

Artículos / Articles

Ocio ético: afrontando la alienación y la deshumanización en los hospitales / *Ethical leisure: facing alienation and dehumanization in hospitals*

*M. Teresa Bermúdez Rey

Departamento de Educación Social, Universidad de Oviedo, España / Spain
bermudezteresa@uniovi.es

Ángel Alonso Domínguez

Departamento de Sociología, Universidad de Oviedo, España / Spain
alonsodangel@uniovi.es

Andrea Arnaiz García

Psicóloga Profesional, España / Spain
andreaarnaiz29@gmail.com

Recibido / Received: 03/08/2018

Aceptado / Accepted: 10/12/2018



RESUMEN

El artículo estudia la necesidad de ocupar el tiempo libre de los pacientes en los hospitales y si estas prácticas de animación hospitalaria son percibidas por ellos como un medio para mejorar su calidad de vida. El análisis se ha realizado a partir de un proceso estructurado de recogida de información mediante la cumplimentación de un cuestionario de preguntas cerradas. Con esta metodología se pretende delimitar, de forma objetiva, el tiempo dedicado a las diferentes actividades de ocio en el hospital. Los resultados obtenidos permiten establecer correlaciones entre las respuestas de los pacientes y las variables analizadas. La investigación ofrece evidencia empírica sobre los perfiles de los ingresados, caracterizados por los usos de su tiempo libre, los efectos positivos de mejoras en su utilización y por la necesidad de creación de instituciones sociales adecuadas para contemplar un ocio ético, contribuyendo a conformar los denominados “procesos de humanización en los hospitales”.

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

ABSTRACT

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

Keywords: entertainment, quality of life, hospital, humanization, leisure.

*Autor para correspondencia / Corresponding author: Ángel Alonso Domínguez. Universidad de Oviedo. Dpto. de Sociología. Facultad de Economía y Empresa. Edificio Departamental, 2.ª planta. Campus de El Cristo, s/n. 33006, Oviedo.

Sugerencia de cita / Suggested citation: Bermúdez Rey, M. T., Alonso-Domínguez, Á., Arnaiz García, A. (2019). Ocio ético: afrontando la alienación y la deshumanización en los hospitales. *Revista Española de Sociología*, 28 (3, supl. 2), 63-77.

(Doi: <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2019.38>)

INTRODUCCIÓN

La animación hospitalaria posee un corto recorrido tanto en la práctica hospitalaria como en la literatura. Sin embargo, son ya numerosos los estudios (Gallo *et al.*, 1993; Romagosa, 1999; Bermúdez, 2006; Ullán *et al.*, 2010, Belver y Ullán, 2011, entre otros) que demuestran que es necesaria, tanto si se trabaja con pacientes pediátricos como con adultos. Además, investigaciones recientes destacan a la animación hospitalaria como espacio emergente en la animación sociocultural. Bermúdez *et al.* (2013) recogen esta literatura sobre animación hospitalaria en la que se indica que esta se diseña para pacientes hospitalizados que disponen de mucho tiempo libre; Bados (2004) aboga por una política de animación sociocultural sistematizada en los hospitales; Ullán *et al.* (2010), por su parte, ponen de manifiesto cómo los adolescentes convalecientes proponen mejorar su estancia en los hospitales a través de los servicios de ocio, aportando un punto de vista muy interesante sobre la necesidad de extender dicha animación no solo al paciente pediátrico; Fernández *et al.* (2010) también han llevado a cabo trabajos sobre el empleo del tiempo libre del paciente adulto en el Hospital Universitario Central de Asturias; Guenoun y Bauça (2012), igualmente vienen a avalar la necesidad de realizar actividades de animación con enfermos hospitalizados. Así, las investigaciones realizadas en el Hospital Son Espases de Palma de Mallorca con pacientes crónicos, a quienes se les ofertaron actividades recreativas y de ocio, concluyen que este entretenimiento fue muy positivo para su bienestar, impulsó el apoyo entre pacientes, ayudó a introducir a las personas recién llegadas e implicó a las familias. Los enfermos, en suma, demandan más servicios de este tipo e incluso realizan propuestas sobre los que les gustaría llevar a cabo, pues “hay un deseo encubierto de los pacientes por ser partícipes y actores directos de todas aquellas actividades recreativas que puedan realizarse” (Guenoun y Bauça, 2012: 61). Adquieren, por tanto, especial relevancia las palabras de Bermejo (2014) sobre la necesidad de una mayor humanización de la sanidad en los procesos terapéuticos, reclamada por usuarios, profesionales y planificadores sanitarios. Tal vez los proyectos generalizados de anima-

ción hospitalaria con pacientes (también adultos), y sobre todo con aquellos de larga estancia, puedan ayudar a paliar estas situaciones y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los enfermos en los hospitales (Martínez y Amayra, 2006). En concreto, para Gonzalo *et al.* (2008) el hecho de participar de las actividades de ocio durante los periodos de hospitalización incrementa el grado de satisfacción y facilita la adopción de actitudes positivas en el paciente, posibilitando que el nivel de actividad y la autoestima se mantengan altos.

