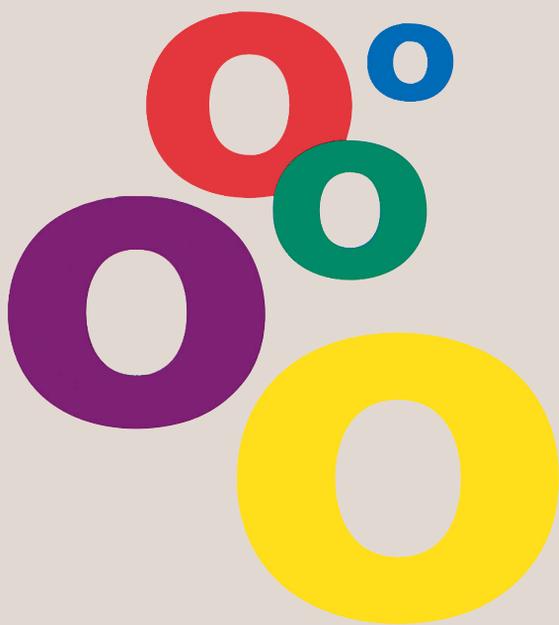


Susana Gorbeña Etxebarria (editora)

# Modelos de intervención en ocio terapéutico

Documentos de Estudios de Ocio, núm. 11



Universidad de  
Deusto

.....  
**Instituto de  
Estudios de Ocio**





# Modelos de intervención en ocio terapéutico

Publicación de la Cátedra de Ocio y Minusvalías  
con motivo del 6.º Congreso Mundial de Ocio



Susana Gorbeña Etxebarria (editora)

# Modelos de intervención en ocio terapéutico

2000  
Universidad de Deusto  
Bilbao

## Documentos de Estudios de Ocio, núm. 11

El Instituto de Estudios de Ocio pretende que la aparición de sus *Documentos* ayude a paliar la escasez de publicaciones sobre temas de ocio en lengua castellana. Cada Documento tratará de responder a alguna cuestión relacionada con la práctica del ocio, entendido como cultura, deporte, educación, turismo, recreación y desarrollo personal y comunitario. Los especialistas y técnicos en las áreas señaladas podrán disponer así de investigaciones, instrumentos de trabajo y puntos de vista de personas que colaboran con este Instituto universitario. El contenido de cada uno de los documentos es obra y responsabilidad de su/s autor/es.

### **Consejo de Dirección**

Manuel Cuenca  
M.<sup>a</sup> Luisa Amigo  
Susana Gorbeña  
Eduardo Martín  
Felipe Ponce  
Roberto San Salvador  
M.<sup>a</sup> Luisa Setién

**Traducción:** Susana Gorbeña

Documento subvencionado por la ONCE

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

Publicación impresa en papel ecológico

© Universidad de Deusto  
Apartado 1 - 48080 Bilbao

ISBN: 978-84-9830-438-1

# Indice

<b>Prólogo</b> .....	9
<b>Capítulo 1.</b> El modelo de habilidad de ocio, por <i>Norma J. Stumbo</i> y <i>Carol A. Peterson</i> . .....	13
<b>Capítulo 2.</b> El modelo de protección/promoción de la salud, por <i>David R. Austin</i> .....	35
<b>Capítulo 3.</b> Modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico y modelo de resultados del ocio terapéutico, por <i>Glen E. Van Andel</i> .....	49
<b>Capítulo 4.</b> Autodeterminación y aumento del disfrute: un modelo psicológico de prestación de servicios de ocio terapéutico, por <i>John Dattilo</i> , <i>Douglas Kleiber</i> y <i>Richard Williams</i> . .....	69
<b>Capítulo 5.</b> El modelo aristotélico de la vida buena: integración de los valores en la prestación de servicios de ocio terapéutico, por <i>Mark A. Widmer</i> y <i>Gary D. Ellis</i> .....	89
<b>Capítulo 6.</b> Optimización de la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital: un modelo de ocio terapéutico de mejora de la salud por <i>Barbara Wilhite</i> , <i>M. Jean Keller</i> y <i>Linda Caldwell</i> . .....	109



# Prólogo

La revista *Therapeutic Recreation Journal*, publicada por la *National Therapeutic Recreation Society* de Estados Unidos, es el foro en el que, desde 1968, los especialistas en ocio terapéutico han publicado y debatido las cuestiones relativas a una profesión de amplia implantación en los países de Norteamérica y de reciente interés en nuestro contexto. El material que se presenta a continuación es el resultado del trabajo editorial de C. Carruthers, B. Hawkins y J. Voelkl, a quienes la revista encargó una serie especial sobre modelos de intervención en ocio terapéutico.

Desde que en 1984 se articuló formalmente el primer modelo de intervención (Peterson y Gunn, 1984), la disciplina ha debatido, sin llegar a un consenso, la mejor manera de conceptualizar y articular los servicios profesionales del especialista en ocio terapéutico. En el debate subyace un profundo desacuerdo sobre el fin último de los servicios. Un sector profesional entiende que el ocio es el fin último de la intervención, mientras que, para el otro grupo, el ocio es básicamente un medio para el logro de otros fines como la salud, el bienestar y la calidad de vida. El resultado de este debate, además de la pluralidad de modelos de intervención, fue la división de la profesión en dos organizaciones que defienden posturas encontradas: la *National Therapeutic Recreation Society* y la *American Therapeutic Recreation Association*.

Los modelos publicados en esta serie representan ambas posturas, así como otras novedosas que estudian aspectos que antes no habían sido abordados, como por ejemplo, el papel de la ética en la prestación de servicios. Sin embargo, la selección de modelos no incluye todos los abordajes propuestos en la literatura científica. Por ejemplo, el interesante modelo ecológico de Howe-Murphy y Charboneau (1987), de corte mucho más comunitario, no aparece aquí y, sin embargo, es una aproxima-

ción relevante en la intervención en ocio terapéutico. Tampoco se mencionan algunas aproximaciones de naturaleza ecléctica que según Witman (1999) suelen ser habituales entre los profesionales.

Por motivos de espacio no ha sido posible traducir todos los artículos que constituían esta serie. Además de los seis modelos presentados, se incluían dos artículos que comentaban cada modelo, uno desde la perspectiva del ejercicio profesional y el otro desde la investigación y teoría. Se remite al lector interesado a los números de 1998 y 1999 de la revista para conocer en mayor profundidad los modelos y el debate que generan. Es especialmente interesante la reflexión de Mobily (1999) quien revisa los seis modelos presentados.

