

Sofía Ivana Altera

Licenciada en Terapia Ocupacional, graduada de la Universidad Abierta Interamericana. Residente de tercer año del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, con orientación en Rehabilitación Psicofísica en Adultos.

sofiaaltera@gmail.com

Resumen

La adquisición de una condición de salud provoca un antes y un después en la historia de vida de la persona; en el caso del presente escrito se hará foco en las llamadas discapacidades físicas adquiridas. En algunos casos, a esta situación se le suma transitar un proceso de internación hospitalaria, lo cual produce una ruptura en la cotidianidad, en el contacto con los vínculos sociales significativos y en la participación dentro de los espacios habituales de circulación. En este tipo de instituciones, el foco suele realizarse en las secuelas y la rehabilitación de las mismas, lo cual implica muchas veces que el ocio pase a un segundo plano. Se plantea adoptar una visión más integral y reconciliadora entre las actividades terapéuticas alineadas con el modelo médico hegemónico y aquellas otras que no se corresponden con el mismo, pero igualmente hacen a la mejora de la funcionalidad, bienestar y calidad de vida de la persona. Particularmente, a través del presente trabajo se busca dar a conocer y destacar la importancia de la participación en actividades de ocio por parte de aquellas personas adultas que se encuentran en proceso de rehabilitación dentro un hospital, así como realizar un acercamiento a algunas formas posibles de acompañar desde la Terapia Ocupacional.

Palabras clave: hospital de rehabilitación, Terapia Ocupacional, actividades recreativas.

Abstract

The acquisition of an illness creates a before and after in a person's life history; in the case of this paper, the focus will be on so-called acquired physical disabilities. In some cases, this situation is accompanied by a process of hospitalisation, which creates a rupture in everyday life, in maintaining meaningful relationships and in participating in the usual spaces of circulation. In these types of institutions, the focus is usually on the sequelae and their rehabilitation, which often means that leisure takes a back seat. It is proposed to adopt a broader and more reconciliatory vision between therapeutic activities that are in line with the hegemonic medical model and those that are not, but that also improve the functionality, well-being and quality of life of the person. The aim of this paper is to make known and highlight the importance of participation in leisure activities for adults undergoing rehabilitation within a hospital setting, as well as to make an approach to some possible ways of accompanying them from an occupational therapy perspective.

Keywords: hospital rehabilitation, Occupational Therapy, leisure activ .

Introducción

La adquisición de una condición de salud provoca un antes y un después en la historia de vida de la persona. En el presente escrito se hará foco en quienes presentan discapacidades físicas adquiridas, por ejemplo, como consecuencia de haber sufrido un accidente cerebrovascular, un traumatismo craneoencefálico o una lesión medular. Recibir este tipo de diagnóstico suele generar un gran impacto en el sujeto y su red social de apoyo, que puede deberse a una multiplicidad de razones que dependerán de cada caso particular. Por ejemplo, puede nombrarse como motivo que este cambio vital se relaciona con un evento de salud repentino y que conlleva a una internación hospitalaria y muchas veces el requerimiento de procedimientos quirúrgicos, todo lo cual deja huellas tanto físicas como psíquicas. Asimismo, estas situaciones suponen muchas veces secuelas motoras, cognitivas y/o conductuales evidentes en mayor o menor medida, como la incapacidad de mover uno o más segmentos de su cuerpo como se hacía previo al evento de salud, alteraciones perceptivas, trastornos de la memoria, disfunciones del lenguaje, dificultad para la planificación y resolución de problemas, desinhibición, comportamiento desorganizado, entre muchas otras. Las mismas impactan en las formas de percibir, pensar, sentir, moverse e interactuar socialmente, lo cual se traduce en la realización de las actividades cotidianas de maneras distintas a las acostumbradas personal, familiar y socialmente.

