y motivaciones hacia el ocio, además de proporcionar claves fundamentales sobre las estrategias de intervención.

2.1.3.2 Los beneficios de las actividades lúdicas y recreativas

Mariano Sánchez ¹⁵ revela que el estudio (Vega & Bueno, 1995) sobre los beneficios que reportan las actividades lúdicas y recreativas a la persona adulta mayor interesa a distintas disciplinas, entre ellas la educación, la psicología, la sociología, medicina, economía y por

supuesto a enfermería; ya que éstas cobran especial relevancia para esta población, sobre todo en un proceso de hospitalización donde las actividades se reducen al máximo, queda mucho tiempo libre y las actividades con las que se llena ese espacio son las encargadas de proporcionar al sujeto satisfacción, algunas de las motivaciones para el ocio en la tercera edad, que ayudan a la persona a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida son: la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento. Dicho eso, el disfrute del ocio en la persona adulta mayor está directamente relacionado con la percepción de felicidad.

Otros estudios mencionados por Sánchez ¹⁵ (Schooler y Mulatu, 2001), demuestran que las personas mayores que realizan actividades lúdicas y recreativas en forma continua, son personas con una capacidad de alerta mayor desde un punto de vista intelectual y más implicadas socialmente con su entorno. A su vez, hay evidencias que permiten asociar las prácticas de actividades durante el ocio, con un mayor bienestar psicológico y menores índices de depresión Sánchez ¹⁵

Mariano Sánchez ¹⁵ apunta que las actividades durante el ocio son un recurso para hacer frente a las situaciones derivadas de la vivencia de enfermedades crónicas. El ocio se convierte así en un contexto en el que las personas se aceptan por lo que son, trascendiendo su enfermedad o discapacidad. Refiriéndose en concreto a los beneficios de las actividades lúdicas y recreativas que se reportan en las personas adultas mayores más dependientes, se puede decir que hallan relaciones significativas entre el uso del tiempo libre y la demencia, ya que el ocio contribuye a generar una reserva cognitiva en la persona, que junto al nivel de estudios y el tipo de trabajo desarrollado constituye un recurso fundamental para hacer frente a la demencia y sus síntomas.

Finalmente, en un esfuerzo de síntesis de numerosas investigaciones, entre ellas las de Driver y Bruns (1999), mencionados por Mariano Sánchez ¹⁵, siguen confirmando evidencias sobre los beneficios que las actividades lúdicas y recreativas reportan en las personas adultas mayores de todas a las edades en las categorías de: beneficios personales, sociales y culturales, económicos y beneficios medioambientales. El conocimiento de estas ventajas asociadas al disfrute del ocio puede proporcionar al profesional de salud claves para su intervención y además servir como un argumento para motivar la participación y reflexión de las personas o grupos que lo necesiten.

2.1.3.3 El desarrollo de un estilo lúdico y recreativo saludable

A pesar de que las actividades lúdicas y recreativas aportan numerosos beneficios a las personas de cualquier edad, incidiendo positivamente en su calidad de vida; y de constituir un recurso de primera magnitud en el ajuste exitoso a las situaciones vitales durante la vejez (jubilación, enfermedad, duelo, entre otros), lo cierto es que las estadísticas revelan que las prácticas durante el ocio de las personas adultas mayores son, en general, más pobres y menos frecuentes y variadas de lo que sería deseable. Este desajuste que, tiene múltiples causas, justifica la necesidad de incluirlas entre las intencionalidades educativas de los diferentes programas y procesos, expone Mariano Sánchez ¹⁵.

Intencionalidad que deberá concretarse en función de la singularidad de los destinatarios, la peculiaridad de la entidad que oferta el programa, sus características, sus fines, sus recursos, entre otros, actuando como un facilitador para el ocio.

Sánchez ¹⁵ dice que lejos de ser algo reservado para las personas mayores con un gran nivel de autonomía, el establecimiento de comportamientos lúdicos y recreativos es

también considerado como terapéutico, tradicionalmente desarrollado en personas con importantes limitaciones funcionales.

Los más importantes modelos conceptuales de ocio terapéutico, elaborados por autores como Peterson y Gunn (1984), Dattilo & Kleiber (1993) o Widmer & Ellis (1997), mencionados en la literatura de Mariano Sánchez ⁹ incluyen la educación para el ocio entre las fases del proceso terapéutico a que es sometida la persona adulta mayor, resaltando el impacto que tiene sobre una mayor libertad de elección, mayor motivación intrínseca y mayor independencia.

2.1.3.4 La creación de actitudes positivas hacia las actividades lúdicas y recreativas

Mariano Sánchez ¹⁵ expone que las actitudes son producto de las experiencias de la persona y están influidas por la interacción dinámica que el sujeto mantiene con el contexto sociocultural, sin embargo, en la persona adulta ya existen actitudes muy consolidadas como resultado de un proceso madurativo, la posibilidad de intervenir en la creación o modificación de actitudes viene dada por la dinámica de éstas.

Se comprueba que las actitudes hacia cuestiones como la religión o la democracia muestran cierta constancia a lo largo de la vida mientras que las actitudes hacia el ocio cambian en los diferentes momentos de la vida. Así, frente a la hipótesis de que las inclinaciones de los sujetos se establecen tan firmemente en las primeras etapas de la vida que cualquier cambio actitudinal es lento y difícil (Visser y Krosnick, 1998), mencionados por Mariano Sánchez ¹⁵.

Diferentes estudios demuestran que el cambio actitudinal puede darse a cualquier edad reforzando así la hipótesis de cambio que sugieren Brim y Kagan (1980), Gergen (1985) y

Lerner (1984), refiere Mariano Sánchez ¹⁵. Así pues, el desarrollo o la modificación de las actitudes hacia las actividades lúdicas y recreativas es un objetivo no sólo deseable sino también, alcanzable, que debe ocupar a los profesionales de salud.

Según el autor Gairín (1987) mencionado en la literatura de Mariano Sánchez¹⁵ las actitudes se forman, refuerzan o cambian mejor cuando una persona tiene seguridad en sí misma y es capaz de aceptar los cambios. Ello conduce a plantear que los programas que se proponen formar a la persona adulta mayor en relación con las actividades lúdicas y recreativas deben promover la percepción de autoconfianza y autocompetencia.

El aspecto social de los programas dirigidos a personas mayores es común denominador a las diferentes iniciativas, que mucho más allá de la economía de medios, encuentra su sentido en la consecución de objetivos concretos (como el desarrollo de habilidades sociales) y la potencialidad del grupo como medio y recurso para los propósitos de la intervención, es por ellos que los contextos grupales propician el encuentro con otros y la exposición a influencias diferentes de las que constituyen el entorno cotidiano de la persona adulta mayor, lo cual favorece el enriquecimiento personal y el desarrollo de nuevas significaciones y posibles sentidos.

Este aspecto constituye uno de los estudios considerados como clásicos por la Psicología social, según el cual, el cambio de actitud y el cambio de comportamiento pueden obtenerse creando condiciones de participación activa de grupo (Triandis, 1974), da a entender Mariano Sánchez ¹⁵.

En la literatura de Sánchez ¹⁵ mencionaba dos autores (Fishbein & Ajzen 1975) los cuales, demuestran que hay tres posibles vías que guían nuestras actitudes y con ellas las

referidas hacia las actividades lúdicas y recreativas, estas son: 1) a través de la comunicación, 2) a través de la experiencia personal, y 3) a través de inferencias o generalizaciones.

A través de la recepción de información, que se transmite en los procesos comunicativos. Conocer cuáles son los beneficios del ocio en la salud física y mental, o la existencia de ciertos recursos para desarrollar una actividad, son informaciones que a menudo las personas no tienen y que podrían mejorar la actitud hacia una práctica lúdica y recreativa.

A través de la experiencia personal; constituye un recurso importante en la creación y modificación de actitudes, participando en un curso y llegando a vivirlo como una experiencia satisfactoria e intrínsecamente motivadora, puede incidir en el desarrollo de una actitud positiva hacia el ocio, que puede contribuir a ampliar el repertorio de actividades lúdicas y recreativas de la persona adulta mayor.

Finalmente, a través de inferencias o generalizaciones, producto de la lógica o de las influencias culturales del entorno, como por ejemplo *“las piscinas siempre están llenas de gente”*; o *“el deporte es bueno para la salud, así pues, los que practican están en mejor forma física que los que no lo hacen”*. De este modo la parte de las inferencias se basan en las experiencias personales.