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

Se constata, así, dispersión y algunas lagunas epistemológicas a la hora de abordar esta temática, si bien recientemente y, especialmente en América Latina, se está poniendo de relieve la necesidad de la investigación sociológica en salud como forma de añadir esta perspectiva a la agenda, los debates y explicaciones en los análisis sobre

el bienestar colectivo (Castro, 2016). Tomando en consideración este vacío, en este artículo se presentan los resultados de una investigación sobre animación hospitalaria con pacientes adultos que muestra la necesidad de ocupar el tiempo libre de estos enfermos, y cómo debiera emplearse, con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

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

ALIENACIÓN, DESHUMANIZACIÓN Y DEGRADACIÓN DEL OCIO

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

La alienación, entendida en términos marxianos como “ausencia de control”, “falta de auto-

rrealización” y “heteronomía”, se encuentra detrás de todos estos estudios y de otros que entienden el ocio como un elemento compensador de la alienación humana a partir de su condición de libre elección individual y de la necesidad de ruptura de las rutinas habituales (Friedmann, 1961; Dumazedier, 1971). Clásicos como Tönnies, Simmel o Weber ya advertían de un fuerte incremento de estos procesos de enajenación personal cuando realizaban el diagnóstico de la sociedad de su época, apuntando a la modernización como principal causante de la deshumanización de las nuevas condiciones de vida. Las instituciones descuidan a los individuos, convertidos en “engranajes de una maquinaria que los sobrepasa y los oprime” (Berlan, 2014: 196) y el individualismo moderno ha generado sistemas sociales basados en “relaciones no humanas, inhumanas o deshumanizadas” (Donati, 2006: 107) que han derivado en patologías sociales porque no llegan a satisfacer necesidades primarias de la persona. Desde esta perspectiva, la degradación del tiempo libre es vista como una consecuencia inevitable de esta modernidad. El suministro de servicios de ocio se basa, del mismo modo que la producción de otros bienes, en la rentabilidad de las organizaciones que lo pueden proporcionar, y la ausencia de ellos se puede convertir en barreras estructurales que limitan las oportunidades sociales y recreativas en el entorno (Crawford *et al.*, 1991). Bauman (2016), por su parte, se refiere al debilitamiento de las relaciones humanas causado por la deshumanización imperante en las sociedades actuales, en las que no hay lugar para la dignidad de las personas desde el momento en que la rentabilidad económica prima en la valoración del ocio (Munné, 1992). Específicamente sobre las instituciones sanitarias, Azeredo y Schraiber (2016: 10) recurren a la conceptualización del orden ético y moral de Arendt (2005) para reflexionar sobre el carácter sociológico de la deshumanización de la medicina, transformada en violencia institucional a partir del momento en que las organizaciones parecen haber puesto el foco en las enfermedades en lugar de tomar en consideración a las personas enfermas. Y Capozza *et al.* (2016) ponen de relieve la existencia en contextos médicos de comportamientos que ofenden la dignidad de los pacientes, por degradantes, agresivos y discriminatorios, como

consecuencia de la atribución de un estatus humano inferior de los pacientes. La deshumanización o la degradación se encuentran, por tanto, en los orígenes de la teoría sociológica del ocio y son condiciones que se trasladan hasta nuestros días y a todos los ámbitos de estudio de los procesos de uso del tiempo. Entre ellos, a determinados servicios de ocio, como es el caso de la animación hospitalaria. Según Aron (1999: 230), “la libertad de auto-realización en el tiempo libre depende de lo que los individuos llevan en sí mismos”, un argumento coincidente, al menos en parte, con el del propio Havighurst (1968), para quien las actividades de ocio están relacionadas no solo con la satisfacción en la vida, sino con el grado de socialización que se consigue con estas actividades. No es de extrañar, por tanto, que los programas de educación del ocio tengan entre sus principales objetivos el incremento de la autoconfianza y, lo que es más importante, desde una perspectiva sociológica, la reducción del aislamiento social en determinados pacientes, dentro de un proceso que implica tanto a las personas enfermas como a los familiares (Shank, 2000).

