

## EL OCIO TERAPÉUTICO

MARTA MORALES  
IDOYA BRAVO

### EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL

Cuando hablamos de ocio todos somos capaces de enumerar diferentes actividades que realizadas con mayor o menor frecuencia presentan características intrínsecamente lúdicas y de satisfacción personal para el que las practica: montar en bicicleta, pasear, pintar... A pesar de su cotidianeidad y probablemente por su carácter no lucrativo, raras veces les otorgamos la importancia que tienen; normalmente al hablar de nuestros quehaceres diarios nos referimos a hechos más o menos importantes, traumáticos o positivos referidos a asuntos laborales, del cuidado de la familia u otras obligaciones. Esta infravaloración de las actividades de ocio no deja de ser un hecho curioso, ya que las elegimos en función de nuestros deseos, expectativas e inclinaciones y es a través de ellas como más nos definimos como personas.

La importancia de las experiencias vitales positivas se ha puesto de relieve en diversas investigaciones sobre el estrés (Kanner et al. 1981); llegando a la conclusión de que si bien son los acontecimientos vitales estresantes y los pequeños inconvenientes diarios los que generan este trastorno, la cantidad e intensidad de las experiencias y sentimientos positivos se convierten en factores de protección que mitigan los efectos negativos de éstos.

Aunque definir el fenómeno del ocio es una tarea compleja, una definición completa de éste término debe incluir tres aspectos característicos:

1. Libertad de elección y voluntariedad. La persona tiene libertad para decidir que quiere hacer y puede elegir entre varias opciones.
2. Vivencia placentera y satisfacción. Una actividad de ocio debe ser vivida con placer. Es por ello que la consideración de las actividades de ocio varía mucho de unas personas a otras.
3. Deseable por sí mismo (autoletismo) y con carácter final, no en función de lo que produce.

Desde el Instituto de Estudios del Ocio en la Universidad de Deusto, S. Gorbeña define ocio como *“vivencia subjetiva caracterizada fundamentalmente por la libertad percibida y por tanto por la voluntariedad; por la motivación o refuerzo intrínseco y por tanto por ser de carácter final y no instrumental, y por el disfrute o satisfacción que comporta.”*

Un elemento clave para entender esta definición es realizar una adecuada conceptualización del tiempo, como la que propone Jaume Trilla (cuadro1). Cabe diferenciar el término ocio del de tiempo libre, tiempo que queda tras satisfacer nuestras obligaciones. Son conceptos distintos, en el caso del tiempo libre, si es mal empleado puede generar tedio e insatisfacción, circunstancias que no pueden incurrir en las actividades de ocio que por definición son actividades significativas.

Hay que tener en cuenta que este esquema varía conforme avanza el ciclo vital. En los niños, por ejemplo el juego ocupa la mayor parte del día siendo un elemento fundamental para su desarrollo físico y psicológico. Conforme avanza la edad, aumentan las obligaciones y disminuye por tanto el tiempo disponible. Por último, tras la jubilación, el tiempo que se dedicaba al trabajo queda libre para ser ocupado de forma autónoma por el sujeto. Como veremos más adelante, la falta de capacidades para reorganizarlo puede provocar diversos desajustes susceptibles de intervención desde Terapia Ocupacional.

Por otro lado, para intentar acotar este fenómeno del ocio, se han propuesto diferentes clasificaciones. Estas no son concluyentes, pues varían dependiendo de la sociedad y el momento histórico, pero nos ayudan a tener una visión global del mismo (cuadro 2).

Según el autor inglés Ian Henry (*The politics of leisure policy*, 2001), la idea de ocio es definida por tres variables fundamentales: tiempo, actividad y experiencia subjetiva. Se define por tanto en términos de tiempo residual o por su función (tradicionalmente en oposición al trabajo), en términos de contenido (actividades de ocio), o como “*un estado ideal de la mente*”.

En la primera identificación del ocio con la idea de tiempo, se establece una relación dialéctica con la idea de tiempo de trabajo, se ve como tiempo compensatorio y complementario, vinculándose de modo constante a la negación del trabajo, pero el ocio es un fenómeno mucho más complejo que el mero no trabajo. Evoluciona con el tiempo.

Existe una segunda corriente de pensamiento que interpreta el concepto ocio en relación con un conjunto de actividades, experiencia más perceptible del ocio para la mayoría de los ciudadanos. La actividad es la realidad tangible en la que se manifiesta.

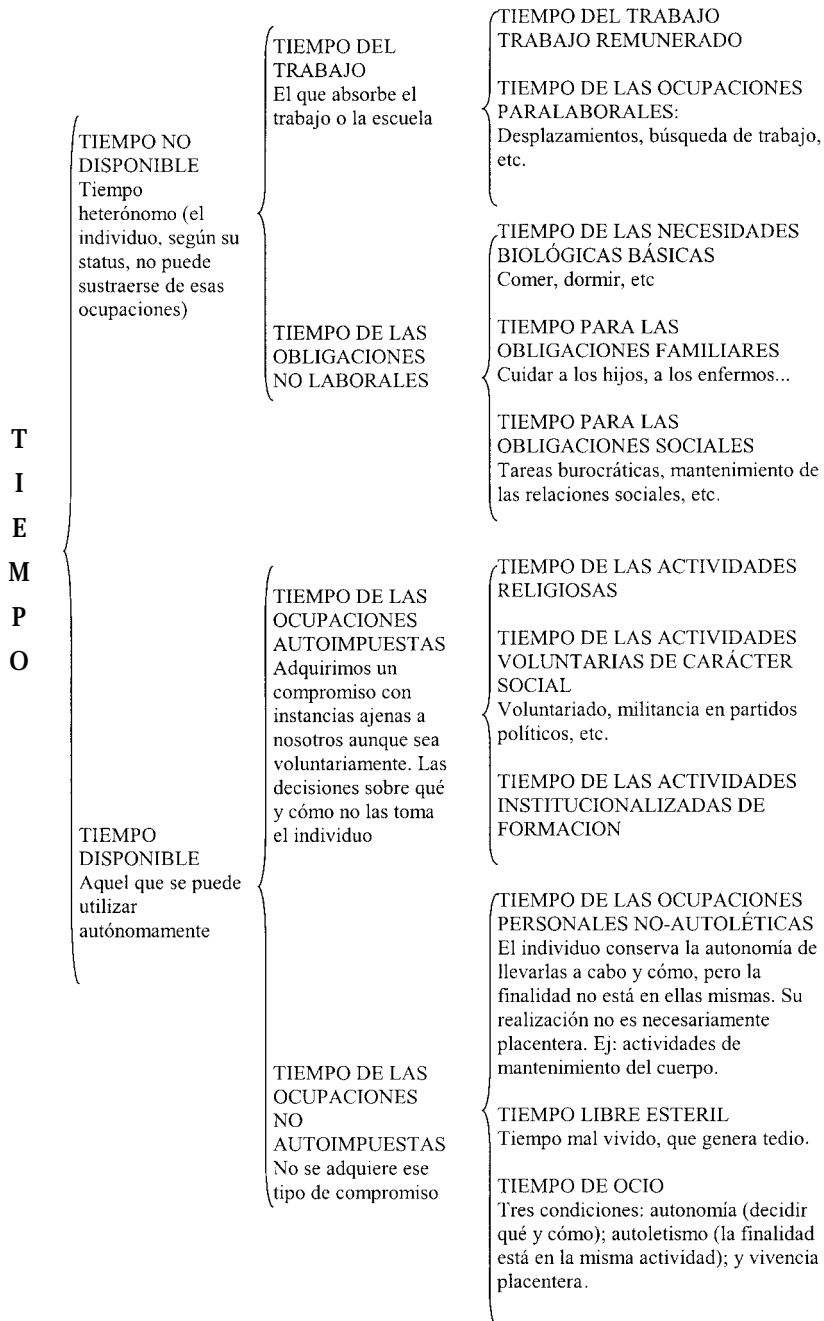
La tercera interpretación define ocio como experiencia subjetiva de libertad, entendido de modo positivo, impregnado de idealismo.