2.1.4. Envejecimiento Exitoso

Alfonso García ¹⁸ hace la distinción entre “envejecimiento habitual” y “envejecimiento exitoso” como estados o procesos no patológicos. Según estos autores, el envejecimiento exitoso incluye tres componentes a saber: la ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada a enfermedad, alta capacidad cognitiva y funcional y un activo

compromiso con la vida. Según Domingo Castillo ¹⁴ cada uno de estos componentes tiene sus propias características, por ejemplo:

2.1.4.1 La baja probabilidad de enfermedad y discapacidad

Domingo Castillo¹⁹ manifiesta que la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad se refiere a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, relacionados con ambiente, hábitos, la genética, médicos; cuando el riesgo aumenta se convierte en enfermedad. Debido a que muchas veces el envejecimiento habitual se relaciona con estilos de vida pero no exclusivamente dependientes de la edad, por tanto los factores ambientales modificables son de gran importancia.

2.1.4.2 Alta capacidad cognitiva y funcional:

Se relaciona con la potencialidad de las actividades, de mantener un estado participativo según la condición de salud, sentirse autosuficiente, sentir el control de su propia vida, las cuales normalmente se ven comprometidas para la persona adulta mayor debido a tendencias sociales y culturales como la sobreprotección, el paternalismo, inclusive hasta por las distintas formas de maltrato. Sin perder una visión realista de sí mismo, la persona adulta mayor necesita adaptarse, vivir, crecer y aprender experiencias nuevas.

2.1.4.3 Alto compromiso con la vida

Se refiere a las relaciones interpersonales y a la actividad de vida y productiva, entendiendo esto como aquellas acciones u objetivos, que le generen beneficio propio o social, no incluyendo aspectos económicos. Son contactos sociales, intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos.

2.1.5 Las personas adultas mayores y su entorno

Según el Domingo Castillo ¹⁹ debido a que las personas son seres culturales, existen factores exógenos que pueden intervenir en su envejecimiento, a pesar de que esto se ve condicionado por la biología debido a que, generalmente, al aumentar la edad la fragilidad física es mayor y la independencia tiende a disminuir.

Durante el envejecimiento se habla de teorías de desvinculación, en donde la persona tiende a apartarse de las estructuras sociales, incluyendo la pareja, la familia o la sociedad en sí, generalmente esto no ocurre por una decisión propia, lo que ocasiona sentimientos de aislamiento relacionados con déficit emocional y afectivo. Por lo tanto una desvinculación de la sociedad ocasiona enfermedad tanto física como mental. Domingo Castillo menciona que: *“La capacidad de las personas mayores para relacionarse con el entorno, el apoyo social y la integración en un mundo que puede tener tendencia a marginarlas y estigmatizarlas se convierte en uno de los aspectos fundamentales para vivir el proceso de envejecimiento como una experiencia en positivo.”*²⁰

Domingo Castillo¹⁹ además apunta que ante el aislamiento la persona adulta mayor, hay que vincularla a todo aquello que ocurre en el entorno, gozar de la relación con los demás es una garantía de salud. Tomando en cuenta las redes de apoyo, la participación en actividades con propósito de la comunidad, el grado de afiliación social, la inclusión en organizaciones entre otras, se perfilan como factores fundamentales de la salud física, el bienestar psicológico y la longevidad.

Por lo tanto, las actividades que realizan estos grupos les permite que sigan interesándose por lo que pasa en la sociedad, aumente sus ganas de vivir, mantenga la defensa de los derechos de los intereses y el rol social de las personas mayores, cultive las

aficiones propias que ha dejado olvidadas como grupos artísticos, actividades culturales, juegos, estudios, música, entre otros.

2.2 Modelo y teorías de Enfermería

Esta investigación se basó en el fundamento teórico de Virginia Henderson ya que todos los procesos de enfermería tienen principios y normas que promueven el pensamiento crítico, fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, tienen como objetivo prevenir la enfermedad, fomentar, mantener o restablecer la salud, también se debe facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona, como lo menciona Henderson en su fisiología. Según José Bellido, Ángeles Ríos *et al.*²⁰

*“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”*²⁰

Por tanto es indispensable que el profesional de enfermería conozca la ideología de Henderson en la población geriátrica para que logre abordar adecuadamente, las necesidades que ella establece, siempre y cuando la persona quiera y se esfuerce por lograrlo. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona requiere ayuda para conseguir su independencia, por ejemplo, la hospitalización puede afectar el buen funcionamiento en el proceso de recuperación ya que existen varios factores que interrumpen estos procesos como las condiciones del entorno que son dinámicas y cambiantes, puede haber restricciones por estas necesidades por ejemplo la poca movilidad, genera estreñimiento; lo

cual afecta la eliminación intestinal. El dormir y descansar es uno de los problemas que más aquejan a las personas, ya que los constantes sonidos y ruidos no permiten que la persona duerma a plenitud; comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones es una necesidad totalmente insatisfecha en el ambiente hospitalario, ya que el temor a lo desconocido ocasiona mucha inseguridad, ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles son también necesidades que interactúan entre ellas, por eso es importante que se cumplan a nivel intrahospitalario, porque se debería de detener estas necesidades si el hospital podría tener la capacidad de suplir estas necesidades, y enfermería debería satisfacer las necesidades básicas de la persona, siempre y cuando use el razonamiento clínico por eso en consideración si hubiera un espacio en donde interactuaran los usuarios con estas necesidades ayudaría en su proceso de recuperación como lo menciona José Bellidos, Ángeles Ríos *et al* ²⁰

“El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad.” ²⁰

Enfermería debe proporcionar tiempo y espacio para satisfacer todas estas necesidades por lo tanto es de suma importancia que haya actividades lúdicas y recreativas durante el proceso hospitalario para fomentar y promover la salud mental de estas personas y así poder facilitar la autogestión potenciando el bienestar y sus capacidades.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo cuantitativa, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta para analizar el patrón de comportamiento y variables a investigar.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según lo citado por Roberto Hernández *et al* ²¹ la investigación de tipo descriptiva busca especificar las propiedades, las características de las personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. En relación con lo mencionado por el autor la investigación consta del análisis de una población sometida a la aplicación de un instrumento obteniendo respuestas que permita la descripción del comportamiento definido, en este caso el proceso de recuperación en relación con las actividades lúdicas y recreativas.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

3.3.1 Población

La población total corresponde a 127 pacientes de los Servicios del hospital especializado clase B, de Marzo-Abril del 2017.

3.3.2 Muestra

Se toma una muestra de 90 personas a las que se les aplica la encuesta dirigida y a la cual deben responder a las interrogantes planteadas de forma verbal.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.3.1 Inclusión

La población se delimita a un grupo de 90 personas hospitalizadas mayores de 65 años, consientes y orientadas en las tres esferas, con disposición y capacidad para contestar la encuesta.

3.3.3.2 Exclusión

La capacidad instalada a nivel hospitalario comprende 140 camas, excluyéndose las áreas donde no hay posibilidad de realizar actividades de recreación, pues la condición de las personas no lo permite, abarcando trece unidades dedicadas a personas que requieren algún tipo de aislamiento y las de cuidados intermedios, finalmente contamos con una población de 127 personas usuarias y se toma una muestra de 90 que representa el 70% de la población total.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Validez de la encuesta

La investigación se desarrolla abarcando los ámbitos de las actividades lúdicas y recreativas desde la perspectiva emocional, social y fisiológica, validando su contenido de manera que la totalidad se enfoca en las personas adultas mayores, realizándose de manera guiada principalmente en personas con dificultad visual y motora.

3.4.2 Confiabilidad de la encuesta

Según los datos obtenidos de la totalidad de las encuestas se puede comprobar que todas las preguntas tuvieron asertividad siendo comprensibles para toda la muestra, evidenciando que los resultados tuvieron similitud.

3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación muestra un diseño no experimental, según Roberto Hernández *et all*²² este se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no se varía en forma intencional las variables independientemente para su efecto sobre otras variables. Por lo tanto en la presente investigación se observará y se aplicará un instrumento para la recolección de datos, tal

como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlo y determinar la relación de las actividades lúdicas y recreativas durante el proceso de hospitalización con la.