Los modelos, tal y como indican las editoras de la serie y los propios autores, se formulan como propuestas abiertas al debate y al cambio, y algunos de ellos están aún en revisión y se consideran provisionales. En este sentido, el lector observará deficiencias y debilidades de corte conceptual, teórico y metodológico que, en ocasiones, los autores reconocen y Mobily (1999) apunta con precisión. Es especialmente relevante tener en cuenta que en esta área, «el ejercicio profesional precede a la teoría» (Mobily, 1999, p. 175) y a la investigación. Otros aspectos, como por ejemplo, la relevancia cultural de las propuestas son también cuestionadas por algunos comentaristas (Dieser, 1999). La disciplina es joven y aún no ha producido un sólido cuerpo de conocimientos. Sin embargo, consideramos que merece la pena poner a disposición del lector en lengua castellana este material, por constituir un punto de partida para iniciar el debate y el trabajo que, como profesionales e investigadores del ocio, nos corresponde aportar a la comunidad científica.

Es necesario, para terminar, puntualizar una cuestión de naturaleza terminológica. La lengua inglesa utiliza los términos ocio y recreación y, como se observa en los textos, los especialistas distinguen ambos conceptos. De hecho, la traducción literal es recreación terapéutica y no, ocio terapéutico. Sin embargo, dado que en nuestro contexto el término recreación es de uso escaso (más bien se ha hablado de las actividades de tiempo libre o simplemente del tiempo libre), se ha optado por utilizar el concepto de ocio terapéutico para hacer referencia a un área de conocimiento y ejercicio profesional que, en su propio devenir, ha evolucionado hacia un claro interés en la vivencia y experiencia humana del ocio más que en las meras actividades recreativas, lúdicas o de tiempo libre.

El interés por avanzar en el conocimiento sobre temas de ocio ha movido al Instituto de Estudios de Ocio de la Universidad de Deusto, desde sus inicios en 1989, a profundizar en una joven y prometedora disciplina y campo de ejercicio profesional. Desde el Instituto se está realizando el esfuerzo de poner a disposición de la comunidad científica y de los pro-

fesionales materiales relevantes para el avance de la disciplina. Esperamos que este esfuerzo resulte fructífero.

Desde estas páginas se quiere agradecer a la dirección del *Therapeutic Recreation Journal* su autorización para traducir el material que se presenta, especialmente a R. S. Epstein, director ejecutivo de la *National Therapeutic Recreation Society*. También se agradece la ayuda prestada por D. Runels y las revisiones llevadas a cabo por V. M. Larrínaga. Finalmente, es de justicia reconocer el interés y apoyo que las cuestiones relativas al ocio de colectivos desfavorecidos han recibido desde los inicios del trabajo del equipo de profesores y profesionales del Instituto Interdisciplinar de Estudios de Ocio y de la Cátedra de Ocio y Minusvalías, patrocinada por la ONCE. El apoyo a publicaciones de esta naturaleza confirma su compromiso con el derecho al ocio de todos los seres humanos.

## Referencias

- DIESER, R. B. (1999). «Letter to the guest editors of the practice models series». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 193-194.
- HOWE-MURPHY, R. y CHARBONEAU, B. G. (1987). *Therapeutic recreation intervention: An ecological perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- MOBILY, K. E. (1999). «New horizons in models of practice in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 174-192.
- PETERSON, C. A. Y GUNN, S. L. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principles and practices*. (2.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- WITMAN, J. (1999). «Letter to the guest editors of the practice models series». *Therapeutic Recreation Journal*, 33, 342-343.



# Capítulo 1

## El modelo de habilidad de ocio

*Norma J. Stumbo y Carol A. Peterson*<sup>1</sup>

*Resumen: El modelo de habilidad de ocio es uno de los modelos de intervención en ocio terapéutico más antiguo, más ampliamente utilizado y también más criticado. Está fundamentado en los conceptos de locus de control interno, motivación intrínseca, causalidad personal, libertad de elección y flujo. El modelo utiliza estas ideas como fundamento de los tres componentes de la intervención: el tratamiento, la educación del ocio y la participación en ocio. Estas tres áreas de servicio proporcionan el contenido para crear, desarrollar, implementar y evaluar programas de ocio terapéutico basados en las necesidades del cliente. El resultado general que se pretende con estos servicios de ocio terapéutico, tal y como lo define el modelo de habilidad de ocio, es un estilo de vida de ocio satisfactorio, independiente y libremente elegido. Se incluyen en este artículo las fortalezas y debilidades observadas en el modelo, así como indicaciones para su desarrollo futuro.*

### **El modelo de habilidad de ocio**

El modelo de habilidad de ocio (Peterson y Gunn, 1984) es uno de los modelos conceptuales de prestación de servicios de ocio terapéutico más antiguo, más ampliamente utilizado y a la vez más debatido. Peterson (1989)

---

<sup>1</sup> Norma J. Stumbo es vicedecana en funciones de *Undergraduate Instruction* y catedrática de Recreación y Administración de Parques en la Illinois State University. Carol A. Peterson es doctora en Educación y está acreditada como especialista en Ocio Terapéutico.

A no ser que se indique lo contrario, esta presentación del modelo de habilidad de ocio se deriva enteramente del trabajo de Carol A. Peterson y Scout L. Gunn, concretamente en Peterson y Gunn (1984). Los autores han concedido el permiso para citarles aquí, de forma genérica, en vez de referenciar constantemente su trabajo. Los autores desean agradecer a la asistente de investigación de doctorado de la Illinois State University, Amanda McGowen, su ayuda en las búsquedas bibliográficas.

señaló la principal razón de este amplio debate. En un momento en que muchos profesionales del ocio terapéutico quieren adherirse con fuerza a un modelo de servicios más de tipo médico o «terapéutico», el modelo de habilidad de ocio implica una fuerte orientación hacia el «ocio». Peterson (1989) resumía las dos opciones:

La orientación hacia el ocio implica que el resultado final o conjunto de creencias directrices se refiere a la conducta de ocio, y que esta orientación se basa en el ámbito de conocimiento relativo al ocio como su fuente y fundamentación. La orientación terapéutica, por otro lado, apuesta por el cambio o la mejora de las conductas funcionales como el fin deseable y se basa en el conocimiento de la medicina, la psiquiatría, la psicología y las ciencias del desarrollo humano (p. 28).

En otras palabras, el modelo de habilidad de ocio fue elaborado pensando que el producto final de los servicios de ocio terapéutico era una mejora en el funcionamiento independiente y satisfactorio de ocio de los clientes, también denominado «estilo de vida de ocio» (Peterson, 1981, 1989; Peterson y Gunn, 1984).