Una interpretación relacional de ocio, que integre las tres corrientes la ofrece Max Kaplan<sup>1</sup> al afirmar que “*consiste en una relativamente autodeterminada experiencia y actividad, que participa de la dimensión económica del tiempo libre, que es percibido como ocio por quien lo usa, que es placentero psicológicamente, que potencialmente cubre toda serie de*

---

1. *The Arts: a social perspective*, 1990.

**Cuadro 1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE TIEMPO LIBRE Y OCIO**



*compromisos, que contiene normas y limitaciones características y que posibilita oportunidades para la recreación, el crecimiento personal y el servicio a los demás”.*

El uso sistemático del ocio como herramienta de terapia comenzó en la década de los cincuenta en Estados Unidos. La decadencia que asolaba los núcleos urbanos y las consecuencias de la II Guerra Mundial favorecieron la aparición de programas de ocio para luchar contra los problemas físicos y psicológicos. Se demostró por vez primera que el ocio contribuye positivamente a la mejora del estado de ánimo y a la recuperación física. De este proceso surgió el concepto de Ocio Terapéutico.

El profesor Gerald O'Morrow de la Universidad de Radford, define el Ocio Terapéutico como *“un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellos individuos con problemas o necesidades especiales. El foco del proceso reside en la utilización de experiencias de ocio para: a) fomentar el crecimiento y el desarrollo del individuo y b) capacitar a la persona para asumir la propia responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio.”*

El desarrollo de esta disciplina se caracterizó por la urgencia de la práctica que relegó a un segundo plano los aspectos teóricos. Fruto de esta diferencia de ritmos, surgieron de forma paralela dentro del Ocio Terapéutico dos líneas de pensamiento:

- Una se apoya en el carácter beneficioso que forma parte de la naturaleza intrínseca del ocio. Concibe el Ocio Terapéutico como un proceso que utiliza los servicios de ocio para promover cambios deseables en el aspecto físico, emocional o social de la conducta del individuo y favorecer su desarrollo personal. Esta definición ha sido criticada por su ambigüedad ya que este objetivo no es exclusivo del Ocio Terapéutico, sino que constituye, o debe constituir una de las principales preocupaciones de cualquier programa de ocio.
- La otra línea de pensamiento, con una fuerte influencia del ámbito clínico, se basa en que los programas de ocio comunitarios generales no resultan adecuados para personas con necesidades especiales. Sin embargo, estas personas tienen, al margen de sus problemas, derecho a disfrutar de su ocio para lo cual son necesarias adaptaciones que lo hagan factible. La National Therapeutic Recreation Society (NTRS) define en el Ocio Terapéutico basándose en su dimensión y aplicación clínica como *“un proceso cuyo objetivo es facilitar y mantener el desarrollo y la expresión de un apropiado estilo de ocio para las personas con limitaciones de tipo físico, mental, emocional o social a través de programas y servicios llevados a cabo por profesionales que intentan eliminar barreras para el ocio y optimizar los recursos del individuo para obtener el máximo beneficio de las experiencias de ocio.”*

Cuadro 2. DIMENSIONES DEL FENÓMENO OCIO

<b>DIMENSIONES</b>	<b>PROCESOS PERSONALES Y SOCIALES</b>	<b>ACTIVIDADES PROTOTÍPICAS</b>
<b>CREATIVA</b>	Desarrollo personal Autoafirmación Introspección Reflexión	<i>Artes</i> <i>Turismo alternativo</i> <i>Nuevos deportes</i> <i>Deportes de aventura</i> <i>Hobbies</i>
<b>LÚDICA</b>	Descanso Diversión	<i>Juego</i> <i>Práctica cultural</i> <i>Turismo tradicional</i> <i>Práctica deportiva</i> <i>Paseos</i> <i>Tertulia</i>
<b>FESTIVA</b>	Autoafirmación colectiva Heterodescubrimiento Apertura a los demás Socialización Ruptura de cotidianidad Sentido de pertenencia	<i>Fiesta</i> <i>Patrimonio</i> <i>Folklore</i> <i>Turismo cultural</i> <i>Deporte espectáculo</i> <i>Eventos</i> <i>Parques temáticos</i> <i>Parques de atracciones</i>
<b>ECOLÓGICA</b>	Vinculación al espacio Capacidad de admiración Contemplación	<i>Recreación al aire libre</i> <i>Turismo urbano</i> <i>Arte en la calle</i> <i>Turismo rural</i> <i>Ecoturismo</i> <i>Deporte al aire libre</i>
<b>SOLIDARIA</b>	Vivencia del otro Participación asociativa Gratuidad Voluntariedad	<i>Ocio comunitario</i> <i>Animación sociocultural</i> <i>Animación turística</i> <i>Turismo social</i> <i>Deporte para todos</i> <i>Asociacionismo</i> <i>Educación del tiempo libre</i>
<b>PRODUCTIVA</b>	Bienestar Utilidad Profesionalización	<i>Industrias culturales</i> <i>Sector del turismo</i> <i>Deporte profesional</i> <i>Establecimientos recreativos</i> <i>Actividades del juego y apuestas</i> <i>Servicios ocio-salud</i> <i>Bienes de equipo y consumo</i>
<b>PREVENTIVA</b>	Prevención Precaución	<i>Ocio preventivo</i> <i>Educación para la Salud</i> <i>Programas preventivos</i>
<b>TERAPÉUTICA</b>	Recuperación Calidad de vida	<i>Ocio terapéutico</i> <i>Ocio y Salud</i>
<b>NOCIVA</b>	Prácticas abusivas Dependencia exógena	<i>Ociopatías</i> <i>Ludopatías</i>