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar actividades lúdicas y recreativas para aplicar los usuarios durante el periodo hospitalario en, relación al proceso de recuperación	Actividades lúdicas y recreativas	<p>Lúdico: Las actividades lúdicas, se entiende como una dimensión del Desarrollo de los individuos, siendo parte constitutiva del ser humano. El concepto de lúdica es tan amplio como complejo, pues se refiere a la necesidad del ser humano, de comunicarse, de sentir, expresarse y producir en los seres humanos una serie de emociones orientadas hacia el entretenimiento, la diversión, el esparcimiento, que nos llevan a gozar, reír, gritar e inclusive llorar en una verdadera fuente generadora de emociones.</p> <p>Recreativo: Todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, como caminar en forma regular, tareas domésticas, jardinería, etc.</p>	Lúdico y recreativo; Son actividades que pueden realizar las personas dentro del hospital con el fin de divertirse, distraerse y fomentar su salud mental y física.	<p>cognitivo</p> <p>Físico</p> <p>Social</p>	<p>Intensidad Duración Frecuencia Percepción Integración Disfrute</p> <p>Intensidad Duración Frecuencia Percepción Integración Disfrute</p> <p>Intensidad Duración Frecuencia Percepción Integración Disfrute</p>	Encuesta Literatura

recuperación en personas adultas mayores

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Describir los procesos de recuperación de los pacientes hospitalizados en el hospital especializado clase B, Marzo-Abril.	Recuperación de los usuarios	Volver en sí o a un estado de normalidad	Es el impacto en la recuperación aplicando actividades lúdicas y recreativas en su proceso de hospitalización, obteniendo los resultados mediante una encuesta y entrevista.	Tardía	Tiempo de hospitalización. Causa de la patología Anuencia a la participación. Apoyo familiar. Habilidades de los adultos mayores. Estilos de vida Actividades de la vida diaria	Encuesta Literatura

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla N 1

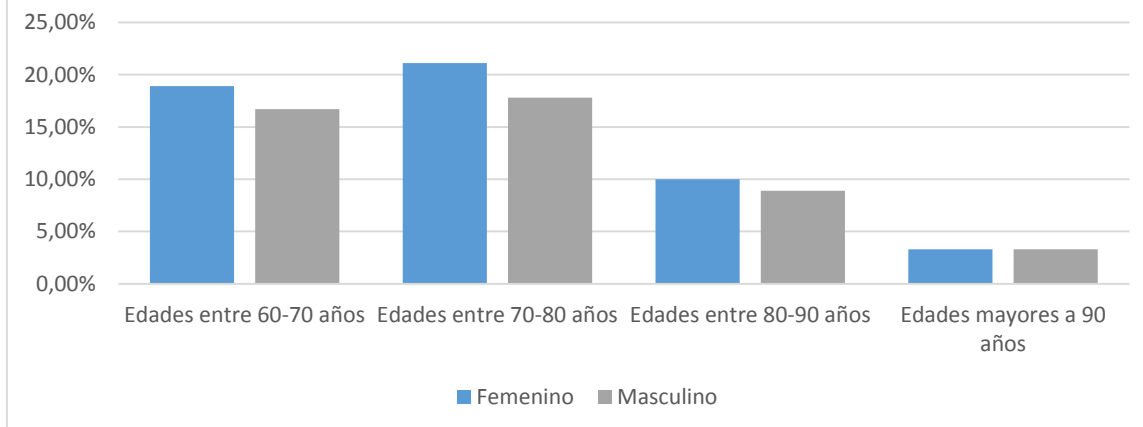
Distribución porcentual de personas, según sexo y edad, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Rango de edades	Cantidad de personas	%
Edades entre 60-70 años	17 mujeres	18,9%
	15 hombres	16,7%
Edades entre 70-80 años	19 mujeres	21,1%
	16 hombres	17,8%
Edades entre 80-90 años	9 mujeres	10%
	8 hombres	8,9%
Edades mayores a 90 años	3 mujeres	3,3%
	3 hombres	3,3%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 1. Distribución porcentual de personas usuarias, según edad y sexo, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

La población encuestada, se distribuye de la siguiente manera: de 60-70 años un total de 32 personas, para un 18,9% (17 femeninas) y un 16,7% (15 masculinos); de 70-80 años un total de 35 personas, para un 21,1% (19 femeninas) y un 17,8% (16 masculinos); de 80-90 años un total de 17 personas, para un 10% (9 femeninos) y un 8% (8 masculinos); mayores de 90 años un total de 6 personas, para un 3,3% (3 femeninas) y un 3,3% (3 masculinos).

Tabla N 2

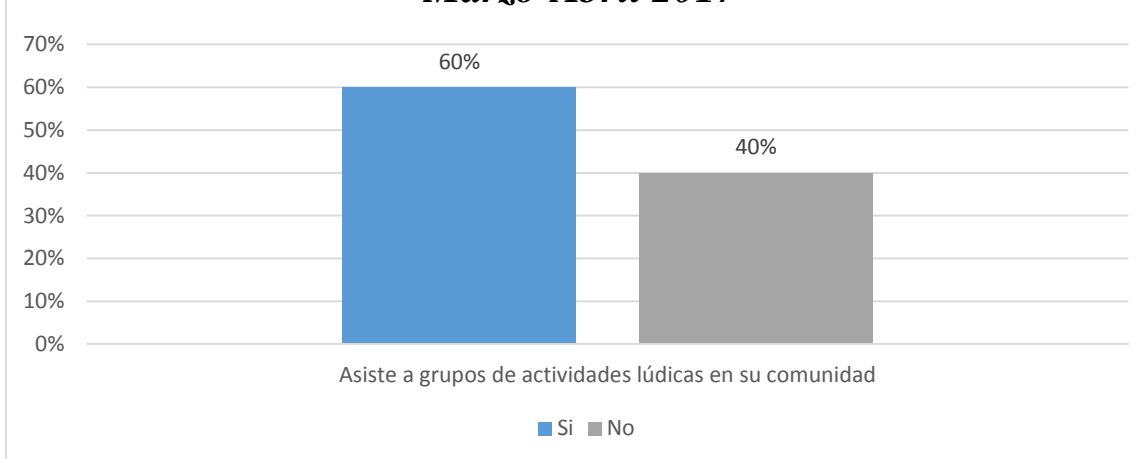
Distribución porcentual de personas usuarias, según asistencia a actividades recreativas en su comunidad, Hospital especializado clase B.

Marzo-Abril, 2017

Asistencia a actividades recreativas en su comunidad.	Cantidad de personas	%
Si	54	60%
No	36	40%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 2. Distribución porcentual de personas usuarias, según asistencia a actividades recreativas en su comunidad, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril 2017



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De la población encuestada, un 60% (54 personas) no realizan actividades recreativas en su comunidad y un 40% (36 personas) si las realizan.

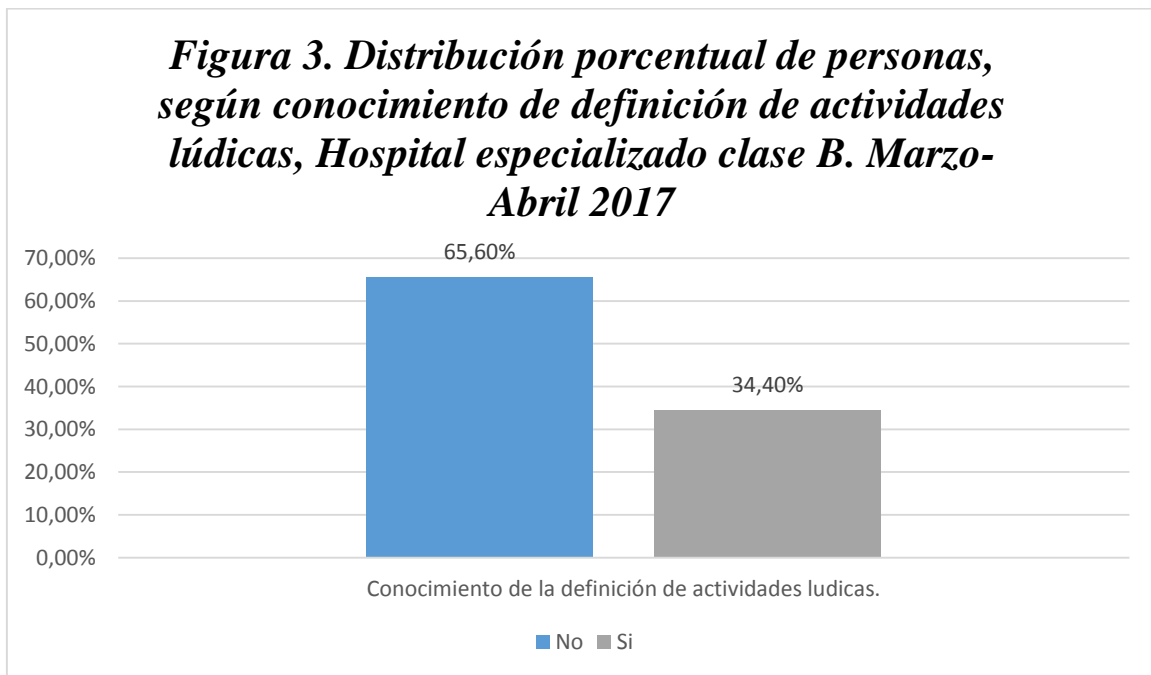
Tabla N 3

Distribución porcentual de personas, según conocimiento de definición de actividades lúdicas, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Conocimiento de definición de actividades lúdicas.	Cantidad de personas	%
No	59	65,6%
Si	31	34,4%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 65,6% (59 personas) no tiene conocimiento sobre el concepto de las actividades lúdicas y un 34,4% (31 personas) si conocen lo que es una actividad lúdica.