Es así que, al igual que las personas entrevistadas por Gálvez, Godoy y Lagos (2010), los y las usuarias con quienes trabajamos comentan que “El cuerpo se siente diferente, toda experiencia es nueva, por lo tanto, el enfrentarse a la actividad es percibido como un desafío que implica aprender y adaptarse, (...)” (p. 76). Entonces, este corte en la trama vital implica un proceso de resignificación de la nueva realidad y un redescubrimiento del propio cuerpo, de lo que se puede hacer y ser con este, para actualizar la imagen que la persona tiene de sí misma y su identidad. Supone reconocer y aceptar que ya no puede hacer las actividades que quiere y/o debería hacer de la manera que solía realizarlo, según le fue enseñado en su entorno familiar, ni como se encuentra socialmente instituido (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011). A esto se le suman muchas veces barreras de distintos tipos (ambientales, sociales, etc.) que dificultan la posibilidad de participar en aquellos espacios deseados y/o esperados, como actividades educativas, laborales y de ocio, entre otras (Joly, 2011; Organización de las Naciones Unidas, 2008).

¿Rehabilitación vs. ocio?

La experiencia observacional y las narrativas de quienes asisten a Terapia Ocupacional (TO) escuchadas a lo largo de la trayectoria profesional particular de la autora, muestran que

en la mayoría de los casos, una vez estabilizadas las funciones vitales y recibir el alta médica en el hospital general de agudos, comienza en el proceso de rehabilitación de las secuelas resultantes de la condición de salud adquirida. Esto puede llevarse a cabo de forma ambulatoria o como parte de una internación en alguna institución especializada, situación en la cual se centrará el presente escrito.

Se considera que uno de los factores contextuales que atraviesa y determina esta nueva etapa es la vigencia del **modelo médico hegemónico** en el área de la salud. El mismo parte de una concepción del individuo basada en su dimensión biológica, existiendo una tendencia a minimizar o excluir los factores psicológicos, sociales e histórico-culturales que determinan las condiciones de salud al momento de diagnosticarlas, explicarlas y establecer un tratamiento. Este último se basa exclusivamente en la evidencia científica y el saber profesional y adopta un enfoque curativo-normalizador centrado en las secuelas y la rehabilitación o compensación del déficit para recuperar la funcionalidad y capacidad de producción (Menéndez, 1998, 2003; Spataro, 2011). Si bien es pertinente la importancia atribuida a la mejora del desempeño y al aumento de la independencia por el contexto institucional, las acciones del equipo de salud no deben perder como eje central al sujeto en su integralidad, teniendo en cuenta sus deseos, estrategias para afrontar el malestar, actividades de interés, etc.

(...) se hace referencia al cuerpo vivenciado como un objeto de intervención; decimos objeto porque las propias personas perciben a su cuerpo como receptor y prisionero de intervención, ya que habitualmente las prácticas profesionales se centran en aspectos concretos y materiales a mejorar, focalizando la intervención en la enfermedad y disfunción por sobre la propia persona, siendo de este modo la persona un ser pasivo dentro de todo el proceso de tratamiento y rehabilitación. (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010, p. 78)

En el caso que la persona deba atravesar una internación, se produce una ruptura en la participación y circulación dentro de los espacios habituales y la modificación de la forma de interactuar con los vínculos sociales significativos, quienes ahora tienen horarios específicos de visita y muchas veces desempeñan roles distintos a los acostumbrados (cuidador/a, representante del/de la “paciente” y su red social de apoyo ante el equipo de salud, gestor/a de equipamiento y trámites, entre otros). Implica la adaptación a un cambio abrupto en su rutina cotidiana para acoplarse a las normas hospitalarias y a un cronograma diario que gira en torno a procedimientos, visitas médicas y diversas terapias a las cuales asistir (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012).

En relación a las formas de distribuir el tiempo, la gran mayoría de los/as usuarios/as con los/as que interviene el equipo