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

Desde este enfoque y, en primer lugar, el concepto de tiempo libre haría referencia a un tiempo exento de obligaciones, dedicado a uno mismo o

para realizar aquello que se desea, una realidad que se aleja mucho de las posibilidades de las que disponen los pacientes hospitalizados, especialmente los de larga duración, y que puede repercutir de manera muy desfavorable en la calidad y humanización de sus condiciones de vida por la inquietud y la falta de autonomía e independencia que conlleva (Ruiz *et al.*, 2016). A esto habría que añadir la diferente percepción del tiempo por parte de los enfermos. Así Bayés (2003) distingue entre tiempos subjetivos y tiempos cronológicos; para los pacientes la vivencia temporal se dilata y la incertidumbre en los tiempos de espera hace que estos se alarguen. Para este autor existe mucho sufrimiento en los hospitales que podría paliarse de forma sencilla a través de programas de animación hospitalaria. Interesa mencionar que uno de los usos habituales del ocio es el relacionado con el afrontamiento del dolor, experiencia subjetiva que si no se trata puede contribuir al desarrollo de problemáticas bio-psicosociales, entre ellas, la disminución de la socialización. Es este, además, un problema que suele trasladarse más allá del ingreso hospitalario. Si los ingresos prolongados degradan la calidad de vida de los pacientes, las estancias muy cortas pueden impedir la rehabilitación completa de determinados pacientes, que regresan a su cotidianeidad con la misma limitación de recursos para estructurar y emplear su tiempo libre de forma adecuada. La inclusión de servicios de ocio en las instituciones sanitarias podría ayudar a desarrollar estas habilidades y evitar el “efecto de la puerta giratoria”, esto es, de las rehospitalizaciones (Shank, 2000: 24) ya que cuando el paciente se involucra en una actividad placentera su dolor no es el foco principal de atención. Por ello es importante contemplar una oferta de actividades significativas para el enfermo que distraigan su atención (Martínez y Amaya, 2006).

En segundo lugar, el ocio se centraría en una actitud que implica no solo la gestión de actividades escogidas de forma autónoma por el individuo, sino también la satisfacción inherente al desarrollo de las mismas. Shank (2000) pone de relieve que los programas de ocio resultan cruciales para la humanización del entorno pero también mejoran la autoestima y empoderan al paciente que decide participar de forma constructiva en la gestión

de su tiempo. El ocio se escoge libremente y es por eso que es grato, provoca placer, recrea e incluso reconforta, algo fundamental en pacientes hospitalizados. Sería una actividad que tiene valor en sí misma, próxima a lo que Gil y Menéndez (1985) denominan satisfacción de necesidades o tiempo de beneficios, aunque para ello deben darse algunas condiciones de la actividad de ocio, como la autonomía ya mencionada, entendida esta como la capacidad de elegir qué hacer y cómo, y lo que en la literatura sobre el tiempo libre se ha denominado “autotelismo” (Trilla, 1993), que implica que las actividades deben resultar gratas. Para el tema que nos ocupa, en tercer lugar, es interesante tomar en consideración otros aspectos investigados en torno al ocio, como las emociones que produce, reprimidas en otros momentos de la interacción social. La rutinización que caracteriza a los ingresos hospitalarios implica un gran control social y las actividades de ocio facilitan la sensación de implicación, la activación, el relax, la percepción del tiempo o incluso de la autoconciencia. Elías y Dunning (1992: 150) hablan del refuerzo de sentimientos y emociones que provocan “la sociabilidad, la motilidad y la imaginación”. Otros como San Martín *et al.* (1999) defienden que la satisfacción obtenida dependerá del grado de activación que permita la posibilidad de interacción social y los sentimientos de competencia que despierten. Por su parte, Vera (2006), haciéndose eco de los estudios de Peterson *et al.* (1988), señala que el optimismo (entendemos también el derivado de la puesta en marcha de distintas actividades) palia el sufrimiento y malestar de aquellos que sufren a causa de la enfermedad.

Cabe apuntar, finalmente, que la cultura material, tan presente en las vidas de los ciudadanos de las sociedades actuales, puede posibilitar el incremento de estos servicios de ocio. De ahí que en última instancia lo que se pone de manifiesto es la conveniencia de implantar el denominado ocio ético, evitando así los procesos de deshumanización que pueden producirse en los centros hospitalarios. Ullán y Bellver (2008) plantean la necesidad de que España haga suyas las recomendaciones internacionales que abogan por prestar atención a los procesos psicosociales asociados a la enfermedad si se quiere avanzar en la humanización de los espacios de atención y en la mejora de los procedimien-

tos de ocupación del tiempo de hospitalización. No obstante, desde este enfoque, estos autores centran la atención en una población pediátrica y adolescente, mientras que el presente trabajo pretende extender estos servicios de ocio, la humanización que implican, así como la mayor calidad de vida que proporcionan, a la población adulta.