Tabla N 4

Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de actividades lúdicas y recreativas que promueven la alegría personal y social, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	62	69%
De acuerdo	12	13,3%
Totalmente en desacuerdo	9	10%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	4,3%
En desacuerdo	3	3,3%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 69% (62 personas) se encuentran totalmente de acuerdo en que las actividades lúdicas y recreativas promueven la alegría personal y social, un 13,3% (12 personas) se encuentran de acuerdo, un 10% (9 personas) se encuentran

totalmente en desacuerdo, un 4,3% (4 personas) no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3,3% (3 personas) en desacuerdo.

Tabla N 5

Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de actividades lúdicas y recreativas y su fortalecimiento de la movilidad física, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	55	61,2%
De acuerdo	19	21,1%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	12	13,3%
En desacuerdo	3	3,3%
Totalmente en desacuerdo	1	1,1%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 61,2% (55 personas) se encuentran totalmente de acuerdo en que las actividades lúdicas y recreativas fortalecen la movilidad física, un 21,1% (19 personas) se encuentra de acuerdo, un 13,3% (12 personas) se encuentra ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 3,3% (3 personas) se encuentran en desacuerdo y un 1,1% (1 persona) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 6

Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de que existe personal capacitado para realizar actividades lúdicas y recreativas,

Hospital especializado clase B Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	50	55,6%
De acuerdo	27	30%
Totalmente en desacuerdo	7	7,8%
En desacuerdo	3	3,3%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	3,3%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 55,6% (50 personas) se encuentran totalmente de acuerdo, en que existe personal capacitado para realizar actividades lúdicas y recreativas dentro del hospital, un 30% (27 personas) se encuentran de acuerdo, un 7,8% (7 personas) se encuentran totalmente en desacuerdo, un 3,3% (3 personas) no está ni en acuerdo ni en desacuerdo y un 3,3% (3 personas) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 7

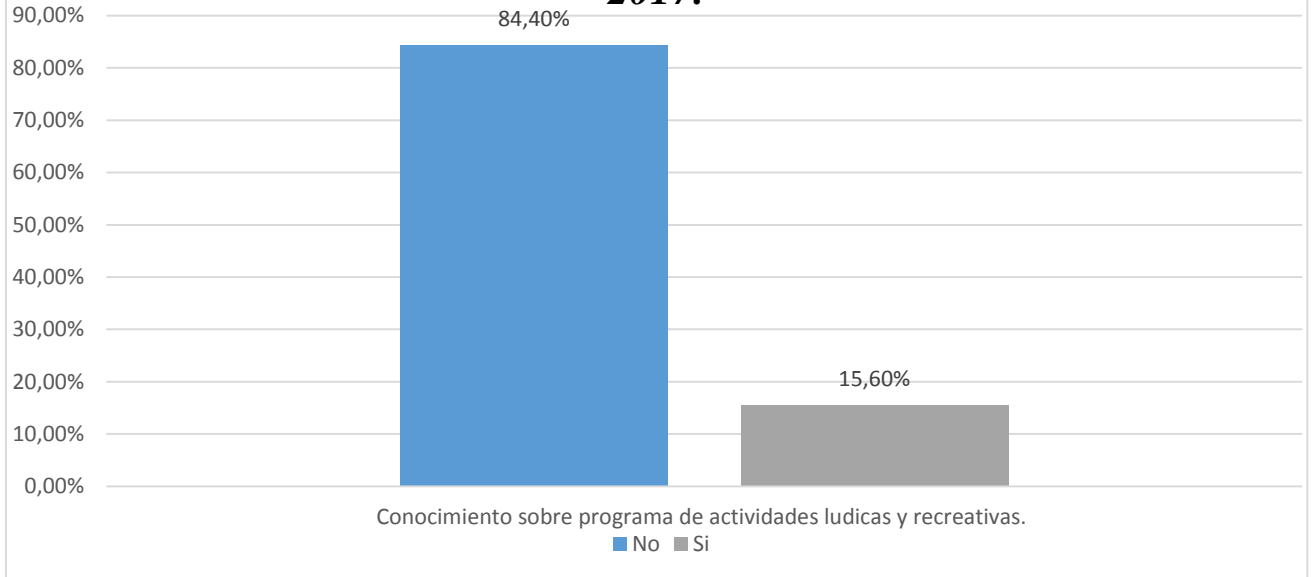
Distribución de personas usuarias, según conocimiento sobre programa de actividades lúdicas y recreativas, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Conocimiento de programas de actividades lúdicas y recreativas.	Cantidad de personas	%
No	76	84,4%
Si	14	15,6%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 7. Distribución de personas usuarias, según conocimiento sobre programa de actividades lúdicas y recreativas, Hospital especializado clase B Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 84,4% (76 personas) no tienen conocimiento sobre los programas de actividades lúdicas y recreativas dentro del centro hospitalaria y un 15,6% (14 personas) si conocen sobre el programa de actividades lúdicas y recreativas.

Tabla N 8

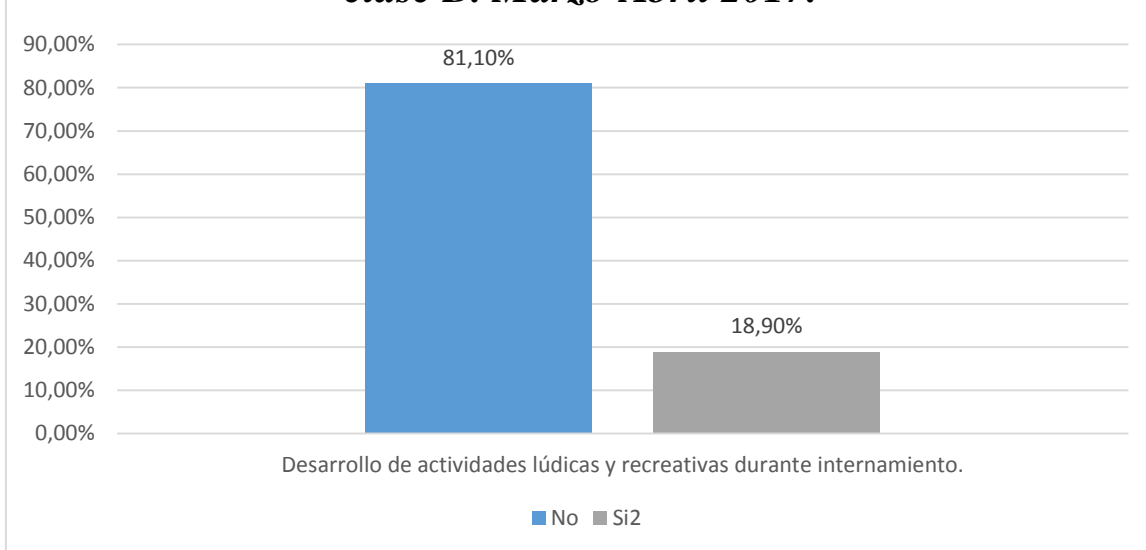
Distribución de personas, según desarrollo de actividades lúdicas y recreativas durante el internamiento, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Conocimiento de definición de actividades lúdicas.	Cantidad de personas	%
No	73	81,1%
Si	17	18,9%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 8. Distribución de personas, según desarrollo de actividades lúdicas y recreativas durante el internamiento, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 81,1% (73 personas) no han visto que se desarrollen actividades lúdicas y recreativas dentro del centro hospitalario y un 18,9% (17 personas) si han visto durante su internamiento el desarrollo de estas actividades.

Tabla N 9

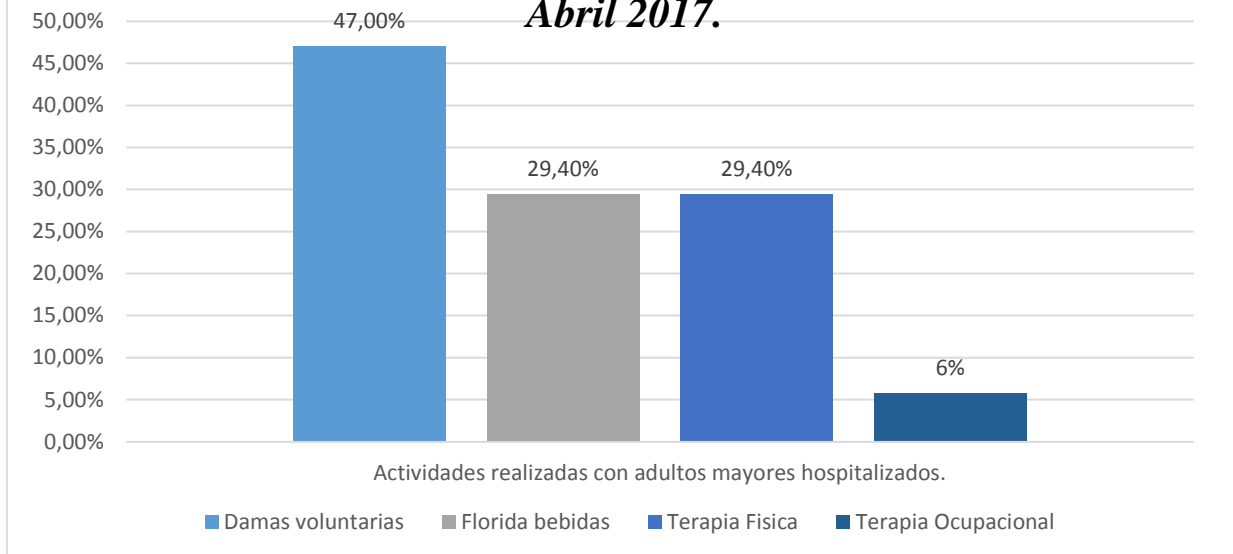
Distribución de usuarios, según actividades lúdicas y recreativas realizadas durante el internamiento, Hospital especializado clase B.