de rehabilitación al que pertenece la autora comentan priorizar aquellas terapias donde se trabajan aspectos observables y medibles, como la mejora en la marcha, el aumento de la movilidad de los miembros superiores y la mayor fluidez en el habla, entre otros objetivos. Al mismo tiempo, muchos/as de ellos/as restan importancia y, consecuentemente, minimizan su participación en espacios y propuestas de **ocio**. Este último entendido como una dimensión de la cultura y una necesidad humana fundamental por abarcar una amplia variedad de actividades, tanto individuales como grupales, que se llevan a cabo por motivación propia y generan diversión, entretenimiento y/o relajación, sirviendo como un medio para la distracción de las obligaciones cotidianas y para generar mayor bienestar (Munné y Codina, 1996; Elizalde y Gomes, 2010). Al ser una práctica social históricamente determinada, cobra mayor o menor protagonismo en base a las significaciones atribuidas por cada comunidad y reproducidas por las instituciones que la conforman. Es así que en los discursos de algunos/as usuarios/as, familiares y profesionales de la salud se identifica la creencia de que el ocio es “algo malo”, por no ser comúnmente valorado como útil o puramente rehabilitador. Esto puede incluso llevar a los/as primeros/as a sentir culpa por estar disfrutando cuando deberían centrarse en disminuir las secuelas y mejorar su independencia para depender lo menos posible de terceros. Se considera que lo planteado se desprende de la fuerte influencia de las normas sociales que disponen cómo debería ocuparse el tiempo en cada ciclo vital. Particularmente en la adultez, existe una **alienación por el trabajo** (Waichman, 2008), otorgándose mayor valor e importancia a este y la producción, por sobre el ocio. Por ejemplo, al momento de historizar su vida previo al evento de salud, algunas personas indican que solamente ocupaban su tiempo trabajando, sin participar en gran medida en actividades relacionadas con disfrute y/o esparcimiento, como deportes, juegos de mesa, actividades artísticas, eventos comunitarios, ejercicios de meditación, etc. Esto se debe a que, tal como afirman Rodrigo Elizalde y Christianne Gomes (2010), en la sociedad occidental y capitalista en la cual nos encontramos inmersos/as se encuentra instalado un prejuicio respecto a este tipo de experiencias al oponerse a la lógica productivista; en consecuencia, son catalogadas como “improductivas” y “una pérdida de tiempo” por no tener una finalidad utilitaria.

Lo expuesto puede aportar indicios acerca del por qué esta actividad promotora del bienestar integral a veces no es incluida en los abordajes en salud o solamente se emplea como un medio para trabajar habilidades motoras o cognitivas. Cabe aclarar que no se trata de dejar de lado la rehabilitación y el abordaje de aquellos aspectos funcionales que la persona desee trabajar, sino de adoptar una visión más integral de ella que abarque aspectos no rehabilitables que igualmente hacen a la mejora de su bienestar y calidad de vida. Se coincide con Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro (2012) en que “(...)

el sujeto debe ser percibido más allá de su condición de salud y la intervención debe incluir recursos que permitan la expresión y elaboración de la experiencia de enfermedad y hospitalización, y no sólo la aplicación de técnicas de rehabilitación” (p. 264).

La importancia de participar en actividades de ocio durante una internación

A través de la promoción del ocio, se incentiva la elección y control de al menos un aspecto de su rutina actual, al decidir qué quieren realizar, en qué momento, con quiénes, etc. Este tipo de experiencias son una oportunidad para generar una dinámica de interacciones distinta a la relación profesional de la salud-“paciente” que fomenta el modelo médico hegemónico, a partir de la cual los/as usuarios/as se encuentran subordinados/as a una posición pasiva y no se tienen en consideración sus saberes y deseos. Además, da iniciativa a la toma conciencia y deconstrucción de la alienación por el trabajo y los condicionamientos externos en torno a la producción, para facilitar progresivamente el empoderamiento, la autonomía y un mayor grado de libertad (Waichman, 2008). De esta manera, ellos/as comienzan a adoptar un rol más activo en la toma de decisiones con respecto a cómo ocupan su tiempo, a su proceso de rehabilitación, a su vida cotidiana y a la participación en una variedad de actividades que les resultan significativas por diversos motivos.

Como se plantea a lo largo del escrito, constituye uno de los medios para mejorar la calidad de vida, ya que es una de las tantas formas de ejercer el **autocuidado**. Dicho término hace referencia a la habilidad de una persona o comunidad de cuidar de sí misma y abarca la toma de decisiones y la realización de todas aquellas actividades necesarias para alcanzar, mantener y/o promover el mayor nivel posible de salud y bienestar integrales (Richard & Shea, 2011). Se debe a que estas experiencias se caracterizan por surgir de la libre elección y la motivación intrínseca, lo cual trae consigo la sensación de disfrute y satisfacción (Martínez, 2012). Por lo expuesto, se concibe al ocio como un posible “punto de fuga” respecto de la lógica capitalista que incentiva la capacidad de producción. Es un momento en que la persona solo es en el presente, olvidándose de las situaciones que le preocupan. Lo importante no es el desarrollo de una meta o resultado, sino el proceso de participar en aquello que genera goce a cada uno/a y el significado que le atribuyen a la experiencia. Por ello, es importante que desde los equipos de salud se busque garantizar un momento de calidad con los apoyos adecuados para promover el desempeño de aquellas actividades que se deseen llevar a cabo.