Fuente: Roberto San Salvador del Valle

Uno de los principales aspectos que diferencia el Ocio Terapéutico del ocio en sentido amplio es la población a la que se dirige el primero, personas con necesidades especiales. Las dificultades que experimentan estos individuos afectan también al ámbito del ocio, el cual se ve limitado en sus formas y alternativas.

Otro rasgo que caracteriza al Ocio Terapéutico diferenciándolo del ocio general es que, mientras el ocio en sentido amplio debe considerarse como un fin en sí mismo, el Ocio Terapéutico deja de ser fin para convertirse en medio, es decir, en un instrumento de trabajo que nos permite alcanzar un objetivo previamente establecido. Habitualmente se utiliza para superar o mejorar un problema o situación que afecta negativamente al ocio de esa persona (superar una adicción, recuperarse de algún trastorno físico o psicológico...).

El principal error de esta corriente que concibe el ocio como terapia dirigido a personas con discapacidad, ha sido asumir que éstas ven transformada la necesidad de ocio que todos tenemos, en una necesidad de ocio terapéutico que les ayude a superar su problema. Estos programas, al estar dirigidos principalmente a este colectivo, han favorecido, involuntariamente, la consolidación de estereotipos en lugar de favorecer la integración. Las tendencias más actuales de esta rama intentan avanzar, evitando estos efectos negativos.

El punto de encuentro entre ambas teorías podría pasar por crear recursos de ocio pensados para todos, de modo que las personas con discapacidad puedan acceder a experiencias de ocio normalizadas. Para que ello sea posible, los servicios de ocio comunitarios deberían tener en cuenta según O' Morrow los siguientes principios:

1. Las personas tienen el derecho a un ocio que sea personalmente satisfactorio.
2. La esencia del ocio es la libertad: libertad de escoger entre una variedad de opciones y experiencias.
3. Las experiencias de ocio difieren entre los individuos; por ello, se deberían diseñar los programas para abarcar diferentes necesidades, intereses y habilidades.
4. Las personas tienen el derecho a acceder a entornos de ocio de calidad.
5. Las oportunidades de ocio se deberían ofrecer de manera consistente a todos los participantes posibles sin discriminación de sexo, religión, edad, nivel socioeconómico y habilidad física o mental

## **ENVEJECIMIENTO: TRANSICIÓN DE ROLES Y ACTIVIDAD**

Dado a la tendencia al envejecimiento demográfico iniciado durante el siglo pasado y acusado en este, varias son las teorías que algunos autores desarrollaron para dar explicación a dicho fenómeno. Ninguna es universal, ni aclara de manera comprensible la variedad de dimensiones del proceso de envejecimiento en la sociedad. Estas teorías tienden a ser descriptivas, pero nos dan la oportunidad de ver la importancia adquirida del fenómeno del ocio, entendido como hasta ahora, y algunas de sus características una vez alcanzada la tercera edad.

- Teoría de la Desvinculación: las personas mayores están en disposición de separarse de la sociedad por declinación inevitable de sus habilidades, liberándole de las posiciones previamente ocupadas. Esta separación es necesaria para que las instituciones sobrevivan y para que las personas jóvenes tengan lugar en la sociedad. A la persona mayor le supone un aumento de la autonomía y del tiempo del ocio.
- Teoría del Ciclo de vida: parte del reconocimiento de que el envejecimiento es un proceso de evolución que se inicia desde el nacimiento y continúa hasta la muerte, no puede reducirse a lo ideológico y a lo social-histórico sino que debe estudiarse la interacción entre ambas dimensiones. La base del ciclo vital se resume en cinco supuestos:
  1. A lo largo de la vida existe un balance entre crecimiento (ganancias) y declive (pérdidas). Pese a que durante los primeros años acontece en mayor medida el crecimiento y durante la vejez pase lo contrario, a lo largo de todo el ciclo de vida se experimentan ambos fenómenos.
  2. Existen funciones psicológicas que disminuyen con la edad como la inteligencia mecánica o fluida y otras que no declinan, como la inteligencia pragmática.
  3. A través del ciclo vital se incrementa la variabilidad interindividual y las personas son cada vez más diferentes entre sí.
  4. Existe capacidad de reserva a lo largo del ciclo de vida. Esta capacidad se expresa a través de la capacidad de compensar el declive mediante entrenamientos externos.
  5. La variedad existente entre las personas mayores se plasma de tres formas de envejecer (normal, patológica y con éxito). El envejecimiento con éxito se consigue mediante mecanismos de selección, optimización y compensación.
- Teoría de la Actividad: sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable. Las personas que se mantienen activas estarán más satisfechas con sus vidas y mejor adaptadas a su ambiente social. Los tipos de actividad se agrupan en : formales (participación en O.N.G.), informales (interacción social con familiares, amigos, vecinos) o solitaria (leer, ver la televisión...).
- Teoría de la Competencia: Ejecución exitosa de las funciones sociales, capacidad adaptación, dominio y control interno. Basada en el síndrome del fracaso social que, se refiere al proceso mediante el cual los individuos psicológicamente vulnerables, reciben mensajes negativos de su ambiente, los cuales son incorporados a su propia imagen. En las personas mayores este proceso comienza cuando se encuentran en una situación de vulnerabilidad por la pérdida de las funciones sociales (roles). Continúa una segunda fase cuando la persona se señala y evalúa como dependiente y ésta considera la evaluación como negativa. Esta evaluación se fundamenta en una ética dominante de valía personal adscrita únicamente al utilidad socio-económica prevalente en la sociedad. Para romper este

proceso negativo se propone la “reconstrucción social” que consiste en la creación de servicios sociales que den respuesta a las necesidades de las personas mayores, entre ellas la autonomía y la participación. Por tanto se hace necesaria una acción social que mejore los apoyos sociales y que a la vez den fuerza a de tres manera:

1. Liberando a las personas mayores de una percepción inadecuada de su edad y educando a la sociedad en general.
  2. Aumentando la capacidad de adaptación de las personas mayores proporcionando los servicios sociales que necesitan para ayudarles a enfrentarse con su vida y eliminar las condiciones ambientales debilitantes, es decir: salud pobre, pobreza y vivienda inadecuada.
  3. Dar apoyo a las personas mayores para que tengan más control de su propia vida.
- Teoría de la Continuidad: las personas ancianas son iguales y tienen las mismas necesidades psicológicas y sociológicas que en la edad mediana. La vejez no implica un cambio drástico en la vida sino una extensión de las etapas anteriores: patrones de pensamiento, perfil de actividades y relaciones sociales. Esta teoría explica que la disminución en la realización de las diferentes actividades tiene que ver con la salud empobrecida o con minusvalías adquiridas y no con una necesidad funcional de desvincularse.

Por tanto, el envejecimiento no se observa como un estado inmutable sino como un proceso complejo y dinámico que varía en función de tres fenómenos diferentes: la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad psicológica para la adaptación y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales. Cada una de estas capacidades deviene en una edad y envejecimiento diferentes: biológicos, psicológicos y sociales.

Los tipos de envejecimiento están directamente influidos por los juicios y expectativas de valor individual y por las normas culturales que la sociedad plantea, muestra de ello es que los roles por edad y las expectativas asociadas con un comportamiento apropiado difieren entre culturas y épocas. Por tanto, el envejecimiento es más un designio sociopolítico que una transformación biológica.

Es en los procesos de envejecimiento sociológico y psicológico donde se producen los desafíos más importantes. En nuestro caso, la sociedad promueve estereotipos importantes y actitudes negativas que hacen envejecer de forma prematura e injusta a los individuos mediante las restricciones de roles. El problema de estas restricciones es más complejo por el hecho de que ocurre en una época de la vida en la que experimentan menos oportunidades de participar en muchos de los roles más significativos, debido a las diferentes crisis corporales, sociales... que deben afrontar. De todas, quizás la más significativa sea la jubilación obligatoria (restricción del rol productivo). Investigaciones en esta área revelan que existen dos variables básicas para conservar una moral elevada y un sentimiento de satisfacción en la vida al llegar este momento: salud y



actividad significativa (ocupación), por tanto la planificación para las jubilaciones satisfactorias se asocia directamente con la independencia funcional, objetivo principal de la terapia ocupacional.

Esto depende en gran medida de la habilidad para compensar y encontrar formas para aumentar la actividad en otras áreas, cuando se abandonan los roles existentes hasta el momento. El retiro forzado y alejamiento del trabajo profesional contribuye a la necesidad de adopción de un nuevo rol, distintas expectativas de comportamiento, modificación del curso cotidiano de la vida, reestructuración del campo social y de los contactos familiares, modificaciones de la economía personal y desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre (paso del área de ocupación humana de la productividad a la del ocio).

La revalorización del ocio cobra en la vejez una gran importancia, ya que es la época de la vida en la que uno puede y debe dedicar más tiempo a sus ocupaciones favoritas y a sus hobbies. Normalmente, cuando el anciano logra organizar su tiempo libre con actividades que le agradan, se adapta mejor al envejecimiento y se siente más seguro de sí mismo, satisfecho y feliz; percibe la vida como un todo, con calidad, aceptando sus propias modificaciones a lo largo de ella (senectud). Una mala adaptación supone, por el contrario, reaccionar con pena e incluso con terror ante los cambios personales sin conseguir un sentimiento completo de ciclo vital. Le llevará a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad.

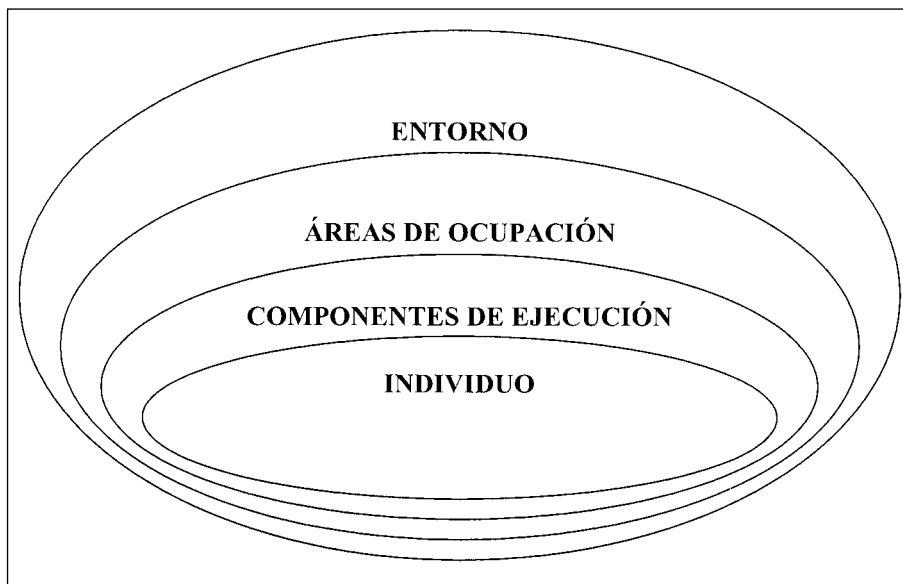
Los mayores tienen muchas posibilidades de alcanzar una experiencia de ocio significativa pero a menudo carecen de las habilidades y destrezas para desarrollarla, una educación basada en la ética del trabajo no les ha permitido desarrollar recursos personales para llevar a cabo esta tarea.