Marzo-Abril, 2017

Patrones con mayor frecuencia de mención	Cantidad de personas	%
Damas voluntarias (pintar , platicar, recorte y pega)	8	47%
Terapia física (ejercicios, movilización de extremidades)	5	29,4%
Empresa Florida Bebidas (pintar, platicar, recorte y pega, juegos de mesa)	5	29,4%
Terapia ocupacional (juegos motrices)	1	5,8%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 9. Distribución de usuarios, según actividades lúdicas y recreativas realizadas durante el internamiento, hospital especializado clase B, Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada 17 personas, han visto que se desarrollan actividades lúdicas y recreativas dentro del centro hospitalario, un 47% (8 personas) indicaron que son desarrolladas por damas voluntarias (pintar, platicar y recortes); un 29,4% (5 personas) que fueron actividades con terapia física como ejercicios y movilización de las extremidades, un 29,4% (5 personas) las realizó la empresa Florida bebidas como pintar, platicar y juegos de mesa y un 5,8% (1 persona) refirió que realizó juegos motrices en terapia ocupacional.

Tabla N 10

Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de la diversión mediante actividades lúdicas y recreativas en los adultos mayores, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	61	67,8%
De acuerdo	15	16,7%
Totalmente en desacuerdo	9	10%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3	3,3%
En desacuerdo	2	2,2%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 67,8% (61 personas) se encuentran totalmente de acuerdo que las personas adultas mayores se diviertan realizando actividades lúdicas y recreativas dentro del hospital, un 16,7% (15 personas) se encuentran de acuerdo, un 9% (9 personas) se encuentran totalmente en desacuerdo, un 3,3% (3 personas) no están ni en acuerdo ni en desacuerdo y un 2,2% (2 personas) en desacuerdo.

Tabla N 11

Distribución porcentual de personas usuarias, según mejoramiento de habilidades motrices a través de actividades lúdicas en los adultos mayores, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	59	65,6%
De acuerdo	22	24,4%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	5,6%
Totalmente en desacuerdo	3	3,33%
En desacuerdo	1	1,1%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada un 65,6% (59 personas) se encuentran totalmente de acuerdo, en que las habilidades motrices mejoran a través de las actividades lúdicas, un 24,4% (22 personas) se encuentran de acuerdo, un 5,6% (5 personas) no está ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 3,33% (3 personas) se encuentran totalmente en desacuerdo y un 1,1% (1 persona) en desacuerdo.

Tabla N 12

Distribución porcentual de personas usuarias, según mejoramiento del sistema fisiológico a través de actividades lúdicas en los adultos mayores, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	58	64,4%
De acuerdo	23	25,6%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	5	5,6%
En desacuerdo	2	2,2%
Totalmente en desacuerdo	2	2,2%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, un 64,4% (58 personas) se encuentran totalmente de acuerdo que mejora el sistema fisiológico a través de las actividades lúdicas, un 25,6% (23 personas) se encuentran de acuerdo, un 5,6% (5 personas) no está ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 2,22% (2 personas) se encuentran en desacuerdo y un 2,2% (2 persona) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 13

Distribución porcentual de personas usuarias, según contribución a la integración social de actividades lúdicas en los adultos mayores, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	67	74,4%
De acuerdo	14	15,6%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	4	4,4%
Totalmente en desacuerdo	4	4,4%
En desacuerdo	1	1,2%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada un 74,4% (67 personas) se encuentra totalmente de acuerdo que las actividades lúdicas contribuyen a la integración social de las personas adultas mayores, un 15,6% (14 personas) se encuentran de acuerdo, un 4,4% (4 personas) no esta ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 1,2% (1 personas) se encuentran en desacuerdo y un 4,4% (4 persona) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 14

Distribución porcentual de personas usuarias, según consideración de necesidad de horario para realización de actividad lúdica y recreativa, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	59	65,6%
De acuerdo	19	21%
Totalmente en desacuerdo	5	5,6%
En desacuerdo	5	5,6%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	2,2%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada un 65,6% (59 personas) se encuentran totalmente de acuerdo que debe de existir un horario para la aplicación de actividades lúdicas y recreativas en las personas adultas mayores hospitalizadas, un 21% (19 personas) se encuentran de acuerdo, un 2,2% (2 personas) no está ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 5,5% (5 personas) se encuentran en desacuerdo y un 5,6% (5 persona) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 15

Distribución porcentual de personas usuarias, según necesidad de prevención de las enfermedades mediante actividades lúdicas, Hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	51	56,7%
De acuerdo	25	27,8%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	6	6,7%
Totalmente en desacuerdo	5	5,6%
En desacuerdo	3	3,3%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada 100% (90 personas), que se encuentran en el hospital especializado clase B, consideran que durante el envejecimiento se puedan prevenir las enfermedades mediante actividades lúdicas en las personas adultas mayores, un 56,7% (51 personas) se encuentran totalmente de acuerdo, un 27,8% (25 personas) se encuentran de acuerdo, un 6,7% (6 personas) se encuentran ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 3,3% (3 personas) se encuentran en desacuerdo y un 5,6% (5 persona) se encuentra totalmente en desacuerdo.

Tabla N 16

Distribución porcentual de personas usuarias, según opinión sobre el mejoramiento de la calidad de vida mediante actividades lúdicas y recreativas en la persona adulta mayor , Hospital especializado clase B. Marzo-Abril, 2017

Escala de Likert	Cantidad de personas	%
Totalmente de acuerdo	59	65,5%
De acuerdo	18	20%
En desacuerdo	6	6,7%
Totalmente en desacuerdo	5	5,6%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2	2,2%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada un 65,5% (59 personas) se encuentran totalmente de acuerdo en que las actividades lúdicas para mejoran la calidad de vida de las personas adultas mayores, un 20% (18 personas) se encuentran de acuerdo, un 2,2% (2 personas) no está ni en acuerdo ni en desacuerdo, un 6,7% (6 personas) se encuentran en desacuerdo y un 5,6% (5 persona) totalmente en desacuerdo.

Tabla N 17

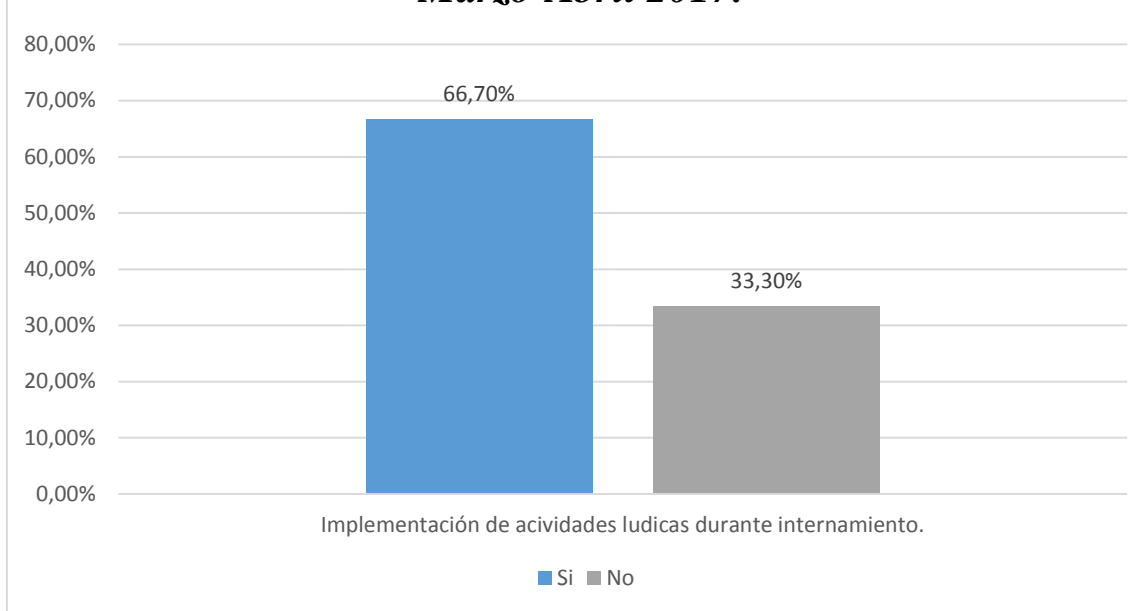
Distribución de usuarios, según implementación de actividades lúdicas durante su internamiento, hospital especializado clase B

Marzo-Abril, 2017

Implementación de actividades lúdicas durante internamiento	Cantidad de personas	%
Si	60	66,7%
No	30	33,3%
Total	90	100%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 17. Distribución de usuarios, según implementación de actividades lúdicas durante su internamiento, hospital especializado clase B, Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada a un 66,7% (60 personas) les gustaría que se desarrollen actividades lúdicas y recreativas dentro del centro hospitalaria y a un 33,3% (30 personas) no les gustaría.