Al mismo tiempo, sirven como medio para gestionar las emociones negativas de maneras más saludables mediante el descubrimiento y aplicación de estrategias distintas a las conocidas y aplicadas previamente. “La actividad lúdica [o de ocio]

aparece como un recurso interesante y potente para la aparición de sentimientos, miedos y ansiedades difíciles de expresar y elaborar, constituyendo, por tanto, una estrategia para afrontar las complicaciones y dificultades vividas durante la hospitalización” (Morais, 1999, citado en Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012, p. 264).

De forma complementaria, Frederic Munné y Núria Codina (1996) afirman que el ocio es una actividad fundamental para los seres humanos debido a su potencial liberador, al ser una herramienta para superar situaciones de la vida cotidiana mediante el ejercicio de la autonomía de decisión, creatividad y expresión de la propia identidad. Específicamente, en el presente escrito se plantea como un espacio donde comenzar a procesar psíquicamente la condición de salud adquirida y las modificaciones corporales-funcionales producidas, al ofrecer la posibilidad de (re)conectar con el cuerpo actual, resignificar la historia de vida y explorar otras facetas de aquellos roles que se desempeñaban previamente. De esta forma, se promueve el descubrimiento y desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos, tanto propios como relacionados con la actividad en cuestión (Martínez, 2012). Este autoconocimiento permite buscar y priorizar aquello que es verdaderamente significativo en el tiempo presente y con las posibilidades actuales para formar parte del propio proyecto de vida a futuro.

Finalmente, implica la oportunidad de explorar e involucrarse en experiencias tanto individuales como de a pares o grupales, permitiendo conocer intereses nuevos o retomar aquellos que se realizaban previo al evento de salud. Además, en las dinámicas con más personas implicadas se favorece la participación social, interacción con otros/as que también se encuentran atravesando situaciones de cambios vitales y la formación de grupos de pertenencia en los cuales puedan brindarse escucha y compañía mutua. “Es también en este territorio –de las relaciones, del encuentro, de trabajo vivo en acto– donde el usuario tiene mayores posibilidades de actuar, de interactuar, de dejar huella, (...)” (Merhy y Macruz Feuerwerker, 2009, p. 7).

Algunas formas posibles de acompañar desde Terapia Ocupacional

Si bien desde TO podría emplearse el ocio solamente como un medio para el desarrollo de habilidades motoras o cognitivas y la recuperación funcional, en el presente escrito se busca plantear el abordaje de la misma desde una visión más integral y global del bienestar para mejorar la calidad de vida de quienes transitan un proceso de internación hospitalaria. En primer lugar, se considera pertinente comenzar a visibilizar y problematizar, junto con quienes se encuentran internados/as, su red social de apoyo y con el equipo de salud, aquellos estereotipos, discursos, sentimientos y pensamientos que

cuestionan la importancia de la participación en este tipo de actividades y, por lo tanto, limitan las oportunidades para decidir y acceder a las mismas.