## **FUNDAMENTOS Y EVOLUCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y OCIO EN TERCERA EDAD**

Los fundamentos de la terapia ocupacional son básicamente dos. En primer lugar, la concepción del humano desde un punto de vista holista, frente al reduccionismo. El individuo se entiende como ente global, es decir, como un ser complejo y único. Es por ello que a la hora de la planificación de un tratamiento de terapia ocupacional no podremos aislar lo funcional del resto de realidades que conforman a la persona que vamos a tratar, en un entorno con el interactúa (cuadro 3).

En segundo lugar, la terapia ocupacional se basa firmemente en la idea de que el hombre, también el anciano, es un ser creativo cuyo desarrollo está influido por la utilización de actividad con propósito: ocupación. Decir que la ocupación es una actividad humana importante no significa que sea más importante que otras áreas de comportamiento humano, indica que la ocupación habitualmente abarca la mayor parte del tiempo. La mayoría de las horas de vigilia se emplean en juego, cuidados personales y trabajo (cuadro 4), áreas que la Terapia Ocupacional reconoce como áreas de ocupación: autocuidado, productividad y ocio/tiempo libre.

Cuadro 3



Cuadro 4. AREAS DE OCUPACIÓN

<b>A. DE AUTOCUIDADO</b>	<b>A. DE PRODUCTIVIDAD</b>	<b>A. DE OCIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alimentación</li> <li>• vestido</li> <li>• higiene</li> <li>• arreglo personal</li> <li>• traslado</li> <li>• manipulación de objetos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• escuela</li> <li>• manejo del hogar y la familia</li> <li>• empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• juegos</li> <li>• deportes</li> <li>• pasatiempos</li> <li>• actividades sociales</li> </ul>

En Terapia Ocupacional defendemos el carácter terapéutico de las actividades, dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana y por tanto, su ausencia o interrupción (independientemente de cualquier otro problema médico o social) es una amenaza para dicha adaptación, para la salud. Por otro lado, cuando la enfermedad, el trauma o las condiciones sociales han afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo para reorganizar el comportamiento.

Así pues, la intervención del terapeuta ocupacional está orientada a:

- Potenciar al máximo la independencia y funcionalidad en las áreas de ocupación.
- Desarrollar las capacidades residuales y lograr la compensación de las funciones perdidas.
- Suplir déficit funcionales irrecuperables (ayudas técnicas, órtesis, prótesis).
- Lograr la integración de la persona en el medio (eliminación de barreras, adaptación del entorno).

Desde que el Tratamiento Moral desarrollado por Philippe Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801), William y Samuel Tuke (*Description of the retreat*, 1813) se constituyó como uno de los fundamentos de la Terapia ocupacional, basándose en el uso de métodos naturales, ejercicio físico y ocupaciones manuales para mejorar enfermedades mentales, el uso de actividades de ocio en terapia ocupacional ha evolucionado paralelamente con la disciplina. Adolf Meyer, psiquiatra de finales del XIX, principios del XX, creía que los ritmos cotidianos (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio, conseguido por el hacer y la práctica habitual. El desarrollo sistemático de intereses y del tiempo era una parte fundamental de la terapia. Pronto transformó sus tratamientos en una mezcla de placer y trabajo, actividades de productividad y ocio. Aunque cada uno de los autores trabajase desde un marco de referencia diferente, ninguno duda de la importancia de las actividades de ocio y tiempo libre, donde se ponen de manifiesto habilidades y limitaciones relacionadas con el nivel de funcionalidad y calidad de vida de la persona en un contexto sociocultural; sobre todo en la tercera edad si se tiene en cuenta que son el pilar, junto con actividades de autocuidado, de la ocupación de los ancianos.

Reed y Sanderson, en su Modelo de Adaptación a través de la Ocupación (1984), consideran las áreas de ocupación como un sistema interrelacionado dentro de un entorno sociocultural en el que el aprendizaje y la adaptación son fundamentales para el desempeño de los roles que se van sucediendo en el individuo a lo largo de su vida, para lo que resulta imprescindible un adecuado mantenimiento de los componentes de ejecución (capacidades necesarias que debe presentar el sujeto): motor, sensorial, cognitivo, psicológico y social. Desde este marco, salud es igual a equilibrio entre las tres áreas, se entiende salud como funcionamiento de las estructuras y funciones corporales, capacidad para desarrollar actividades y posibilidad de participación social del ser humano. Si algo fallara en cualquiera de los componentes, lo haría en alguna de las áreas, incluida el área del ocio y por tanto se produciría una situación de desadaptación y de disminución o pérdida de salud: deficiencias del organismo, alteraciones en el desempeño de actividades, restricciones en la participación social. Gary Kielhofner, desde su Modelo de la Ocupación Humana, incluso afirma que la diversión (ocio) es parte esencial del mantenimiento de la sociedad.

## **PROGRAMA DE OCIO EN TERAPIA OCUPACIONAL: MÉTODO DE INTERVENCIÓN**

En un programa de educación del ocio u Ocio Terapéutico se han de trabajar las habilidades a través de actividades pero también se han de desarrollar algunas cuyo fin sea la misma actividad, para evaluar a la persona en un medio lo más natural posible, en el que ponga en práctica las habilidades trabajadas con la mayor autonomía. Se trata de una propuesta motivacional, debe promover oportunidades de aprendizaje para los ancianos, aumentando sus habilidades para influir en el medio, aumentando los sentimientos de autosuficiencia y autoestima que permiten un desarrollo óptimo, individual y social.

Las actividades que el anciano puede realizar son muy variadas y dependen de su personalidad y experiencia previa. Sin embargo, hay que señalar que más importante que la actividad en sí, es el significado que le da el individuo que la realiza. La actividad de ocio en tercera edad debe tener tres finalidades: un fin funcional (potenciando, manteniendo o rehabilitando capacidades), la socialización (aumentando las interacciones sociales) y la calidad de vida (tarea de ocio en sí misma).

Para que la actividad resulte terapéutica, se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- Debe ser familiar para el anciano, relacionada con sus valores, intereses y necesidades.
- Debe seleccionarse basándose en los conocimientos de terapeuta y dirigidas a una meta.
- Debe ser de ejecución simple y rápida.
- Debe ser adaptable y graduable.
- Debe facilitar la integración en el medio social y familiar.

En el momento de la selección de la actividad contemplaremos:

- ¿Cómo? Proceso de realización y factores que intervienen.
- ¿Qué? En relación a las necesidades, valores, roles... del usuario anciano
- ¿Por qué? Basándonos en los marcos de referencia, fundamentos del tratamiento.
- ¿Dónde? Respecto a este criterio, el terapeuta a veces puede verse limitado.
- ¿Cuándo? A lo largo del día, del mes, del año...