El estilo de vida de ocio es la expresión comportamental diaria de las actitudes, conciencia y actividades de ocio que se manifiesta en el contexto y entramado de toda la experiencia vital (Peterson y Gunn, p. 4).

El estilo de vida de ocio implica que un sujeto tiene las suficientes destrezas, conocimiento, actitudes y capacidades para participar con éxito y derivar satisfacción de las experiencias de ocio y recreación que forman parte de su patrón vital individual. Estos niveles de participación y satisfacción se refieren, en última instancia, a la calidad de vida y la felicidad. Csikszentmihalyi (1990) afirmó: «Las personas que aprenden a controlar su experiencia interna serán capaces de determinar la calidad de sus vidas, que es lo más cercano a la felicidad» (p. 2). En la literatura sobre la conducta y la teoría del ocio existen diversos conceptos y hallazgos relacionados con un estilo de vida de ocio satisfactorio, la calidad de vida, la felicidad o la satisfacción. Aunque el espacio es limitado, se discutirán algunos de estos conceptos, como (a) la indefensión aprendida frente a la competencia o la autodeterminación; (b) la motivación intrínseca, el locus de control interno y la atribución causal; (c) la elección y (d) el flujo.

## **Justificación de los servicios de ocio terapéutico**

Para enmarcar los conceptos planteados anteriormente, se necesita justificar, desde el modelo de habilidad de ocio, los servicios de ocio te-

rapéutico. Esta justificación se ha elaborado sobre la base de un conjunto lógico de supuestos relativos a la conducta adulta de ocio típica.

El primer supuesto es que todo ser humano necesita, quiere y se merece el ocio. El ocio ofrece oportunidades para probar nuevas conductas, experimentar la sensación de competencia, aprender nuevas destrezas, conocer gente nueva, profundizar en las relaciones existentes y desarrollar un sentido más claro de uno mismo. El ocio ofrece el contexto en el que las personas pueden aprender, interactuar, expresar su individualidad y autorrealizarse (Kelly, 1990).

El segundo supuesto es que muchas, si no todas las personas, se enfrentan a barreras para un ocio completo y satisfactorio. Por ejemplo, algunas personas pueden ver el ocio como una pérdida de tiempo o dinero; otras pueden no saber cómo acceder a información relativa a la oferta de ocio; otras pueden carecer de habilidades para conocer gente nueva o establecer relaciones significativas; algunas pueden tener preocupaciones sobre su seguridad o bienestar que impidan que accedan a equipamientos de ocio; y otras pueden sentir que no tienen el suficiente dinero para gastarlo en ocio. Aunque muchos adultos superan estas barreras o aprenden a compensar sus consecuencias, otros no logran alcanzar un ocio satisfactorio.

Por lo tanto, muchas personas con discapacidades y/u otras enfermedades pueden experimentar barreras más frecuentes, severas y duraderas si se comparan con sus iguales sin discapacidad, simplemente debido a la presencia de la discapacidad y/o enfermedad. Por ejemplo, algunas personas pueden tener dificultades con la accesibilidad física en espacios recreativos o turísticos; otras pueden tener adicciones a sustancias que les impiden participar estando sobrias; algunas pueden tener una resistencia física, coordinación o fuerza mermada; otras pueden tener pocas destrezas debido a la falta de exposición a las típicas ofertas de ocio y recreación; otras pueden tener dificultades para hacer amigos debido al aislamiento social o a actitudes sociales; y otras puede que no hayan sido conscientes de las oportunidades de ocio que están disponibles para personas en su situación de discapacidad.

Ya que es probable que muchas personas con discapacidad y/o enfermedades tengan más dificultades para participar plena y satisfactoriamente del ocio, necesitan la ayuda adicional de un especialista en ocio terapéutico para eliminar, reducir, superar o compensar las barreras de ocio. Un especialista en ocio terapéutico que utiliza el modelo de habilidad de ocio como fundamento de su oferta de servicios, ayuda a reducir las barreras para la participación en ocio mediante la provisión de servicios de tratamiento, educación del ocio y participación en ocio. Aunque el modelo de habilidad de ocio ofrece, desde estos tres ámbitos de servi-

cio, orientación específica sobre el contenido y resultado del servicio, su justificación se deriva de los conceptos de (a) indefensión aprendida frente a competencia o autodeterminación; (b) motivación intrínseca, locus de control interno y atribución causal; (c) elección y (d) flujo. Estas cuatro áreas son tan importantes para entender el estilo de vida de ocio que van a ser analizadas en función de su relación con la propuesta planteada por el modelo de habilidad de ocio para la provisión de servicios de ocio terapéutico.

### *Indefensión aprendida frente a competencia o autodeterminación*

Iso-Ahola (1980), un psicólogo social, entendía que el ocio terapéutico era un medio para ayudar a las personas a derivar satisfacción psicológica de su participación en ocio. Formuló un marco de referencia para utilizar otros constructos psicológicos a fin de analizar el fenómeno del ocio, específicamente los relativos al concepto de estilo de vida de ocio. La siguiente cita es importante para comprender las bases teóricas de la provisión de servicios de ocio.

La gente, en general, espera que su participación en el ocio y las actividades recreativas sea psicológicamente terapéutica... el término «ocio terapéutico» se limita al proceso mediante el cual una persona («el terapeuta»), de forma activa e intencional, se esfuerza para eliminar las barreras psicológicas que impiden que los clientes... experimenten un ocio satisfactorio. La mera participación en actividades de tiempo libre carece de sentido. La consideración más importante es lo que los clientes por sí mismos y con la ayuda de un especialista en ocio terapéutico sean capaces de obtener, a nivel psicológico, de su actividad recreativa (Iso-Ahola, 1980, p. 323).

Un constructo psicológico que explica la conducta de ocio de algunas personas con discapacidades y/o enfermedades y que tiene que ver con la provisión de servicios de ocio terapéutico es el de indefensión aprendida. La indefensión aprendida es la percepción de un sujeto de que los acontecimientos de su vida están más allá de su control personal y, por tanto, la persona deja de intentar producir cambios o resultados en su vida (Seligman, 1975). Por ejemplo, si a un sujeto en un centro de tratamiento se le dice repetidamente que no puede participar en cierto tipo de actividad recreativa («Eres demasiado viejo para hacer eso») o que debe participar de una cierta manera («Déjame que te ayude»), con el tiempo dejará de querer participar en la actividad o de participar de cierta manera. Aprenderá que las reglas están fuera de su control y que otro es responsable de establecer las reglas. Su capacidad de asumir riesgos disminuirá y apren-

derá a sentirse indefenso. Así, la indefensión aprendida se convierte en una significativa barrera para la conducta de ocio libremente elegida y autodeterminada. Iso-Ahola (1980) afirmaba que es «importante tener en cuenta que la indefensión se aprende en las interacciones con el medio ambiente; no es resultado de rasgos heredados» (p. 328). En otras palabras, la indefensión aprendida puede ser una barrera psicológica para una plena participación en ocio y puede, de igual forma, ser desaprendida gracias a servicios bien diseñados.