Como se ha señalado, los estudios en torno al ocio en los hospitales aplicados a pacientes adultos son escasos; Ruiz *et al.* (2016) destacan las actuaciones realizadas en el Servicio de Rehabilitación Complementaria del Hospital Nacional de Parapléjicos en Toledo, y el referido a la Unidad de Animación Sociocultural del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete que trabaja, fundamentalmente, con enfermos oncológicos y sus acompañantes. Igualmente, se han realizado estudios sobre el análisis de necesidades que los pacientes tienen en los hospitales, referidos al tiempo libre y a su ocupación. Algunas de las conclusiones pivotan en torno a las barreras intrapersonales para la participación en el ocio (Crawford *et al.*, 1991), considerándose así el desinterés que muestran los pacientes mayores por realizar actividades que comporten distracción. Sin embargo, más de la mitad de los enfermos adultos creen que sería positivo que el hospital ofertara estas actividades y destacan la proyección de películas en el centro sanitario (Bermúdez, 2009; Bermúdez *et al.*, 2013). Las citadas investigaciones también muestran que, a mayor tiempo de hospitalización, más oferta de actividades se demanda, primándose el acompañamiento por parte de profesionales, así como actividades de difusión cultural que perciben los pacientes, favorecen la atención integral al enfermo y contribuyen a hacer más fluida la comunicación entre las personas convalecientes y los profesionales. De acuerdo con lo expuesto en este marco teórico, se formulan dos hipótesis:

1. Existen diferencias significativas en la necesidad de tiempo de ocio en función de las variables edad y permanencia en el centro hospitalario.
2. Hay una percepción diferente de la animación hospitalaria entre el personal sanitario y el resto de los actores estudiados, motivada por la experiencia subjetiva del internamiento y por el

distinto grado de conocimiento de los procesos asociados a la enfermedad.

Ambas hipótesis tratarán de confirmarse con los resultados obtenidos a partir de la muestra estudiada, que se explica a continuación.

METODOLOGÍA

Muestra

Para verificar las hipótesis planteadas en el artículo, se diseñó un instrumento de investigación orientado a conocer la ocupación del tiempo libre de los pacientes en los hospitales, la preferencia por distintas actividades que podrían realizarse en estos contextos, así como las ventajas que podrían colegirse de llevarse, efectivamente, a cabo. El análisis se realizó siguiendo un protocolo de recogida de información individualizada mediante la cumplimentación de un cuestionario de preguntas cerradas. El universo de estudio lo conformaron pacientes, acompañante y personal sanitario. El cuestionario del paciente constaba de 10 preguntas, el del acompañante de 12 y el del personal sanitario de 8.

Se debe realizar mención expresa a las limitaciones que entraña el bajo tamaño de la muestra aquí considerada, lo que dificulta la obtención de relaciones y generalizaciones significativas a partir de los datos, ya que se requiere un tamaño de muestra mayor para asegurar una distribución representativa de la población. No obstante, los participantes que accedieron a responder al cuestionario son personas muy interesadas en la temática de la investigación, lo que se traduce en una gran motivación para cumplimentarlos. La alta tasa de respuesta refuerza las potencialidades del estudio, por lo que se puede considerar que estamos ante una muestra estratégica que ofrece validez para realizar un análisis como el que se propone.

La investigación se realizó en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander (Cantabria). En una primera fase, se diseñó un instrumento que permitiera conocer las preferencias hacia las actividades de animación en los hospitales y las valoraciones por parte de todos los

actores estudiados. Posteriormente, se administraron 107 cuestionarios de este tipo repartidos entre 46 pacientes adultos hospitalizados, 35 acompañantes de los mismos y 26 personas que forman parte del personal sanitario, desagregados por sexo y edad, tiempos de hospitalización y estudios, en el caso de los pacientes; por sexo, edad y relación con el enfermo, los acompañantes, y por sexo, edad y profesión, los sanitarios. Los enfermos se seleccionaron teniendo en cuenta su condición de pacientes adultos, residentes en el centro y que, a juicio del personal sanitario, estuvieran en buenas condiciones físicas y mentales para responder a las preguntas formuladas. La duración media de auto-cumplimentación osciló entre cinco y diez minutos, si bien el tiempo otorgado para realizarlo fue de media hora.