Tabla N 18

Distribución de usuarios, según actividades lúdicas a realizar durante su internamiento,

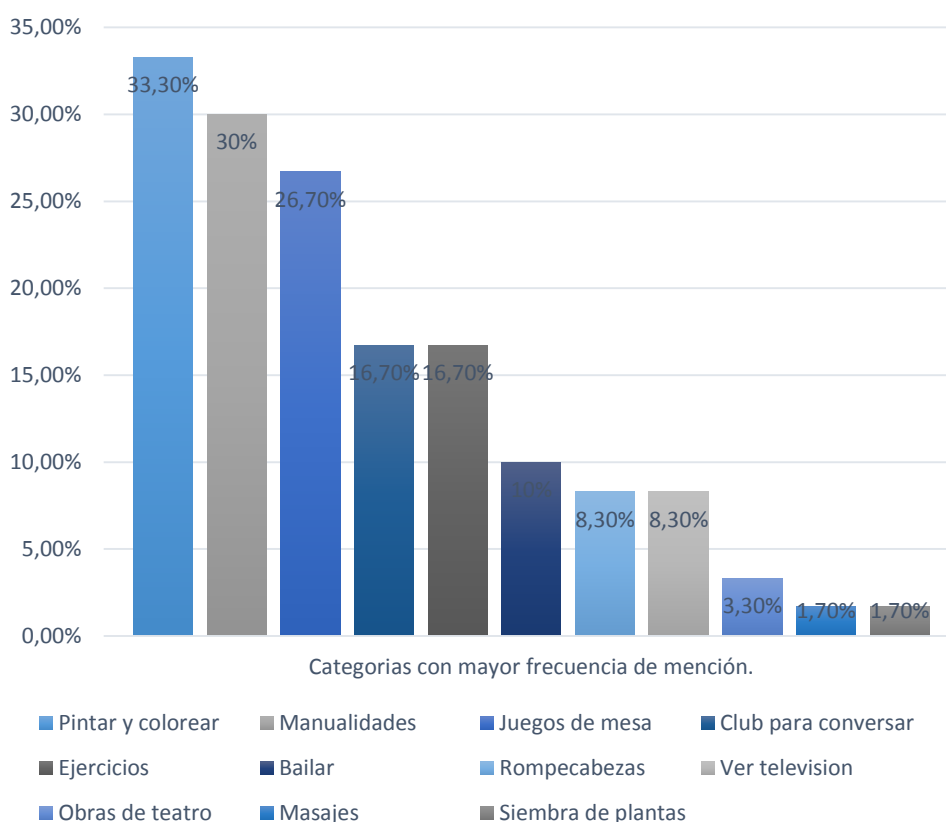
Hospital especializado clase B.

Marzo-Abril, 2017

Patrones con mayor frecuencia de mención.	Cantidad de personas	%
Pintar y colorear	20	33,3%
Manualidades	18	30%
Juegos de mesa	16	26,7%
Club para conversar	10	16,7%
Realizar ejercicios	10	16,7%
Bailar	6	10%
Ver televisión	5	8,3%
Recorte y Arme	5	8,3%
Obras de teatro	2	3,3%
Siembra de plantas	1	1,7%
Masajes	1	1,7%

Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

Figura 18. Distribución de usuarios, según actividades lúdicas a realizar durante su internamiento, Hospital especializado clase B. Marzo-Abril 2017.



Fuente: Entrevista a personas usuarias, Marzo- Abril en Hospital especializado clase B, 2017.

De acuerdo a la población encuestada, a 60 personas si les gustaría que se desarrollen actividades lúdicas y recreativas en el centro hospitalario, entre las actividades que anotaron se encuentran las siguientes: en un 33,3% (20 personas) prefieren pintar y colorear, 30% (18 personas) manualidades, 26,7% (16 personas) juegos de mesa, 16,7% (10 personas) incorporarse a un club para conversar, 16,7% (10 personas) ejercicios, 10% (6 personas) bailar, 8,3% (5 personas) rompecabezas, 8,3% (5 personas) ver televisión, 3,3% (2 personas) observar obras de teatro, 1,7% (1 persona) que le realicen masajes y un 1,7% (1 persona) sembrar plantas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

José Gonzales¹⁴, nos dice que es usual encontrar personas de 80 a 90 años, esto da lugar al nuevo concepto de longevidad extrema, la cual hace referencia a las personas de 100 o más años de edad, lo que se denota que dentro de las personas encuestadas un 38,9% se encuentran en un rango de 70-80 años y un 6,60% por encima de los 90 años. Demostrando que la longevidad en las personas adultas mayores dentro del hospital especializado clase B, va en aumento.

Mariano Sánchez ¹⁵ nos menciona que las prácticas de ocio de las personas adultas mayores son, en general, más pobres y menos frecuentes y variadas de lo que sería deseable lo que se evidencia en el 40% de la población estudiada que, efectivamente no realizan alguna actividad recreativa durante su tiempo de ocio.

Mariano Sánchez ¹⁵ indica que las actividades lúdicas y recreativas permiten que se lleve a cabo el ocio, este es un concepto complejo que se modifica de diferentes maneras y enfoques a lo largo de la historia, por lo tanto la encuesta refleja un 65,6 % de usuarios no está relacionado con este término o tiende a relacionarse con actividades de ocio sin ningún objetivo específico a favor del desarrollo funcional .

Se puede apreciar que lo que respecta a la consideración de las actividades lúdicas y recreativas para promover la alegría personal y social, es algo en lo que están de acuerdo un 82,3% (74 personas adultas mayores) destacando la importancia en lo mencionado por Mariana Sánchez ¹⁵ en donde expone las actividades lúdicas y recreativas permiten que se lleve a cabo el ocio, el cual viene definido por la percepción de libertad por parte del sujeto. Refutándose así que la concepción de actividades debe ir encaminada no como un tiempo determinado, sino más bien como una experiencia personal y por lo tanto subjetivo.

Mariano Sánchez¹⁵ afirma que lejos de que las actividades lúdicas y recreativas sean algo reservado para las personas mayores con un gran nivel de autonomía, el establecimiento de comportamientos lúdicos y recreativos es también considerado como terapéutico, tradicionalmente desarrollado en personas con importantes limitaciones funcionales. Entre estas se incluye la incapacidad de movilidad, es por esa razón que el 82,3% (74 personas) se encuentran de acuerdo con que las actividades lúdicas y recreativas contribuyen positivamente a mejorar la movilidad. Según Bellido. J, Ríos A, Et al, citado por Virginia Henderson²¹ en su meta paradigma persona, asegura que la persona tiene necesidad de movimiento y recreación.

En el hospital los encuestados son evaluados por un grupo interdisciplinario el cual por medio de actividades lúdicas y recreativas detectan sus capacidades y debilidades, de acuerdo a estas, enfermería elabora un plan de atención basado en los cuidados para mejorar la calidad de vida de la persona usuaria. Mariano Sánchez¹⁵ revela que el estudio realizado por los autores Vega & Bueno los beneficios que reportan las actividades lúdicas y recreativas a la persona adulta mayor interesan a distintas disciplinas, entre ellas la educación, la psicología, la sociología, medicina, economía y por supuesto enfermería. Es por esa razón que 85,6% (77 personas) se encuentran de acuerdo con que el profesional de salud tiene los conocimientos y capacidades para realizar actividades lúdicas y recreativas, lo anterior fundamentado por Bellido. J, Ríos A, Et al citado por Virginia Henderson²¹ quien argumenta que la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada, por lo cual enfermería debe de asumir ese rol.