Muchas personas con discapacidades y/o enfermedades experimentan indefensión aprendida. Puede aprenderse durante la infancia, cuando los demás hacían cosas «para» la persona, o mediante una exposición repetida a entornos en los que uno aprende a ser un paciente pasivo al que se le hacen cosas de forma rutinaria. La indefensión aprendida elimina en la persona la sensación de competencia y autodeterminación. Iso-Ahola (1980) afirmaba que la indefensión aprendida puede generalizarse rápidamente de una instancia concreta a un sentido más generalizado de incompetencia y falta de control.

Tras experimentar indefensión en una actividad de ocio una persona puede creer firmemente que no es normal, que es inadecuada y que carece de las destrezas básicas para la actividad. Consecuentemente, la persona piensa que no está capacitada para participar en esa actividad; esta creencia puede después generalizarse a otras áreas de la conducta de ocio. Por tanto, todo su repertorio de conductas de ocio está en peligro. Si la indefensión se generaliza a todo el ocio y si el ocio es importante para la persona, la indefensión y la depresión pueden alcanzar la vida laboral, y en el peor de los casos, toda la vida del sujeto (Iso-Ahola, 1980, p. 334).

Iso-Ahola (1980) afirmaba que de la indefensión aprendida se derivan tres consecuencias: (a) una falta de motivación interna para escapar de las condiciones que llevaron al estado de indefensión; (b) una falta de comprensión cognitiva de la eficacia personal (i.e. de que la persona puede producir cambios); y (c) una mayor emocionalidad (denominada trastorno por estrés postraumático cuando la exposición repetida a acontecimientos incontrolables es extrema).

El papel del especialista en ocio terapéutico, en orden a revertir las consecuencias de la indefensión aprendida, es ayudar al sujeto a (a) aumentar el sentido de la causación personal y el control interno, (b) incrementar la motivación intrínseca, (c) aumentar el sentido de la elección y alternativas personales, y (d) lograr el estado de experiencia óptima o «flujo». Por tanto, en teoría, el ocio terapéutico se ofrece para influir en la conducta total de ocio (el estilo de vida de ocio) de las personas con

discapacidades y/o enfermedades mediante la reducción de la indefensión aprendida y el aumento del control personal, la motivación intrínseca y la elección individual. Este resultado se logra mediante la provisión de servicios de tratamiento, educación del ocio y participación en ocio que enseñan destrezas específicas, conocimientos y capacidades y que toma en consideración el ajuste entre las destrezas del cliente y el reto de la actividad.

### *Motivación intrínseca, locus de control interno y atribución causal*

Los tres conceptos, motivación intrínseca, locus de control (Deci, 1975) y causación personal (Seligman, 1975), están íntimamente ligados y ayudan a explicar el fundamento de la provisión de servicios de ocio terapéutico. Todas las personas están intrínsecamente motivadas para aquellas conductas en las que pueden experimentar competencia y autodeterminación. Así, las personas buscan experiencias incongruentes (esto es, ligeramente por encima de su nivel de destrezas percibido) o retos en los que pueden dominar la situación, reducir la incongruencia y mostrar competencia. Este es un proceso continuo y mediante la adquisición de destrezas y de sentido de dominio produce sentimientos de satisfacción, competencia y control.

Un locus de control interno supone que la persona tiene la tendencia a creer que es responsable de la conducta y resultados que produce (Deci, 1975). Habitualmente, las personas con un locus de control interno se responsabilizan de sus decisiones y de las consecuencias de las mismas. Una afirmación típica de estas personas sería «Soy responsable de mis elecciones de ocio». Una persona con un locus de control externo podría afirmar «Es culpa tuya el que yo no haya hecho esto bien», y responsabilizará, culpará u otorgará el reconocimiento a otras personas. Obviamente, es importante tener un locus de control interno para sentirse responsable y dirigido por uno mismo, para estar motivado para seguir buscando retos y para desarrollar un sentido de competencia personal.

La causalidad personal o la atribución supone que una persona cree que puede influir en un resultado concreto (Deci, 1975; Seligman, 1975). Por ejemplo, cuando una persona experimenta el éxito, esa persona puede atribuir el éxito al esfuerzo personal (causación personal), o a la suerte o el azar (causación situacional). Un aspecto importante del sentido del logro, la competencia y el control es la interpretación de la persona de la contribución que ha hecho al resultado. Sin un sentido de causación personal, la probabilidad de que una persona desarrolle la indefensión aprendida (el sentimiento de que otros tienen el control) aumenta de forma considerable.

Estos tres conceptos se relacionan con el ocio terapéutico en tanto en cuanto el objetivo último de un estilo de vida de ocio independiente y satisfactorio conlleva estar intrínsecamente motivado, tener un locus de control interno y tener un sentimiento de causación personal. Para facilitar estas percepciones, el especialista en ocio terapéutico debe ser capaz de diseñar, implementar y evaluar diferentes actividades que aumentan la sensación de competencia personal y de control. En relación con la conducta de ocio, Peterson (1989) pensaba que esto supone mejorar las habilidades funcionales, las actitudes relativas al ocio, las destrezas, conocimientos y capacidades, además de la implicación voluntaria en conductas de ocio personalmente seleccionadas. Por tanto, las tres áreas de servicio, tratamiento, educación del ocio y participación en ocio se diseñan para enseñar destrezas específicas que mejoren la competencia personal y la sensación de logro. Csikszentmihalyi (1990) resumía la importancia de estas percepciones: «(A) la larga, las experiencias óptimas contribuyen al sentido de competencia —o quizá mejor, al sentido de tomar parte en la determinación del contenido de la propia vida—, lo que se aproxima a lo que habitualmente entendemos por felicidad más que otra cosa que podamos imaginar» (p. 4).

### *Elección*

El modelo de habilidad de ocio también se apoya en el concepto de elección. De manera inherente y paralela al concepto de motivación intrínseca, locus de control interno y causación personal, la elección implica que la persona tiene las suficientes habilidades, conocimiento y actitudes como para tener opciones entre las que elegir, y las destrezas y deseo de elegir de forma apropiada. Lee y Mobyly (1988) afirmaban que los servicios de ocio terapéutico deben desarrollar destrezas y ofrecer a los participantes opciones para la participación. El modelo de habilidad de ocio enfatiza los contenidos que ayudan a los clientes a hacerse con destrezas en diferentes áreas, lo que a su vez debe permitirles contar con diferentes opciones para un funcionamiento independiente en ocio en el futuro.