Las respuestas a estas preguntas se consiguen mediante el análisis de la actividad, de su estructura y de los componentes de ejecución. El terapeuta ocupacional puede utilizar cualquier actividad como medio siempre y cuando esta sea analizada previamente, el análisis es parte fundamental y distintiva de su trabajo. Trabajaré el ocio como cualquier otra área, a través de un programa en el que se realice una evaluación, se propongan objetivos con el paciente, se

describan actividades encuadradas en un tiempo con una metodología específica y finalmente se evalúe el grado de consecución de los objetivos así como el planteamiento del programa.

La valoración en geriatría debe ser un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales. Aunque la labor del terapeuta ocupacional se centre en la valoración funcional, deberá tener siempre presente la información recogida por el resto del equipo. Su resultado nos permitirá: identificar los diferentes problemas, determinar si un individuo es susceptible de tratamiento de terapia ocupacional, establecer pronósticos, valorar la evolución y prever la ubicación al alta.

Las fuentes principales para obtener información pueden ser directas (entrevista, observación, actividades diagnóstico-terapéuticas, escalas e índices) o indirectas (la solicitud de tratamiento de terapia ocupacional, informes de otros profesionales, entrevistas familiares y registros de huella).

Durante la planificación será de vital importancia para un tratamiento exitoso la participación activa del usuario. La motivación del cliente se ciñe al compromiso de la tarea, si no está motivado no participará terapéuticamente de la actividad. Por tanto, la colaboración inicial en la investigación de las actividades que son intrínsecamente significativas para él, durante el proceso de valoración, es un factor decisivo. Existen herramientas diseñadas específicamente para ello (cuadro 5).

#### Instrucciones:

- El terapeuta debe identificar con la lista de las distintas categorías las actividades del paciente que le divierten o le han divertido en el pasado.
- El paciente debería identificar el nivel de interés ( alto, medio o bajo) para cada ocupación. Un alto interés significa que a una persona le gustará o hará la actividad dentro de su horario diario o semanal. Un interés medio significa que al sujeto le divierte la actividad y podría desempeñarla cuando él o ella tenga tiempo. Un bajo interés significa que no tiene interés o realizará la actividad ocasionalmente, como una o dos veces al año.
- El terapeuta y el paciente juntos deben identificar una meta para participar en las actividades lúdicas, la meta debería incluir un tipo específico de actividad y la cantidad de tiempo en el que se realizará semanalmente.

Cuadro 5. INVENTARIO DE INTERESES OCUPACIONALES DE OCIO (LOII)

Categoría y ejemplo específico de actividad	Grado de interés			Meta, incluyendo: Actividad específica, Tiempo dedicado
	Alto	Medio	Bajo	
<b>Jardinería/Horticultura:</b> Trabajar en el jardín Plantas Identificar plantas Recoger flores				
<b>Espectáculos:</b> Teatro Cine Ver deportes				
<b>Deportes:</b> Realizar deportes competitivos Realizar deportes no competitivos Gimnasia de mantenimiento Aeróbic Artes marciales Yoga/relajación Bailes de salón Caminar				
<b>Música:</b> Escuchar música Conciertos Tocar un instrumento				
<b>Informática:</b> Juegos interactivos Navegar por internet Tratador de textos Análisis de datos				
<b>Lectura:</b> Libros Revistas Periódicos				

<b>Actividades creativas, artes y manualidades:</b> Poesía Narración de cuentos Prosa Carpintería Cerámica Pintura al óleo Dibujo Costura Macramé Estaño Medias de seda Reparación de objetos, etc.				
<b>Actividades sociales:</b> Ser miembro de un club, organización , etc.				
<b>Cuidado de animales</b>				
<b>Juegos de mesa:</b> Cartas Damas Ajedrez Parchís Bingo/Lotería Rompecabezas Actividades culturales: Visitar museos Visitar instituciones Ver exposiciones, etc.				
<b>Colección de objetos</b>				
<b>Autocuidados</b>				
<b>Voluntariado</b>				
<b>Compras</b>				
<b>Actividad culinaria</b>				

Fuente: Stein y Cutler, *Terapia Ocupacional psicossocial: una aproximación holística*, 1997.

**INVENTARIO DE INTERESES DE OCUPACIONES DE OCIO (LOII)**

(Continuación)

Listado de intereses:

Nombre:

Fecha:

1: no me interesa; 2: a veces; 3: muy interesado; 4: se ha hecho en los últimos 3 meses.

Actividad				Actividad				Observaciones
Manualidades				Mecánica coche				
Natación				Flauta				
Fútbol				Mecánica motos				
Bolos				Modalismo				
Pintura				Dominó				
Gimnasia				Ajedrez				
Voleibol				Damas				
Acampadas				Marquetería				
Tenis				Conducir				
Paseos				Consola				
Baloncesto				Bisutería				
Coser				Cocinar				
Escribir				Trabajos de cuero				
Bordar				Informática				
Jugar a las cartas				Internet				
Rompecabezas				Decoración				
Ganchillo				Comprar				
Bicicleta				Peluquería				
Jardinería				Clubes sociales				
Ping-pong				Vacaciones				
Pasatiempos				Visitas				
Idiomas				Viajar				
Voluntariado				Fiestas				
Correr				Conversar				
Leer				Bailar				
Estudiar				Cine				
Historia				Teatro				
Ciencia				Fotografía				
Política				Televisión				
Matemática				Pintar				
Religión				Cerámica				
Radio				Mosaicos				
Música clásica				Coleccionar				
Música popular				Mascotas				
Cantar				Conciertos				
Tocar la guitarra				Danza				
Piano				Otros				

Fuente: Stein y Cutler, *Terapia Ocupacional psicossocial: una aproximación holística*, 1997.



Los objetivos de tratamiento se determinan durante la planificación. Son el blanco que el paciente espera alcanzar por medio de su trabajo en el departamento de terapia ocupacional. La labor del terapeuta ocupacional se basa en poder utilizar y modificar los diferentes espacios y relaciones para hacer realidad esta consecución. Los objetivos deberán expresarse lo más concretamente posible, ser razonables e individualizados y organizarse a corto y largo plazo con tal de poder facilitar la evolución y logros del tratamiento y poder modificarlo en caso de ser necesario.