Instrumento

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

Procedimiento de recogida de información

Previamente, se había establecido contacto con la directora del Observatorio de Salud Pública de

Cantabria y con el gerente del Hospital Marqués de Valdecilla con el fin de informar acerca del proyecto que se pretendía llevar a cabo y conseguir su autorización. En febrero de 2016, tras obtenerse el beneplácito de la institución cántabra y el consentimiento del Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias (Proyecto de Investigación 16/16 “Animación Sociocultural en el Hospital”), se decidió que la investigación se realizaría a lo largo del mes de mayo de ese mismo año. La autorización que se solicitó al Hospital Universitario Central de Asturias sirvió como punto de partida para el estudio de la animación sociocultural hospitalaria y fue presentada y aceptada posteriormente por el hospital de la comunidad vecina.

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

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

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En un primer análisis meramente descriptivo, se puede observar en la Tabla I que los pacientes de la muestra son hombres (63,0 %) y mujeres (37,0 %), la mayoría con más de cincuenta años

(78,3 %), poseen estudios medios (52,2 %), básicos (37,0 %) o superiores (10,9 %); su tiempo de hospitalización es considerado corto (69,6 %), largo (26,1 %) o muy largo (4,3 %). Los acompañantes son principalmente mujeres (82,9 %), de mediana edad y familiares del paciente. Igualmente, se observa (véase Anexo I) que el personal sanitario se compone de mujeres, en su mayoría de mediana de edad, que son auxiliares (50,0 %), enfermeras (38,5 %) o médicas (11,5 %).

Tabla I. Perfil de los pacientes.

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

Fuente: elaboración propia.

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

Tabla II. Actividades que realizan los pacientes (según los mismos).

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

En el marco teórico de este artículo se ha visto la importancia de que el paciente se sienta invo-

lucrado en actividades que desvíen su atención y le hagan olvidar el sufrimiento (Martínez y Amaya, 2006), pero también se ha constatado que las actividades de ocio trascienden la satisfacción placentera, cobrando importancia el grado de socialización que se consigue con ellas (Havighurst, 1968). En este sentido, se han establecido correlaciones entre el tiempo de hospitalización y el tipo de actividad deseada, encontrándose que existe una correlación positiva entre periodos largos de hospitalización y la demanda de conferencias sobre distintos temas. No parece casual, según refleja la tabla V, que algunos de los servicios de ocio más solicitados sean aquellos que permiten la interacción entre pacientes y también con personas ajenas al ambiente hospitalario, superando las barreras interpersonales a las que aluden Crawford *et al.* (1991).

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

mación hospitalaria que pronosticaba la segunda hipótesis.

DISCUSIÓN

Con respecto a la primera hipótesis planteada, es decir, que existen diferencias significativas de la necesidad de tiempo de ocio en función de las variables edad y permanencia en el centro hospitalario, el estudio muestra que, a mayor edad de los pacientes, menos se realiza una actividad habitual y recomendable para el paciente, como es el caminar por los pasillos del centro sanitario. Cabe destacar que, a mayor edad, menos se considera que las actividades eleven el estado de ánimo, reduzcan el estrés, favorezcan la comunicación, alivien la dedicación del acompañante, o ayuden a la adaptación al hospital. Igualmente, se muestra un cierto desinterés en estos pacientes por la realización de ciertas actividades que bien pudieran romper con la rutina del hospital, como la proyección de películas en sala, los juegos de mesa, navegar por internet, la asistencia a alguna celebración y la visita por parte de pacientes adultos a pacientes pediátricos. Sin embargo, los pacientes adultos más jóvenes sí las consideran necesarias. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Bermúdez *et al.* (2013: 13) en el Hospital de la Fe de Valencia, si bien el caso de los pacientes pediátricos (e incluso el de los adolescentes) transita por vías completamente opuestas (Bermúdez y Torío, 2007), afirmación que también se puede mantener con respecto a los pacientes adultos más jóvenes.