Lee y Mobyly (1988) ampliaron la idea de la elección al examinar los conceptos de «libertad de» y «libertad para». Anteriormente se ha afirmado que muchas personas sin discapacidad se enfrentan a barreras en sus experiencias de ocio. A veces esto se convierte en una situación de «sólo si...». La persona siente que se divertiría más «sólo si» tuviera más dinero, más tiempo, menos impedimentos, etc. Estas personas expresan la necesidad de una mayor «libertad de» obligaciones y responsabilidades. Sin embargo, las personas con discapacidad muchas veces tienen la

experiencia opuesta aunque igualmente importante, la necesidad de la «libertad para» participar. Esto es, el tener las destrezas requeridas para participar, saber dónde y con quién participar, ser capaz de llegar a un espacio de ocio cuando uno lo desea, etc. La «libertad de» barreras y la «libertad para» ejercer las diferentes opciones justifican que los servicios de ocio terapéutico sean necesarios para las personas que tienen discapacidades y/o enfermedades.

### *Flujo*

Un cuarto concepto es el de flujo (Csikszentmihalyi, 1990). Para que una persona entre en el «estado de flujo» o logre una «experiencia óptima», deben estar presentes una serie de elementos. Entre los más importantes está el ajuste entre los retos que plantea la actividad y el nivel de destreza de la persona. Cuando el nivel de destreza es alto y el reto de la actividad es bajo es bastante probable que la persona se sienta aburrida. Cuando el nivel de destreza es bajo y el reto que supone la actividad es alto, es bastante probable que la persona se sienta ansiosa. Cuando el nivel de destreza y el reto de la actividad son iguales o casi iguales (ambos bajos o altos), es más probable que la persona alcance un nivel de concentración y consumo de energía que Csikszentmihalyi (1990) ha llamado «flujo».

Las implicaciones para la oferta de servicios a los clientes desde el modelo de habilidad de ocio son importantes. Fundamentalmente, significa que el especialista en ocio terapéutico debe ser capaz de evaluar de forma adecuada el nivel de destreza de sus clientes (mediante la evaluación del cliente) y de los requisitos de la actividad (mediante el análisis de actividades), a fin de que ambos (al menos aproximadamente) se correspondan. Dada la teoría de Deci (1975) sobre la motivación intrínseca, que incluye el concepto de incongruencia, el especialista en ocio terapéutico puede plantear actividades ligeramente por encima del nivel de destreza de los clientes a fin de aumentar su sentido de la competencia. Cuando se da este ajuste entre los requisitos de la actividad y el nivel de destrezas del cliente, las personas son más capaces de aprender y experimentar un ocio de mayor calidad. Para facilitararlo, el especialista en ocio terapéutico debe comprender e incorporar (a) los fundamentos teóricos (incluyendo, pero no sólo, los conceptos de locus de control interno, motivación intrínseca, causación personal, libertad de elección y flujo); (b) las características típicas de sus clientes, incluidas sus necesidades y déficits; (c) los aspectos del proceso de provisión de un programa de ocio terapéutico de calidad (e.g., evaluación del cliente, análisis de actividades, evaluación de resultados, etc.); y (d) el con-

tenido del ocio terapéutico (tratamiento, educación del ocio y participación en ocio).

Todos estos aspectos son importantes para que el especialista en ocio terapéutico diseñe una serie de programas organizados y coherentes que satisfagan las necesidades del cliente y ayuden a que éste avance hacia un estilo de vida de ocio independiente y satisfactorio. De nuevo, el éxito de ese estilo de vida depende de que el cliente adquiera un sentido de control y elección de sus opciones de ocio, de que esté orientado hacia la motivación intrínseca, el locus de control interno y el sentido de causación personal. Además de fundamentarse en estos principios clave, el modelo de habilidad de ocio formula unos contenidos específicos que pueden trabajarse con los clientes a fin de facilitar el desarrollo, mantenimiento y expresión de un estilo de vida de ocio exitoso. Cada aspecto de estos contenidos se relaciona con el éxito futuro, la independencia y el bienestar de los clientes por lo que a su ocio se refiere.

## **Descripción de los componentes del modelo**

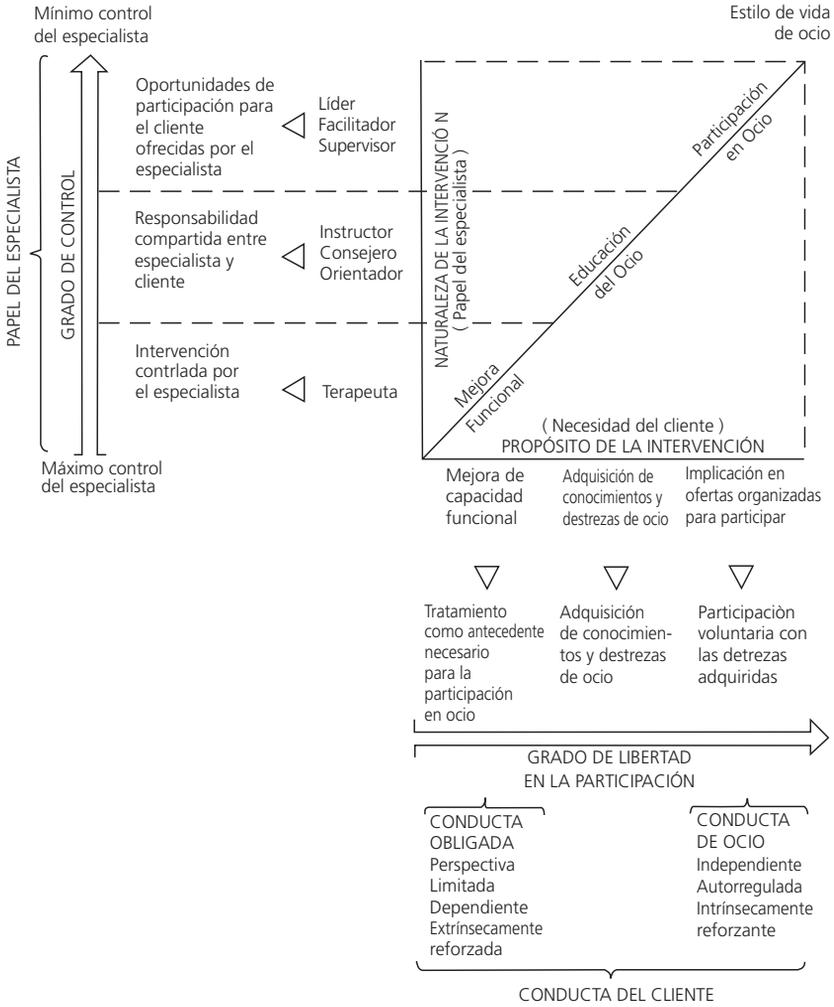
El modelo de habilidad de ocio plantea tres categorías principales de servicio: tratamiento, educación del ocio y participación en ocio. Cada área de servicio está basada en diferentes necesidades del cliente y tiene objetivos, conductas, roles profesionales y resultados específicos. El objetivo general de los servicios de ocio terapéutico es un estilo de vida de ocio satisfactorio, esto es, el funcionamiento independiente del cliente en las experiencias y actividades de ocio que haya elegido. Cada componente del servicio (tratamiento, educación del ocio y participación en ocio) contribuye a aumentar las conductas del cliente orientadas al logro de un estilo de vida de ocio positivo y satisfactorio. La figura 1 muestra el modelo de habilidad de ocio.