Los objetivos generales de un programa de terapia ocupacional en el área de ocio son:

- Evaluar el área del ocio y las capacidades físicas, psíquicas y sociales.
- Fomentar o impulsar la motivación a realizar actividades de ocio, incorporándolas en su rutina.
- Facilitar el encuentro o la recuperación de intereses o deseos para realizar actividades y estar en contacto con el medio externo.
- Reforzar los sentimientos, sensaciones y capacidades positivas que hayan surgido a través de la actividad.
- Aprender a planificar y disfrutar del tiempo libre. Conocer los distintos recursos a su alcance e información de actividades de ocio (saber utilizarlos).
- Propiciar el autoconocimiento y la autorrealización.
- Favorecer la independencia funcional.
- Favorecer conductas saludables hacia la mejora de la calidad de vida.
- Fomentar las relaciones sociales.

Otros factores que deben quedar determinados en este momento del proceso son los entornos humanos y no humanos, el carácter individual o grupal, aspectos temporales...

Los factores ambientales desempeñan un papel clave en la determinación del compromiso de actividades seleccionadas. Por ejemplo, la persona cuya silla de ruedas no pasa a través de la puerta de entrada es incapaz de comprar en una tienda de ropa común.

El ambiente humano se define desde terapia ocupacional como individuos y grupos. También lo conforman las variables que comprenden la identidad de una persona: destrezas, estado biofísico, formación psicológica, ideas religiosas y políticas, posición económica y lenguaje. Lo denominado ambiente social y ambiente cultural. Los valores culturales sugieren la prevalencia de algunas actividades a expensas de otras. Por ejemplo, en algunas culturas se espera que los hombres realicen el trabajo duro pero no que cocinen o cosan; en otros ámbitos, los hombres son los más importantes cocineros y sastres.

El ambiente no humano son las condiciones físicas, los objetos y las ideas del mundo de una persona, componentes concretos y abstractos que la rodean. El ambiente físico se compone de objetos y condiciones físicas. Las ideas

elaboradas son variables como tiempo, horarios, seguridad física, barreras arquitectónicas, población, escasez de recursos, higiene pública, tecnología, adaptación temporal y simbolismo. El ambiente no humano contribuye al crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los seres al brindar oportunidades para la manipulación de objetos, establecimiento de patrones de comportamiento, estilos de vida...

El tipo de discapacidad y los objetivos de trabajo nos indicarán cual de las dos maneras de intervenir, individual o grupal es más apropiada en cada momento. Tendremos en cuenta que una intervención grupal siempre será más rica en tercera edad puesto que permite la relación con un grupo de iguales pero respetando la singularidad de cada participante, reintegra a la persona en un medio social que será habitual y previene sentimientos de soledad, aislamiento, inutilidad... facilita el componente interpersonal.

Será de igual modo conveniente planificar la duración y número de sesiones que completarán el tratamiento, para lo cual nos será de utilidad la información que vayamos obteniendo de las diferentes valoraciones periódicas. Por el tipo de usuario con el que tratamos, también se observarán siempre tiempos de descanso, no olvidemos que la reserva fisiológica esta disminuida. Otros aspectos serán: época del año en la que se realiza, frecuencia, hora del día...

Para una ejecución correcta de la actividad terapéutica, es vital una enseñanza terapéutica previa. Con una comunicación de instrucciones adecuada, se consigue minimizar la cantidad de supervisión e instrucción y optimizar las oportunidades de los resultados satisfactorios.

Los pasos básicos que participan en la instrucción del anciano son:

- Preparación del cliente: estableciendo una comunicación participativa y que le haga perder temores. Debe resultar estimulante.
- Presentación de la actividad: proporcionando consignas de manera lenta y paciente, asegurándonos de que nos ha comprendido, no enseñar más pasos de los que pueda dominarse por vez.
- Ensayo del desempeño funcional: inmediatamente después de la explicación, que el usuario mayor repita las consignas del proceso o la actividad a modo de prueba.
- Seguimiento: verificando progresos frecuentemente para corregir errores.

Dado el tipo de usuario con el que trabajamos, existen unos factores que dificultan el tratamiento y que debe considerarse siempre:

- Déficit visual y/o auditivo que normalmente dificulta la comprensión de instrucciones y relaciones con los ambientes humano y no humano.
- Menor reserva fisiológica.
- Patologías médicas crónicas asociadas (respiratorias y cardiovasculares).

- Polifarmacia que puede potenciar la aparición de efectos indeseados: somnolencia...
- Presencia de deterioro cognitivo o envejecimiento de las funciones mentales superiores, destacando sobre todo los trastornos mnésicos y los síndromes confusionales agudos o demencias establecidas (dificultan la colaboración).
- Retraso en el comienzo de tratamiento.
- Factores sociales (nivel social, condiciones de vida), familiares (indiferencia o sobreprotección), educacionales (analfabetismo o bajo nivel) y/ ambientales (falta de recursos, alejamiento de los recursos, vivienda...) desfavorables.
- Falta de motivación, bien por factores personales (apatía, derecho a la dependencia, a la inactividad) o trastornos emocionales (ansiedad, depresión).

En cuanto a las evaluaciones realizadas de forma periódica a lo largo del tratamiento nos van permitir valorar la consecución de los objetivos de tratamiento determinados y por tanto su éxito o fracaso, debiendo en el último caso replantearnos una modificación del método de intervención o establecimiento de objetivos. Una evaluación final nos aporta información sobre el recurso necesario al alta, en caso de necesitarlo, tras nuestra intervención como terapeutas ocupacionales.

## **ANÁLISIS Y ADAPTACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE OCIO**

Consiste en un análisis minucioso de todas las habilidades que una persona debe presentar para realizar con éxito una actividad y cómo se realiza esta tarea.

El proceso de análisis se realiza empleando una ficha de análisis estructural de la actividad (cuadro 6), que incluye los siguientes apartados:

El análisis de la actividad nos va a permitir detectar problemas, plantearnos objetivos y determinar que actividad emplear como base de tratamiento. Mediante la evaluación cuidadosa que determina el potencial terapéutico de la actividad y las capacidades que se requieren del individuo para su ejecución (componentes de ejecución), se consigue individualizar sus características relacionadas con las necesidades específicas (cuadro 7).