Domingo Castillo²⁰ menciona que, ante el aislamiento de la persona adulta mayor, vincularla a todo aquello que ocurre en el entorno y gozar de la relación con los demás es una garantía de salud. Tomando en cuenta las redes de apoyo, la participación en actividades con propósito de la comunidad, el grado de afiliación social, la inclusión en organizaciones entre otras, se perfilan como factores fundamentales de la salud física, el bienestar psicológico y la longevidad. Esto se ve evidenciando con un 15,6% de las personas adultas mayores internadas dentro del hospital especializado clase B, tienen conocimiento de los programas que aplica el mismo, buscando por cuenta propia la afiliación social dentro de la institución.

Mariano Sánchez¹⁵ menciona que las actividades que permiten el ocio son un recurso para hacer frente a las situaciones derivadas de la vivencia de enfermedades crónicas. El ocio se convierte así en un contexto en el que las personas se aceptan por lo que son, trascendiendo su enfermedad o discapacidad. Refiriéndose en concreto a los beneficios de las actividades lúdicas y recreativas que se reportan en las personas adultas mayores dependientes, se puede decir que hay relaciones significativas entre el uso del tiempo libre y la demencia, ya que el ocio contribuye a generar una reserva cognitiva en la persona, que con el nivel de estudios y el tipo de trabajo desarrollado constituye un recurso fundamental para hacer frente a la demencia y sus síntomas. Esto es un punto importante de reforzar ya que tan solo un 18,9% afirman realizar cualquier tipo de actividad lúdica o recreativa durante su internamiento y la mayoría son actividades ejecutadas por personal externo al centro hospitalario. Estas ayudan a mejorar la capacidad cognitiva de las personas adultas mayores.

Mariano Sánchez ¹⁵ afirma que el disfrute de experiencias de actividades lúdicas y recreativas se revela como un factor de calidad de vida de primera magnitud para estimular el desarrollo personal a lo largo de la vida, cumpliendo, además, una función terapéutica en determinadas situaciones. Según Bellido. J, Ríos et al citado por la teorizante Virginia Henderson²¹ también dice que el ser humano debe satisfacer las 14 necesidades básicas que son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona, entre estas se encuentran: participar en actividades recreativas, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las múltiples investigaciones sobre beneficios del ocio justifican que se considere por parte de los profesionales en salud, como un medio a utilizar en las intervenciones dirigidas a las personas mayores.

Según lo citado por Virginia Henderson²¹ la necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas es un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos y socioculturales. Esta población se encuentra informada de la importancia que tienen las actividades lúdicas a nivel motivador evidenciado por un 90% (81 personas) se encuentran de acuerdo. La importancia de las actividades lúdicas en el mejoramiento de las habilidades motrices radica en que la población mejora de forma creativa y mediante la diversión por lo tanto no solo ayuda con una de las necesidades citadas por Virginia Henderson sino en varias.

Según la aceptación que las actividades lúdicas y recreativas mejoran el sistema fisiológico un 90% (81 personas) se encuentran de acuerdo, es decir que la mayoría de la población encuestada lo acepta sea porque lo han experimentado o se han informado acerca de sus beneficios como lo menciona Bellido. J, Ríos A, et al, citado por Virginia Henderson²¹ el ser humano debe satisfacer las 14 necesidades básicas que son indispensables para mantener su armonía e integridad, esas son necesidades fisiológicas fundamentales para tener calidad de vida.

Según las personas adultas mayores las actividades lúdicas y recreativas ayudan a la socialización, un 90% (81 personas) se encuentran de acuerdo, además de que algunos encuestados verbalizaron que la comunicación entre ellos mismos era una actividad de ocio que les gusta hacer cuando no estaban hospitalizados, la razón se fundamenta en que las relaciones interpersonales, la actividad de vida y la productiva, son acciones que generan beneficio propio, sin incluir aspectos económicos, por ejemplo: tener contacto social, el intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos. Por tanto, se deduce que el ser humano es un ser social que necesita relacionarse en cualquiera de los diferentes roles de su vida.

Se ve la necesidad de implementar horarios para la práctica de actividades lúdicas y recreativas, en la cual un 86,6 % (78 personas adultas mayores) están de acuerdo; reafirmando lo escrito por Alfonso, J. Pedro. *Et al*¹⁹ donde menciona que actualmente se nota una ausencia de programas establecidos sobre actividades lúdicas y recreativas que sean impartidas en los servicios hospitalarios de geriatría. Así, se determina que es real la necesidad de implementar en la atención actividades lúdicas y recreativas.

Con respecto a la necesidad de prevención de las enfermedades mediante actividades lúdicas la población encuestada respondió que un 84,5% (76 personas) se encuentran de acuerdo, por lo tanto se deduce que la población tiene algún tipo de conocimientos que justifican, que para mejorar el proceso de enfermedad son importantes las actividades lúdicas y recreativas, esto se evidencia en lo escrito por Mariano Sánchez¹⁵, donde la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad no está sólo referido a la ausencia, presencia o severidad de factores de riesgo, relacionados con ambiente, hábitos , genéticos o médicos.

Así, en relación a si se cree conveniente realizar actividades recreativas para mejorar la calidad de vida un 85,5% (77 personas adultas mayores) están totalmente de acuerdo. Cobrando importancia lo propuesto por José Gonzales¹⁴, que le da relevancia a las actividades lúdicas y recreativas para mejorar la calidad de vida, quedando claro los beneficios que dan las actividades lúdicas y recreativas para la salud.

Según el autor Gairín (1987) mencionado en la literatura de Mariano Sánchez¹⁵ las actitudes se forman, refuerzan o cambian mejor cuando una persona tiene seguridad en sí misma y es capaz de aceptar los cambios. Ello conduce a plantear que los programas que se plantean para la persona adulta mayor en relación con las actividades lúdicas y recreativas deben promover la percepción de autoconfianza y auto competencia.

Las personas adultas mayores se sienten en la seguridad de confirmar cuales actividades les gustaría realizar y esto reforzaría la autoconfianza que ellos tengan durante su internamiento, así como la capacidad de aceptar los retos para mejorar sus capacidades físicas y mentales, Como resultado se determina que un 66,7% (60 personas adultas mayores) se encuentran totalmente de acuerdo en que se realicen actividades lúdicas y recreativas durante su internamiento.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Se determinó que un amplio porcentaje de la población hospitalaria se encuentra consciente, orientada y con habilidad para movilizarse, por lo tanto podría participar en actividades lúdicas y recreativas.

Se evidenció que las personas antes de ingresar al hospital, realizaban algún tipo de actividad lúdica o recreativa en su tiempo de ocio; por tanto deberían seguir con estas actividades durante el internamiento, pues de lo contrario sería interferir con el proceso de envejecimiento activo, afectado su capacidad funcional.

Las personas hospitalizadas consideran que la institución sí está en capacidad de realizar actividades lúdicas y recreativas y no se evidencia la participación de enfermería en las actividades que se realizan durante la hospitalización. Lo anterior debido a que son desarrolladas por otras disciplinas, las cuales intervienen únicamente por referencia.

La mayoría de la población encuestada considera, que las actividades lúdicas fomentan la felicidad personal y social, además de contribuir en el mejoramiento del nivel motriz y fisiológico, por consiguiente se concluye que es fundamental la implementación de estas actividades dentro del hospital.

Un alto porcentaje de la población, desea que en la institución durante el tiempo de ocio se impartan actividades lúdicas y recreativas, donde el protagonista sea el profesional de enfermería y en caso necesario solicitar la colaboración de otras disciplinas, universidades mediante los trabajos comunitarios, empresas o voluntariado, entre otros.

Las actividades lúdicas y recreativas que las personas usuarias sugirieron no son difíciles de realizar, pueden llevarse a cabo dentro de la institución, promoviendo de esta forma la salud y previniendo la enfermedad.

6.2 RECOMENDACIONES

Promover la creación de un programa de enfermería mediante trabajos comunales Universitarios, Fundaciones y voluntariado para el aborde de las necesidades lúdicas y recreativas de las personas adultas mayores durante la hospitalización.

Involucrar a las personas adultas mayores en la realización de actividades lúdicas y recreativas durante el internamiento.

Facilitar la continuidad de las actividades lúdicas y recreativas que realizan las personas adultas mayores en su comunidad.

Ampliar el conocimiento de la población adulta mayor del hospital especializado clase B, del por qué las actividades lúdicas y recreativas son importantes para la felicidad personal y social e implicaciones motrices y fisiológicas.

Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de implementar actividades lúdicas y recreativas en la persona hospitalizada, en conjunto con otras disciplinas mediante programas internos.

GLOSARIO

Biopsicosociales: El prefijo “bio” alude a la vida; “psico” se vincula a la psicología (la actividad de la mente o las cuestiones del alma); “social”, por último, es aquello vinculado a la sociedad (la comunidad de individuos que comparten una cultura y que interactúan entre sí). La noción de biopsicosocial, por lo tanto, integra cuestiones biológicas, psicológicas y sociales

Comunicación: Puede realizarse desde su etimología. La palabra deriva del latín “communicare”, que significa “compartir algo, poner en común”. Por lo tanto, la comunicación es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. A través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartirla con el resto.