Asimismo, se plantea la necesidad de impulsar un trabajo de deconstrucción de las creencias respecto del rol profesional asociadas al modelo médico hegemónico dominante, que prioriza el saber teórico y las intervenciones técnicas sobre el cuerpo sin tener en consideración los saberes y objetivos de los/as usuarios/as (Menéndez, 1998, 2003; Spataro, 2011). Implica un cambio en el foco de los abordajes, buscando una mirada más integral y centrada en la subjetividad e historicidad de las personas. Esto conlleva comenzar a reconocerlas como individuos con el derecho y la capacidad para decidir sobre su propia vida y, por lo tanto, de tener una participación activa dentro del proceso de rehabilitación. No solamente son un cuerpo-objeto de intervención, sino sujetos con conocimientos, deseos, valores, preocupaciones, experiencias previas y toda una vida previa y posterior a la internación. Para lograrlo, es necesario tenerlos/as en cuenta e involucrarlos/as y a su red social de apoyo en la toma de decisiones, para así producir vínculos desde “(...) el encuentro trabajador-usuario a través de la escucha, el interés, la construcción de vínculos y la confianza; (...), enriqueciendo y ampliando el razonamiento clínico (...)” al tener un conocimiento y visión más amplios de la situación que están atravesando (Merhy y Macruz Feuerwerker, 2009, pp. 6-7). Igualmente, implica acompañar en este proceso de resignificación de su historia de vida, de volver a escuchar, comprender, conocer, conectar y emplear su cuerpo en aquellos espacios deseados y/o esperados, redescubriendo lo que se puede hacer y ser en esta nueva realidad (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011) para plantear un proyecto de vida a futuro.

Específicamente, desde las incumbencias más representativas de la TO, una de las posibilidades es asumir la tarea de facilitación, al brindar la posibilidad de vivir una amplia variedad de experiencias. A través de ellas, las personas pueden explorar, superar los desafíos que se les planteen y desarrollar nuevas habilidades y aprendizajes. Entonces, se busca favorecer la participación en aquellas actividades (en el caso de este escrito, se resalta la importancia del ocio) que se consideren significativas mediante la evaluación conjunta y aplicación de los apoyos que se acuerden como los más adecuados para cada situación particular. Entre ellos pueden nombrarse la adaptación de las actividades al modificar los materiales y/o simplificar los pasos, el uso dispositivos de ayuda externos, la reorganización del entorno físico y brindar asistencia personalizada, entre otras formas de apoyo (Martínez, 2012). Tal como afirma Pablo Waichman (2008), se trata de “proporcionar la posibilidad de que el otro pueda ser protagonista, creador de su propia naturaleza. Proporcionar los instrumentos para superar la alienación y construir su tiempo libre, esto es, su libertad en el tiempo” (p. 43).

Discusión

Adquirir una condición de salud física provoca un impacto vital y cambios drásticos en la dinámica cotidiana de las personas y su red social de apoyo. A este desafío se le suman las secuelas motoras, cognitivas y/o conductuales que modifican las formas de percibir, pensar, sentir, moverse e interactuar socialmente. Todo ello implica un proceso de resignificación de la nueva realidad y un redescubrimiento del propio cuerpo, de lo que se puede hacer y ser con este, para actualizar la imagen que tiene de sí misma y su identidad (Gálvez, Godoy y Lagos, 2010; Spataro, 2011).

“Ante la irrupción abrupta de la discapacidad, el sistema de salud, a través de sus efectores de rehabilitación, propone entonces a los pacientes y sus familias un tratamiento enfocado a compensar y reducir las limitaciones físicas sobrevenidas” (Spataro, 2011, p. 3), con el objetivo de favorecer la participación en los espacios cotidianos con la menor cantidad de dificultades. En algunos casos, este proceso se lleva a cabo en el marco de una internación en una institución especializada. La misma también trae consigo modificaciones en la cotidianidad: se habita un espacio muy distinto al habitual, con lógicas y normas propias, con horarios específicos para comer, bañarse, recibir visitas, etc., con un cronograma diario de terapias y conviviendo por meses con personas desconocidas en un primer momento.

A lo planteado se le suma la identificación de algunas creencias y discursos que minimizan la importancia del ocio para mejorar el bienestar integral y la calidad de vida. Frente a ello, desde TO y todas las profesiones que conforman el equipo de salud, existe la posibilidad de intervenir sobre estas representaciones mediante su identificación, visibilización, problematización y reflexión para intentar trascender la dicotomía producción/rehabilitación vs. ocio y, de esta forma, aspirar a acompañar de una forma más integral a quienes se encuentran internados/as.