En cuanto a los tiempos de hospitalización, se encuentra que a mayor tiempo de hospitalización más se demandan actividades de difusión cultural. No se observan, no obstante, correlaciones significativas entre el tiempo de permanencia en el hospital y el sufrimiento que puede acarrear la percepción subjetiva del mismo, tal y como proponen algunos investigadores. Por lo que se refiere al primer aspecto señalado, cabría realizar una oferta diversificada y atractiva de actividades de difusión cultural. Se defiende en este estudio que los recursos empleados no tienen que ser gravosos para los hospitales y, sin embargo, los beneficios pueden ser muchos. Esto es al menos lo que se

desprende de las percepciones del personal sanitario del Hospital Universitario de Valdecilla, pues la mayoría de los profesionales que respondieron al cuestionario creen que entre las consecuencias derivadas de la oferta de actividades para los pacientes se encontrarían la elevación de su estado de ánimo; en menor proporción, señalan que se vería favorecida la comunicación entre distintos interlocutores dentro del hospital, los pacientes reducirían el estrés y la ansiedad que conlleva la enfermedad y la hospitalización, y los enfermos verían compensados los pensamientos negativos derivados de sus patologías. Como ya se señaló, se obtienen resultados muy parecidos sobre la percepción que tiene el acompañante en cuanto a las consecuencias de estas actividades para los pacientes. Estos resultados están en línea con los recogidos en el Hospital Universitario Central de Asturias, donde más de la mitad de los sanitarios creían que las actividades ofertadas por el hospital contribuirían a reducir el estrés de la hospitalización, y contribuirían a elevar el estado de ánimo de los pacientes. En dicho estudio, los acompañantes estimaban conveniente que el hospital ofertara actividades de animación, creyendo mayoritariamente que se elevaría el estado de ánimo de los pacientes (Bermúdez, 2009).

De ahí que se pueda concluir que el paciente adulto de mayor edad (no así el resto) ingresado en el hospital disminuye sus actividades de distracción al máximo, mostrando escaso interés por realizar otras. Todo hace suponer que permanece inactivo o realizando actividades claramente insuficientes si la estancia se prolonga. Este hallazgo parece confirmar la primera hipótesis, que pronosticaba la existencia de diferencias significativas en la necesidad de tiempo de ocio en función de la variable edad. No parece que en el caso de personas de más edad sea la inexistencia de actividades de tiempo libre o su variedad lo que dificulta la mejora del tiempo de ocio de estos pacientes, sino que existen barreras intrapersonales, es decir, una tendencia hacia la automarginación en la realización de estas actividades. Sin embargo, tal actitud parece que también podría estar influida, al menos parcialmente, por la creciente violencia institucional y la infrahumanización de los pacientes. Existe la creencia, todavía generalizada, de considerar al

hospital como un espacio utilizado estrictamente para curar enfermedades, entendiendo estas casi exclusivamente desde una perspectiva biológica y no teniendo en cuenta un enfoque holístico (biopsicosocial) que humanice el entorno y permita a los pacientes tener una mejor integración en el entorno y una conducta socialmente más adaptada. Por otra parte, se destaca que las personas de mayor edad pudieran, igualmente, estar condicionadas por una sociedad que ha antepuesto el trabajo frente al ocio, algo que podría ser utilizado como hipótesis tentativa para futuras investigaciones. A este respecto Ventosa (2012), en relación a los pacientes mayores, señala que, si bien el enfoque sanitario clásico ha primado como meta de la medicina “el añadir más años a la vida”, la de la animación sociocultural se centra en “añadir más vida a los años”. Ambos planteamientos parecen, sin embargo, integrarse felizmente en la denominada animación hospitalaria.

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

CONCLUSIÓN

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

Los resultados obtenidos muestran un cierto desinterés del paciente adulto mayor por la realización de actividades de ocio distintas de las que ya hace al estar ingresado en el hospital, pero también indican cómo el paciente adulto joven presenta una inclinación hacia ellas (juegos de mesa, navegar por internet, la asistencia a alguna celebración y la visita por parte de pacientes adultos a pacientes pediátricos), lo cual parece confirmar que este tipo de animación sería bienvenido para una buena parte de las personas ingresadas.

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

Se insiste, por tanto, en la necesidad de llevar a cabo estas actividades de ocio ético en los hospitales y con todo tipo de pacientes, ya que si bien la animación hospitalaria infantil tiene más recorrido (parcial), no ocurre lo mismo con la referida a pacientes adolescentes y adultos. Aunque en los últimos años se observa un cierto interés por

el abordaje de esta temática en el ámbito sociológico, se considera indispensable no solo el realizar más estudios que refrenden estos resultados, sino la necesidad de llevarlos a cabo con muestras más representativas en los tres grupos considerados: pacientes, acompañantes y sanitarios. Igualmente, se hace especial hincapié en el enriquecimiento que supondría para los pacientes y acompañantes que la percepción que el personal sanitario tiene sobre los beneficios de actividades de ocio pudiera encontrar eco en la vida cotidiana de las instituciones sanitarias.