Convivencia: Es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armónica de grupos humanos en un mismo espacio.

Envejecimiento: Proceso fisiológico que ocasiona cambios –positivos, negativos o neutros– característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida.

Intramuros: Dentro de una ciudad o de un lugar

Longevidad: La duración de vida de un ser humano o de un organismo biológico y se utiliza con más frecuencia en referencia a la ancianidad o la edad de un ser vivo.

Lúdica: es una dimensión del desarrollo humano que fomenta el desarrollo psicosocial, la adquisición de saberes, la conformación de la personalidad, es decir encierra una gama de actividades donde se cruza el placer, el goce, la actividad creativa y el conocimiento.

Mutaciones: Es una modificación que se produce en los datos genéticos de un organismo viviente. Dicha alteración, que puede resultar hereditaria, implica una modificación de sus características.

Nematodo: Los nematodos son organismos que, por lo general, suelen vivir en el medio acuático, aunque también habitan en la superficie.

Pedagogía: La palabra pedagogía deriva del griego “paidos” que significa niños y “agein” que significa guiar por lo tanto la pedagogía es un conjunto de saberes que buscan tener impacto en el proceso educativo, en las diferentes dimensiones que se aplique.

Psicomotrices: El primero de ellos menciona la facultad de moverse que nace en la psiquis. El segundo hace referencia a integrar las funciones psíquicas y motrices, mientras que el tercero se orienta a las técnicas que permiten coordinar estas funciones Asociado a diversas facultades sensoriales motrices, emocionales y cognitivas de la persona que le permiten desempeñarse con éxito dentro de un contexto.

Valores: Son las normas de conducta y actitudes según las cuales nos comportamos y que están de acuerdo con aquello que consideramos correcto hay algunos valores fundamentales que todas las personas debemos asumir para poder convivir unos con otros y que son importantes tener siempre presentes y cumplir sin perjudicar a nadie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mejía CJ. Guía básica para organizar un campamento recreativo y formativo. *Revista educación* [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/493/491>
2. Moreira VG. El efecto de un Programa de Actividades Lúdico- Pedagógicas que favorecen el Proceso de Socialización y la Integración social de los niños y las niñas del grupo de transición de la Escuela San Rafael de Naranjo. Universidad Estatal a distancia [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1266/1/El%20efecto%20de%20un%20Programa%20de%20Actividades%20Ludico-%20Pedagogicas%20.pdf>
3. Agüero VJ. Análisis de factores asociados a la participación en actividades recreativas de la comunidad universitaria del Tecnológico de Costa Rica: una estrategia recreativa. Universidad de Costa Rica [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: http://repositoriotec.tec.ac.cr/bitstream/handle/2238/3129/actividades_recreativas_universitarias.pdf?sequence=1
4. Avendaño JJ. Promoción de los Parques Recreativos Metropolitanos de Costa Rica mediante el uso de medios tecnológicos y otros medios tradicionales. Universidad Estatal a Distancia [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1279/1/Parques%20Recreativos.pdf>
5. Morales RG. Análisis de necesidades e intereses recreativos de las personas adultas mayores del albergue San José Obrero, del cantón de Siquirres: propuesta recreativa. *Revista educación* [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]; 34(2): 20. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/491/487>
6. Saavedra CJ. Actividades lúdicas y recreativas sugeridas para desarrollarse en contextos de heladas y friaje. Ministerio de Educación [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017].

Disponible en: <http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2014/04/Gu%C3%ADa-docente-sobre-bajas-temperaturas.pdf>

7. Tzic MJ. Actividades lúdicas y su incidencia en el logro de competencias. Universidad Rafael Landívar [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Tzic-Juan.pdf>.

8. Gaii M. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]; 41(1): 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100007

9. Lizano SM. La actividad lúdica y su influencia en el hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8159/1/FCHE-CEF-316.pdf>

10. Balanta MA. Actividades Lúdicas encaminadas al fortalecimiento de la convivencia escolar en los alumnos del grado quinto de la institución educativa Técnico Comercial Villa del Sur sede Susana Vinasco de Quintana. Fundación Universitaria de Libertadores [Internet]. 2017 [citado 9 abr 2017]. Disponible en: <http://repository.libertadores.edu.co/bitstream/11371/434/1/BalantaMicoltaAdelaida.pdf>

11. Medina JH, Martínez JO, Adame L, etall. Intervenciones de Rehabilitación Temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. Volumen 289. México, IMSS, (Actualizado en el 2013; consultado el 27 de marzo 2017). Disponible en <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/651GER.pdf>

12. paho.org: Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C, 2010 actualizado en Marzo 2016, citado en 2011) Disponible en http://www.paho.org/blogs/paltex/wpcontent/uploads/2013/06/saluddelosadultosmayores_preliminares.pdf?ua

13. Prado LA, González M, Paz N, Romero K . La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Scielo 2014 (citado en Marzo 2016) (36) 6-10 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004 Base de datos
14. Gonzales MJ, editor. Geriatría. (pp. 26-44). 1er ed. México: McGraw-Hill; 2009
15. Sánchez MM, editor. Gerontología. (pp. 235-447). 1 er ed. Madrid: Pearson Education; 2006
16. Moreno Monsiváis María Guadalupe, Interrial Guzmán Mª Guadalupe. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. Index Enferm [Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 21] ; 21(4): 185-189. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>
17. Ramos GE. Prevalencia de la fragilidad en adultos mayores del municipio La Lisa. Rev Chile Med Mil [Internet]. 2016 [citado 2017 Abr 10] ; 45(1): 21-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000100003&lng=es.
18. Alfonso, J. Pedro, P. *et al.* Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2017 Abr 21]; 41(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100007&lng=es.
19. Castillo DS. Envejecimiento Exitoso. Hospital Clínico U. de Chile. Rev. Médica Clínica. CONDES - 2009; 20(2) 167 - 174]
20. JOSE BELLIDO
21. Hernández RS, Fernández Cc. Metodología de la Investigación. Volumen 4. México DF. [Internet]. Capítulo 33. P. 103-125. 2006. Disponible en:

https://competenciasg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf

ANEXOS

ACTIVIDADES LUDICAS Y RECREATIVAS DURANTE EL PROCESO HOSPITALARIO Y SU RELACION CON LA RECUPERACION DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, HOSPITAL ESPECIALIZADO CLASE B, MARZO-ABRIL 2017

INSTRUCCIONES: La presente encuesta tiene como fin recolectar información para determinar las actividades lúdicas y recreativas durante el proceso hospitalario y su relación con la recuperación de las personas usuarias. La información que usted brinde es confidencial, únicamente para efectos de investigación.

Conteste las preguntas formuladas según su apreciación, el encuestador (a) dirigirá las mismas.

A) Perfil del usuario Datos personales

Edad: ____

Género: M F

B) Actividad:

¿Asiste a algún grupo o actividad recreativa en su comunidad?

1. Si ()

2. No ()

C) ¿Conoce usted qué es una actividad lúdica?

1. Si ()

2. No ()

D) ¿Considera usted que las actividades lúdicas promueven la alegría personal y social?

1. Totalmente en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4. De acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

E) ¿Cree usted que las actividades lúdicas fortalecen la movilidad voluntaria de su cuerpo?

1. Totalmente en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4. De acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

F) ¿Piensa usted que dentro de la institución existe personal con conocimientos para impartir actividades lúdicas?

1. Totalmente en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4. De acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

G) ¿Conoce usted si en este hospital existe un programa de actividades lúdicas y recreativas?

1. Si ()

2. No ()

H) ¿Durante su internamiento ha visto que se desarrollen actividades lúdicas y recreativas?

1. Si ()

2. No ()

3. ¿Cuáles?

D) ¿Cree usted que mediante la práctica de ejercicios lúdicos se divierten las personas adultas mayores?

1. Totalmente en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4. De acuerdo

5. Totalmente de acuerdo

J) 5. ¿Considera apropiado la implementación de las actividades lúdicas para mejorar sus habilidades motrices?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

K) ¿Considera que las actividades lúdicas ayudan a mejorar el sistema fisiológico en las personas adultas mayores?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

L) ¿Cree que las actividades lúdicas contribuyen a la integración social de las personas adultas mayores?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

M) ¿Piensa que es indispensable un horario para la práctica de actividades lúdicas y recreativas en el hospital clase B especializado?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

N) ¿Considera usted que durante el envejecimiento se puedan prevenir las enfermedades mediante actividades lúdicas?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

O) ¿Cree conveniente realizar actividades recreativas y lúdicas para mejorar su calidad de vida?

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

P) ¿Durante su hospitalización le gustaría que se implementaran actividades lúdicas y recreativas?

1. Si ()

2. No ()

¿Cuáles? _____