Cabe aclarar nuevamente que no se trata de dejar de lado la rehabilitación y el abordaje de aquellos aspectos funcionales que la persona desee trabajar, sino de construir acciones hacia “(...) la humanización y la producción de cuidados guiados por los principios de integralidad. (...) para rescatar el lugar del sujeto como protagonista de las acciones de salud, y desarrollar una cotidianidad diferente en los ambientes hospitalarios (...)” (Galheigo, de Angeli y Azevedo Luvizaro, 2012, p. 261). Supone dejar de centrarse solamente en el cuerpo como un objeto de intervención y ver a la persona como un ser pasivo, para comenzar a considerarla un sujeto activo del proceso de rehabilitación, con el derecho y la capacidad para decidir en qué actividades desea involucrarse y ocupar su tiempo por resultarles significativas y promover su bienestar integral.

Para finalizar, si bien el presente escrito se centra en el ocio en contextos de internación, cabe aclarar y resaltar que la mis-

ma es igualmente importante luego del alta hospitalaria. Es por ello, que debe incentivarse que las personas continúen formando parte de actividades de disfrute, esparcimiento y/o relajación que sean de interés propio dentro de la comunidad en la que se encuentran. Para lograr esto, es necesario evaluar los recursos con los que cuentan, ofertas en la comunidad, facilitadores y barreras para la participación, etc. para promover el involucramiento en espacios distintos a los habituales (como ser, la casa y las instituciones de salud) y, si lo desean, con personas que no forman parte de su red social cercana. ■

[Recibido 25/3/24 - Aprobado 24/06/24]

Referencias

- Elizalde, R. y Gomes, C. (2010). *Ocio y recreación en América Latina: conceptos, abordajes y posibilidades de resignificación*. *Polis Revista Latinoamericana*, 26, 1-19. <https://journals.openedition.org/polis/64>
- Galheigo, S. M. (2012). *Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político*. *TOG (A Coruña)*, 9 (5): 176-187. <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Galheigo, S. M., de Angeli, A. A. C. y Azevedo Luvizaro, N. (2012) *O cotidiano, o lúdico e as redes relacionais: a arte da cuidar em Terapia Ocupacional no hospital*. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, 40 (16), 261-271. <https://www.scielo.br/j/icse/a/pB-CrBDcpGFT7VnbgWDFJcZH/?format=pdf&lang=pt>
- Gálvez, M., Godoy, M. y Lagos, A. (2010). *Construcción de significados de experiencia de cuerpo con personas en situación de discapacidad física adquirida*. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 71-83. <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/10562/10640>
- Joly, E. (2011). *Discapacidad, Derechos Humanos y Salud*. En IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-autonoma-de-entre-rios/psicologia-general-y-aplicada/discapacidad-derechos-humanos-y-salud/33278048>
- Martínez, M. (2012). *Factores contextuales y calidad de vida en las actividades de ocio de los jóvenes y adultos con discapacidades del desarrollo* [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca, Salamanca, España. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/121194/INICO_MartinezAguirreMagdalena_Tesis.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires, Argentina. 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjn-trqbxZJ6cdTnPN/?format=pdf&lang=es>
- Merhy, E. E. y Macruz Feuerwerker, L. C. (2009). *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. En

- Mandarino, A. C. S. y Gomberg, E. *Leituras de novas Tecnologias e Saúde*. Editora UFS. https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea
- Munné, F. y Codina, N. (1996). Capítulo 16: Psicología social del ocio y tiempo libre. En Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (Coords.), *Psicología social aplicada* (pp. 430-447). McGraw-Hill Interamericana de España. https://www.researchgate.net/profile/Nuria-Codina-2/publication/257766145_Psicologia_Social_del_ocio_y_el_tiempo_libre/links/00b7d525d5643621e4000000/Psicologia-Social-del-ocio-y-el-tiempo-libre.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York, Estados Unidos. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Richard, A. & Shea, K. (2011). *Self-Care Concept Delineation*. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (3), 255-264. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x
- Spataro, M. (2011). *Hospitalización en rehabilitación: El reclamo de la subjetividad*. En *IV Encuentro Internacional Políticas Públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires, Argentina. <https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/39.pdf>
- Waichman, P. (2008). *Tiempo libre y recreación: Un desafío pedagógico*. Editorial CCS. <https://drive.google.com/file/d/0ByOCLxnTzucqbWJ-QS2paV1dVRXM/view?resourcekey=0-Csx-DTwLBMAXTJUHG3mWnA>

Cómo citar este ensayo:

Altera, S. (2024). El ocio en contextos de internación hospitalaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 10(1), 75-80.