### *Servicios de tratamiento*

Los servicios de tratamiento se ofrecen basándose en los déficits del cliente en cuatro áreas funcionales relacionadas con la participación en ocio: (a) física, (b) mental, (c) emocional/afectiva, y (d) social. Los déficits en estas áreas impiden que el cliente participe de forma plena en actividades recreativas y de ocio; esto es, son un requisito para la participación diaria y con éxito en el ocio. En general, los déficits son limitaciones funcionales que sus iguales (personas sin discapacidades y/o enfermedades) no experimentarían. Por ejemplo, un niño con trastorno de conducta puede

**Figura 1**

**El nuevo modelo de habilidad de ocio**



tener déficits en sus habilidades sociales (conductas de pegar, dar patadas o arañar) hasta tal punto que no pueda participar con otros de una forma socialmente aceptable. Hasta que estas conductas disruptivas no se minimicen o se sustituyan por conductas sociales apropiadas, el niño no ten-

drá mucho éxito a la hora de experimentar o aprender conductas de ocio. Estos déficits necesitan ser mejorados, al menos hasta un nivel mínimo aceptable, antes de que la persona se relacione con otros. Otro ejemplo puede darse en una unidad médica con una persona con un daño cerebral traumático adquirido. Esta persona puede tener limitaciones severas en su capacidad de atención. Hasta que su capacidad de atención pueda aumentarse, será difícil que la persona aprenda o reaprenda actividades de ocio, especialmente las que implican reglas, estrategias o formas concretas de ejecución. Los servicios de tratamiento ayudan a mejorar las limitaciones funcionales que merman la capacidad de la persona para mejorar su conciencia de ocio, su conocimiento, destrezas, habilidades y participación.

En los servicios de tratamiento, en general, el cliente tiene menos control sobre el propósito de los programas, por lo que depende del juicio profesional y las orientaciones del especialista. El cliente experimenta menos libertad de elección en estos servicios de tratamiento que en los otros dos componentes de los servicios de ocio terapéutico. El papel del especialista que proporciona el tratamiento es el de terapeuta. En este ámbito el cliente tiene un control mínimo y el terapeuta un control máximo. Normalmente, el especialista determina el nivel y tipo de participación del cliente con relativamente poca implicación del mismo en este proceso. Para obtener unos resultados óptimos para el cliente, el especialista debe ser capaz de evaluar adecuadamente los déficits funcionales del cliente; crear, diseñar e implementar intervenciones específicas para mejorar estos déficits; y evaluar los resultados que el cliente ha obtenido con los programas de tratamiento.

El resultado último de los servicios de tratamiento es eliminar, mejorar de forma significativa o enseñar al cliente a adaptarse a las limitaciones funcionales existentes que merman los esfuerzos para implicarse plenamente en actividades de ocio. A menudo estos déficits funcionales son tales que el cliente tiene dificultades para aprender, desarrollar todo su potencial, interactuar con otros o ser independiente. El objetivo de los servicios de tratamiento es reducir estas barreras para que pueda darse el aprendizaje y la participación.

### *Educación del ocio*

Los servicios de educación del ocio se centran en la adquisición de actitudes relativas al ocio, conocimientos y destrezas. La plena participación en ocio exige un conjunto diverso de destrezas y habilidades y muchos clientes de los servicios de ocio terapéutico o bien no cuentan con ellas, o no han podido ponerlas en práctica en el tiempo de ocio, o

bien necesitan reaprenderlas incorporando los efectos de sus enfermedades y/o discapacidad. Los servicios de educación del ocio se ofrecen para satisfacer un amplio abanico de necesidades de los clientes relativas a la participación en actividades y experiencias de ocio. «La educación del ocio es un proceso en el que las personas aprenden a ser independientes y a determinar su propio ocio» (Howe, 1989, p. 207).

La educación del ocio tiene cuatro elementos: (a) toma de conciencia respecto al ocio, (b) destrezas de interacción social, (c) destrezas de ocio, y (d) recursos de ocio. Los servicios centrados en la toma de conciencia respecto al ocio se centran en la apreciación cognitiva del ocio. Los contenidos en esta área pueden incluir, aunque no se limitan a, (a) conocimientos sobre ocio, (b) conciencia personal con relación al ocio, (c) actitudes ante el ocio y el juego, y (d) destrezas relevantes de toma de decisiones y participación. Se cree que estos cuatro subcomponentes representan áreas de conocimiento que son necesarias para apreciar plenamente la importancia y la necesidad de la implicación en ocio. Estas cuatro áreas pueden trabajarse de forma separada o en conjunto, según dicten las necesidades y habilidades del cliente. Por ejemplo, el cliente puede necesitar ayuda para identificar las fortalezas con las que cuenta para el ocio, o puede necesitar de instrucción para tomar decisiones o responsabilizarse de su participación en ocio. Es obvia la relación entre esta esfera y los planteamientos previos relativos al locus de control interno, la causación personal y la elección.

Las destrezas de interacción social incluyen (a) destrezas de interacción dual, (b) de grupo pequeño, y (c) de grupo grande. Ya que gran parte del ocio es por naturaleza de carácter social, es importante la adquisición y aplicación de varias destrezas sociales en diversos entornos para que los clientes sean capaces de funcionar plenamente en su tiempo de ocio. Algunos ejemplos de las destrezas sociales que pueden enseñarse van desde destrezas de conversación hasta destrezas de asertividad o empatía, o la higiene, cuidado personal y etiqueta. Es decir, los déficits y necesidades del cliente determinarán cuáles son las habilidades sociales que forman parte del programa de educación del ocio.