Por último, el estudio avala la necesidad de comprometer a los hospitales con el denominado ocio ético, contribuyendo a impulsar de esta forma “los procesos de humanización en los hospitales” y a mejorar la calidad de vida de los pacientes, sea cual fuere su edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arendt, H. (2005). *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Aron, R. (1999). *Introducción a la filosofía política. Democracia y revolución*. Barcelona: Paidós.
- Azeredo, Y., Schraiber, L. B. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21.
- Bados, A. (2004). La política sociocultural de carácter público: necesidades y alternativas. En Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. *Servicios socioculturales: la cultura del ocio: 31-58*. Madrid: Subdirección General de Información y Publicaciones.
- Bauman, Z. (2016). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bayés, R. (2003). Alivio o incremento del dolor y el sufrimiento en el ámbito hospitalario: pequeños esfuerzos, grandes ganancias. *Monografías Humanitas*, 2, 113-127.
- Belver, M., Ullán, A. M. (2011). *Proyecto CurArte*. Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Salamanca y Museo Pedagógico de Arte Infantil.
- Berlan, A. (2014). La Kulturkritik y la formación de la sociología alemana: Ferdinand Tönnies,

- Georg Simmel y Max Weber. *Revista Colombiana de Sociología*, 37(1), 195-198.
- Bermejo, J. C. (2014). Como prólogo al libro de A. Cornago, *Comprender al enfermo*. Sal Terrae: Cantabria.
- Bermúdez, M. T. (2006). Los derechos de los niños hospitalizados desde la Animación Hospitalaria. En L. M. Naya y P. Dávila (coords.), *El derecho a la educación en un mundo globalizado*, 310-317. Donostia: Espacio universitario (erein).
- Bermúdez, M. T. (2009). Animación hospitalaria en el contexto de la tercera edad. En J. Dantas Lima y M. De Sousa Lopes (coord.), *Animación Sociocultural en la tercera edad*, 249-258. Chaves: Intervenção - Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Bermúdez, M. T., Martín, M. E., Castellanos, S. (2013). Animación hospitalaria con pacientes adultos en el hospital la Fe de Valencia: un estudio de necesidades. *Bordón*, 65(2), 9-24.
- Bermúdez, M. T., Torío, S. (2007). El voluntariado y la animación hospitalaria. En X. M. Cid y A. Peres (eds.), *Educación Social, Animación Sociocultural y Desarrollo Comunitario (II)*, 589-603. Universidade de Vigo. Facultade de Ciencias da Educación. Universidade de Tras-os-Montes e Alto Douro. Sociedad Iberoamericana de Pedagogía Social.
- Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field. *TPM*, 23(4), 545-559 - Special Issue. <http://doi.org/10.4473/TPM23.4.8>.
- Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1), 71-83.
- Crawford, D., Jackson, E., Godbey, G. (1991). A hierarchical model of leisure constraints. *Leisure Sciences*, 13(4), 309-320.
- Donati, P. (2006). *Repensar la sociedad*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Dumazedier, J. (1971). Realidades del ocio e ideologías. En J. Dumazedier y otros, *Ocio y sociedad de clases*. Barcelona: Fontanella.
- Elías, N., Dunning, E. (1992). *Deporte y ocio en el proceso de civilización*. México: FCE.
- Fernández, C. M., Torío, S., Bermúdez, M. T. (2010). *Tiempo libre y Animación Hospitalaria del paciente adulto en el Hospital Universitario Central de Asturias: un análisis de necesidades*. Proyecto de investigación financiado por la Universidad de Oviedo.
- Friedmann, G. (1961). *¿Adónde va el trabajo humano?* Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Gallo, D., Vélez, D. M., Correa, M. P., Ortiz, M. (1993). Utilización del tiempo libre en pacientes hospitalizados. *Investigación y Educación en Enfermería*, 11(1), 35-46.
- Gil, E., Menéndez, E. (1985). Ocio y prácticas culturales de los jóvenes. En *Informe Juventud en España 1985*. Instituto de la Juventud, Publicaciones de Juventud y Sociedad.
- Gonzalo, S., González, J., Montesinos, S., De Gracia, M. (2008). Las actividades de ocio en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos como terapia para el fomento de la salud, reducción del tiempo de ingreso y preparación al alta. En 9.º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, 1-4.
- Guenoun, M., Bauça, M. A. (2012). ¿Cómo influye en los pacientes crónicos de hemodiálisis la organización de actividades de ocio durante sus sesiones? *Enfermería Nefrológica*. 15(1), 57-62.
- Guijarro, J. L. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22(1), 85-94
- Havighurst, R. (1968). Personality and patterns of aging. *The Gerontologist*, 8(1), 20-23.
- Lafargue, P. (2011). *El derecho a la pereza*. Madrid: Maia Editores.
- Martínez, S., Amayra, I. (2006). *Beneficios del ocio en la vejez: pautas para el desarrollo de programas terapéuticos*. 7.º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis*, 1-13.
- Mead, M. (1957). The Pattern of Leisure in Contemporary American Culture. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* (en línea). <http://ann.sagepub.com/content/313/1/11>, acceso 17 de junio de 2016.
- Munné, F. (1992). *Psicosociología del tiempo libre: un enfoque crítico*. México DF: Trillas.
- Ortiz, A., Gaviria, D., Palacio, M., Marín, A., García, D., Montoya, E., Montoya, M. E., Mira, O., Ville-