Otras dimensiones de cualquier actividad que también deben quedar registradas en esta tabla incluyen: la graduación de la actividad en términos del nivel de destrezas, tiempo para su ejecución y repetición; su flexibilidad en términos de espacio, equipamiento y elementos necesarios; su participación cultural; adecuación a la edad y consideraciones de seguridad y costo.

Cuadro 6. FICHA DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA ACTIVIDAD

<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	<b>ENTORNO</b>
<b>DURACIÓN</b>	<b>POSIBLES PRECAUCIONES</b>
<b>DESCRIPCIÓN BREVE</b>	<b>INDICACIONES/CONSIGNAS</b>
<b>MÉTODO DE REALIZACIÓN</b>	
<b>MATERIALES/HERRAMIENTAS/EQUIPO</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>COMPONENTES DE EJECUCIÓN</b>	
<b>POSIBILIDAD DE ADAPTACIÓN</b>	

Cuadro 7. COMPONENTES DE EJECUCIÓN

<b>MOTOR</b>	<b>SENSORIAL</b>	<b>COGNITIVO</b>	<b>PSICOLÓGICO</b>	<b>SOCIAL</b>
Arco de movimiento, fuerza, tono, uso funcional, destrezas motoras finas y gruesas	Esquema corporal, postura, integración sensorial, relaciones visuo-espaciales, integración sensorio-motora, reflejos y sensibilidad	Comprensión, comunicación verbal, escrita, solución de problemas, manejo del tiempo, conceptualización, integración del aprendizaje	Sentimientos y emociones, comportamientos para afrontar problemas, defensas, autoidentidad, autoconcepto	Interacción en diada e interacción social

El terapeuta ocupacional debe decidir posteriormente que adaptaciones, para la actividad o el entorno, permitirán el éxito o estimularán al cliente. Por otro lado, puede dotar al sujeto de las destrezas o ayudas técnicas necesarias para la consecución del mismo objetivo. Dado que nuestros mayores, sobre todo aquellos que están institucionalizados, pueden presentar diversos desajustes, nos implicaremos a menudo en la primera línea de actuación con el objetivo de que todos puedan participar en una determinada actividad si así lo deciden. Como ejemplo, podemos citar la adaptación de una actividad de bingo donde participan varios usuarios mayores. Es posible que algunos sujetos carezcan de alguna de las destrezas necesarias para poder participar. Por ejemplo, si alguno

de ellos presenta déficit visual, se pueden adaptar los cartones haciéndolos mayores, o con los números en relieve... Si existen usuarios con incapacidad para identificar y comprender los números, bien por analfabetismo, bien por problemas neurológicos o cognitivos, se pueden sustituir por colores. Si algún usuario presenta temblor distal en extremidades superiores, podemos emplear material antideslizante para fijar el cartón y así hasta conseguir que la actividad sea accesible para todos.

## CONCLUSIONES

La consideración de ocio como elemento que promueve la salud es tan antigua como el hombre, sin embargo, ha sido en estas últimas décadas cuando las actuaciones dirigidas a lograr el estado de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas han hecho que este fenómeno cobre mayor importancia y se le otorgue el valor que realmente tiene. El ocio es un contexto que contribuye a la satisfacción humana de crecimiento, desarrollo y relación con el entorno, que nos permite manifestarnos con nuestros aciertos y limitaciones, autorrealizarnos. Las experiencias vividas en esta área tienen consecuencias positivas a nivel personal, social y en la calidad de vida de los individuos. No podemos encontrar un espacio mejor para el desarrollo, un espacio que nos de la oportunidad de mostrarnos distintos a nuestros semejantes. Esta significación del ocio se ve incrementada en el momento crítico de la jubilación, proceso que supone un importante cambio de roles y donde existe el riesgo de que el anciano adquiera el que se ha caracterizado como el rol sin rol. Las personas mayores tienen muchas posibilidades de disfrutar un ocio significativo pero en ocasiones carecen de las destrezas necesarias para ello.

La Terapia Ocupacional, empleando actividades de ocio terapéutico como herramienta de trabajo, ha de contribuir a la identificación de los intereses, actividades y capacidades funcionales de cada individuo. Del mismo modo, ha de planificar las adaptaciones necesarias para minimizar los desajustes y conseguir que el ocio sea accesible para todos.

Para finalizar y en lo referente al Ocio Terapéutico, cada día son más las investigaciones que se llevan a cabo en nuestro país sobre este tema. Este hecho, nos proporciona una visión optimista del porvenir de la disciplina. Igualmente, podemos pronosticar que los beneficios obtenidos en la práctica serán los que consoliden la implantación de este tipo programas en un futuro próximo.

## BIBLIOGRAFÍA

- BUCETA, J. M., BUENO, A. M. y MÁS, B.: (2001). *Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson – Psicología.
- GORBEÑA ETXEBARRIA, S. (1997): ADOZ, Boletín del Centro de Documentación de Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones.

- HOPKINS, H. L., SMITH, H. D. WILLARD y SPACKMAN (1998): *Terapia Ocupacional*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- KANNER, A. D., COYNE, J. C., SCHAEFER, C. y LAZARUS, R. S. (1981): *Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events*. Journal of Behavioural Medicine, 4, 1-39.
- KIELHOFNER, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*, 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- O'MORROW, G. (1991): *Therapeutic recreation practitioner analysis*. Virginia: National Recreation and Park Association.
- PEDRET ROVIRA, I. M. (2003): *Sociología, antropología y demografía del envejecimiento*. Curso de postgrado demencias y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Institut Superior d'Estudis Psicològics.
- REED, K. L. y SANDERSON, S. N. (1992): *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore, Lippincott: Williams and Wilkins.
- ROMERO, D. y MORUNO, P. (2003): *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- SAN SALVADOR DEL VALLE, R. (2000): "Políticas de ocio y cultura", en Conferencia Iberoamericana de Ministros de Cultura (5 y 6 de septiembre de 2000, Ciudad de Panamá). Disponible en: <http://www.oei.es/delvalle.htm>.
- (2002): *El ocio se hace mayor*. ADOZ, Boletín del Centro de Documentación en Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones.
- TRILLA, J. (1991): "Revisión de los conceptos de tiempo libre y ocio", *Infancia y Sociedad*, 8, 18-31.

Páginas Web:

<http://www.ocio.deusto.es/formación/ocio21/boletin9/cuestiones.htm>