Las destrezas para las actividades de ocio incluyen las destrezas tradicionales y las no tradicionales. La intención al distinguir estas dos categorías, más que otra clasificación de actividades de ocio, es destacar la idea de un repertorio de variadas destrezas de ocio en el sentido más amplio. Para que una persona disfrute plenamente del ocio, debe poseer una gran variedad de destrezas —desde destrezas de competición y organización hasta destrezas para relajarse y realizar actividades contemplativas— adecuadas a su edad, cultura, preferencia, estilo de vida,

etc. Esto significa que las destrezas más tradicionales (por ejemplo, jugar a los bolos o al bádminton) se aprenden a la vez que destrezas no tradicionales (por ejemplo, juegos de ordenador o cuidado de animales), de tal modo que el sujeto pueda elegir y experimentar la sensación de libertad y la diversidad al elegir sus oportunidades para implicarse en el ocio.

Los recursos de ocio incluyen (a) oportunidades para realizar actividades, (b) recursos personales, (c) recursos familiares y del hogar, (d) recursos comunitarios, y (e) recursos estatales y nacionales. Se ofrecen programas sobre recursos de ocio para aquellas personas que pueden no tener el conocimiento o no han tenido la experiencia de intentar identificar y encontrar ocasiones para participar de forma independiente en ocio. La información sobre los recursos de ocio es un elemento importante para ayudar al cliente a ponerse en contacto con las actividades y oportunidades de su casa, vecindario, comunidad, estado y, potencialmente, de su país. Por ejemplo, los programas de recursos de ocio pueden enseñar al cliente cómo usar un listín telefónico para encontrar información sobre una actividad concreta, cómo encontrar información turística sobre un destino específico, cómo utilizar un cajero automático fuera del horario comercial. Estos programas enseñan tanto el conocimiento sobre el recurso como las destrezas relativas o cómo utilizar ese recurso para la futura participación en ocio.

Cada una de estas cuatro áreas (toma de conciencia respecto al ocio, destrezas de interacción social, destrezas de ocio, y recursos de ocio) representa un contenido importante para un ocio satisfactorio y puede ser área de necesidad para el cliente. El cliente comienza a tener un papel de mayor participación e implicación en los programas de educación del ocio, con una mayor responsabilidad personal ante los resultados y la futura aplicación de las destrezas y conocimientos. El papel del especialista en los programas de educación del ocio varía en función de las necesidades del cliente y del objetivo del programa, pero, en general, implica un papel de instructor, facilitador y/o consejero. En general, el especialista enseña a los clientes nuevos conocimientos y destrezas y les ayuda a descubrir las actitudes y valores personales. Después, el cliente es responsable de aplicar esta información para la mejora de su propio estilo de vida de ocio.

El resultado general que buscan los servicios de educación del ocio es un cliente que tenga las suficientes destrezas y conocimiento para tomar decisiones informadas e independientes para su futura participación en ocio. La educación del ocio supone una mayor libertad de elección, un mayor locus de control, motivación intrínseca y una mayor independencia del cliente.

## *Participación en ocio*

Los programas de participación hacen referencia a actividades estructuradas que permiten que el cliente ponga en práctica destrezas nuevas adquiridas y/o experimentar el disfrute y la expresión personal. Estos programas se ofrecen para permitir que el cliente tenga más libertad de elección dentro de un programa organizado y, de hecho, pueden ser parte del estilo de vida de ocio del sujeto. Por ejemplo, después de aprender un determinado juego de cartas en un programa de educación del ocio y de destrezas de ocio, el especialista puede organizar un torneo de fin de semana de cartas en el que los clientes pueden decidir si participar, practicar el juego de cartas, e interactuar socialmente con otras personas.

El papel del cliente en estos programas implica una mayor toma de decisiones y una conducta más autorregulada. El cliente tiene mayor libertad de elección y su motivación es principalmente intrínseca. En estos programas el especialista ya no está enseñando, ni tiene el control. En gran medida el cliente es responsable de su propia experiencia y de los resultados, mientras que el especialista adopta un papel de organizador o supervisor.

Los resultados de estos programas son individualizados. Pueden referirse a aspectos como (a) mayor capacidad para asumir responsabilidades relativas a su participación en ocio, (b) mayor capacidad para tomar decisiones relativas al ocio y llevarlas a buen término, (c) mayor competencia en cuanto a sus destrezas de ocio mediante el ejercicio y la participación, y (d) mayor sentido de la competencia gracias a la adquisición y puesta en práctica de las destrezas.

## *Estilo de vida de ocio*

El concepto de estilo de vida de ocio es complejo. Es mucho más que un puñado de destrezas e información. Tal y como apuntaba Iso-Ahola (1980), el mero aprendizaje de destrezas para actividades de ocio no crea un estilo de vida de ocio satisfactorio, intrínsecamente motivado y placentero. El estilo de vida de ocio significa que el cliente:

- ha reducido las principales limitaciones funcionales que impedían o limitaban significativamente su participación en ocio (o al menos ha aprendido formas de superar estas barreras);
- comprende y valora la importancia del ocio en el conjunto de la experiencia vital total;
- tiene las destrezas sociales adecuadas para interactuar con otras personas;
- es capaz de elegir en su vida diaria entre varias opciones de ocio y tomar decisiones relativas a su participación;

- es capaz de identificar y utilizar, según sus necesidades, los recursos de ocio; y
- tiene una mayor percepción de la posibilidad de elección, de su motivación, libertad, responsabilidad, causalidad e independencia en el ámbito del ocio.

Estos resultados se alcanzan mediante la identificación de las necesidades del cliente, la puesta en marcha de programas que satisfagan esas necesidades y la evaluación de resultados durante el programa y después de él. Un especialista en ocio terapéutico diseña, implementa y evalúa los servicios que persiguen estos resultados.

### **Ejemplos de utilización del modelo en la práctica**

Peterson y Gunn (1984) ofrecen muchos ejemplos de la aplicación del modelo de habilidad de ocio. El texto ofrece ejemplos prácticos de objetivos de ocio terapéutico, programas y resultados anticipados en las tres áreas de servicio.