- gas, R., Restrepo, S. (2002). Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Investigación y Educación en Enfermería*, 20(2), 12-29.
- Peterson, C., Seligman, M., Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness. A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(1), 23-27.
- Riesman, D., Glazer, N., Denney, R. [1981 (1950)]. *La muchedumbre solitaria*. Barcelona: Paidós.
- Romagosa, A. (1999). *Actividades lúdicas para niños hospitalizados*. Proyecto de Afanoc. *Revista de Pediatría electrónica*, 2005, 2,2. Publicación electrónica Intersalud (en línea). <http://www.intersalud.net/paginas/Num4/afanoc.htm>, acceso 18 de abril de 2016.
- Ruiz, V., Romero, M. N., Riesco, M. N. (2016). El ocio en el contexto hospitalario. En M.^a del Mar Molero, J. J. Vázquez, M.^a del Carmen Pérez-Fuentes, Á. Martos, A. B. Barragán y M.^a Dolores Pérez-Esteban (comps.), *Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud*, 1, 61-68. Almería: ASUNIVEP.
- San Martín, J., López, A. E., Esteve, R. (1999). Dimensionalización del constructo de ocio en universitarios. *Psicothema*, 11(1), 113-124.
- Shank, J. W. (2000). Ocio y salud mental: el papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica. En S. Gorbeña (ed.), *Ocio y Salud Mental*, 13-36. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Trilla, J. (1993). *Otras educaciones. Animación sociocultural, formación de adultos y ciudad educativa*. Barcelona: Anthropos.
- Ullán, A. M., Serrano, I., Badía, M., Delgado, J. (2010). Hospitales amigables para adolescentes: preferencias de los pacientes. *Enfermería Clínica*, 20(6), 341-348.
- Ullán, A. M., Belver, M. (2008). *Cuando los pacientes son niños. Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid: Eneida.
- Ventosa, V. (2012). Como prólogo al libro de M. T. Bermúdez, *Animación Sociocultural Hospitalaria*. Oviedo: KRK.
- Vera, B. (2006). Psicología Positiva: una nueva forma de entender la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 3-8.

NOTAS BIOGRÁFICAS

M. Teresa Bermúdez Rey es doctora en Psicología, licenciada en Filosofía y especialista en Logopedia. Ha impartido docencia en los grados de Terapia Ocupacional, Magisterio y Educación Social (Facultad Padre Oso) y en la licenciatura de Pedagogía en la Universidad de Oviedo. Ha participado en proyectos de investigación en torno a la Animación Hospitalaria con pacientes pediátricos y adultos en distintos hospitales nacionales e internacionales.

Ángel Alonso Domínguez es doctor en Sociología por la Universidad de Oviedo y profesor en el Departamento de Sociología de la misma universidad. Ha participado como investigador en la Red Europea de Excelencia Reconciling Working and Welfare in Europe (RECOWOWE) en ámbitos relacionados con la política social y la formación, y actualmente es miembro del grupo de investigación acreditado Promoviendo el Empleo y el Bienestar en Europa (PROMEBI). Ha publicado capítulos en libros editados y artículos en revistas como *European Journal of Social Security*, *Papers*, *Política y Sociedad*, *Revista Española de Sociología* y *Revista Internacional de Organizaciones*, entre otras.

Andrea Arnaiz García es doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo y psicóloga profesional. Trabaja como orientadora en el Colegio La Milagrosa de Oviedo y con anterioridad lo hizo como psicóloga en el Ayuntamiento de Santander, en el área de Servicios Sociales. Tiene colaboraciones en obras colectivas sobre rendimiento académico y competencias personales y profesionales, y también ha publicado artículos en revistas como *Magister o Revista de Orientación Educativa* sobre personalidad eficaz, cultura organizacional y atención a la diversidad.

ANEXO I

Perfil de los acompañantes

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

Fuente: elaboración propia.

Perfil del personal sanitario

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

Fuente: elaboración propia.