De forma resumida se presentan dos casos para ilustrar la utilidad y flexibilidad del modelo. El primer ejemplo se refiere a adultos jóvenes en una unidad de rehabilitación física que han sufrido una lesión en la médula debido a un accidente de automóvil, a saltos de trampolín y a heridas por arma de fuego. Es de suponer que el especialista en ocio terapéutico ha diseñado un programa basado en las necesidades de los clientes y conoce los requisitos básicos de un estilo de vida de ocio satisfactorio. Por ejemplo, los programas de tratamiento pueden incluir actividades que aumenten la resistencia, la tolerancia a estar sentado o de pie y la fuerza, ya que estas destrezas son necesarias para muchas actividades de ocio y son un déficit típico de las personas con lesiones medulares recientes. Los programas de educación del ocio pueden centrarse en (a) toma de conciencia de la nueva situación; (b) aprendizaje de destrezas sociales como la asertividad, el afrontamiento y establecimiento de relaciones de amistad; (c) reaprendizaje o adaptación de las destrezas de ocio existentes antes de la lesión; y (d) identificación de recursos de ocio adecuados a los nuevos intereses o que sean accesibles. Los programas de participación pueden incluir la práctica de varias actividades nuevas y de destrezas sociales en un entorno seguro y estructurado. Al diseñar e implementar estos programas, el especialista proporciona oportunidades para que estas personas ejerciten el control, la competencia, la motivación intrínseca y la capacidad de elección. El resultado final sería que cada cliente pueda adaptarse y afrontar la discapacidad para vivir un esti-

lo de vida de ocio independiente y satisfactorio y siendo capaz de contar con las habilidades para experimentar el flujo.

Un segundo ejemplo hace referencia a personas con diagnóstico de depresión que asisten a un servicio ambulatorio. El especialista en ocio terapéutico, teniendo en cuenta las características típicas de una persona con depresión y de un estilo de vida de ocio satisfactorio, conceptualiza, crea, implementa y evalúa programas que ayuden a los clientes a desarrollar intereses de ocio satisfactorios. Por ejemplo, los programas de tratamiento pueden incluir el trabajar en la capacidad de tomar decisiones y la puesta en marcha de un programa de ejercicio físico para abordar la pérdida de energía y la frecuente fatiga. Los programas de educación del ocio pueden centrarse en (a) la identificación de las barreras de ocio que impiden que la persona disfrute del ocio; (b) el aprendizaje de destrezas sociales como la iniciación de contactos y la asertividad; (c) el aprendizaje de nuevas habilidades de ocio que incluyan el ejercicio físico, la participación con otras personas y la liberación del estrés; y (d) el conocimiento de servicios de ocio en la comunidad que sean de interés para el cliente. Los programas de participación (si se ofrecen como servicio ambulatorio) pueden incluir la participación en diversas actividades que ofrezcan oportunidades de ocio sanas y significativas y que aporten un sentido de competencia, dominio, control y capacidad de elección. El objetivo perseguido sería que cada persona llegue a ser competente en el proceso de toma de decisiones que resulta en actividades de ocio satisfactorias, tanto de carácter individual como grupal.

Se podrían ofrecer otros muchos ejemplos que muestren el propósito, proceso y resultados del modelo de habilidad de ocio. En la práctica, el desarrollo de programas y protocolos diagnósticos responde a esta necesidad y ofrece marcos de referencia estandarizados para prestar los servicios. Muchos profesionales del ocio terapéutico, a través de la *National Therapeutic Recreation Society* y la *American Therapeutic Recreation Association*, están trabajando para desarrollar protocolos estandarizados basados en el modelo de habilidad de ocio.

## **Fortalezas del modelo de habilidad de ocio**

Una de las fortalezas del modelo de habilidad de ocio es su amplia utilización en el campo del ocio terapéutico. Sylvester (1989) reconoce que el modelo de habilidad de ocio ha desempeñado un papel clave en el desarrollo de la disciplina y «ha proporcionado orientaciones para la práctica e ímpetu al proceso de profesionalización» (p. 6).

El modelo de habilidad de ocio, desarrollado en un momento en el que la estabilidad organizativa era crucial, ha tenido una importante función. Mediante la definición de los roles y relaciones profesionales, ha ofrecido orientación respecto a cuestiones como la deontología, investigación, estándares de práctica, formación y acreditación profesional, aspectos que no pueden abordarse de forma lógica y creíble sin al menos la presencia de una teoría que los guíe (Sylvester, p. 5-6).

El modelo ha tenido una importante función en la esfera de la profesionalización. Por ejemplo, el modelo de habilidad de ocio aparece referenciado tanto en el esquema de los contenidos del examen de certificación profesional de 1997 del Consejo Nacional de Certificación en Ocio Terapéutico como en los requisitos formativos de acreditación del Consejo de Acreditación de la *National Recreation and Park Association/AALR*. A pesar de las muchas críticas, el continuo apoyo y uso del modelo avala su aceptación y utilidad en la práctica.

Otra fortaleza del modelo es la flexibilidad. Flexibilidad que se refiere a los tres componentes del servicio. Cada uno se selecciona y programa según las necesidades del cliente. Esto es, algunos clientes necesitarán tratamiento y educación del ocio y no programas de participación. Otros necesitarán programas de educación y participación. Claramente, los servicios se eligen en función de las necesidades del cliente. Además, los programas de cada componente se seleccionan según las necesidades del cliente. Los dos ejemplos anteriores (lesión medular y depresión) lo demuestran. Aunque los ejemplos detallan los programas en cada una de las tres áreas de servicio, cada ejemplo muestra un contenido específico que es diferente en función de las necesidades y déficits del cliente. Estos niveles de flexibilidad permiten que el especialista diseñe los programas a la carta, para ajustarse a las necesidades de todos y cada grupo de clientes de los servicios de ocio terapéutico. El fin último relativo al estilo de vida de ocio es el mismo para cada cliente, pero como está basado en la persona, la forma que el estilo de vida de ocio adquiere en cada persona y su contenido puede ser diferente. Como tal, el contenido del modelo de habilidad de ocio no es relevante para una población o tipo de cliente concreto, ni se limita a un entorno específico de prestación de servicios. Algunos autores, incluyendo a Kinney y Shank (1989), han afirmado que este es un punto fuerte del modelo.

Otra fortaleza del modelo hace referencia al resultado general final que plantea para los servicios de ocio terapéutico; es decir, una participación con éxito en ocio elegida de forma autónoma. Este interés en temas relativos a la calidad de vida es más amplio que el interés en logros funcionales. La habilidad de ocio incluye logros funcionales, pero no se limita al servicio sólo en ese ámbito. Kinney y Shank (1989) afirmaban

que se avecinaban dos cambios en los servicios de salud. El primero es que las personas que necesitan atención clínica como la que ofrece un hospital son personas con un estado grave de salud y, por tanto, tienen poco tiempo o energía para dedicarse a algo más que sus necesidades médicas más inmediatas. El segundo es el cambio que se está produciendo en los servicios de salud comunitarios, como la atención domiciliaria, en los que «el énfasis del servicio cambia a aspectos relacionados con la calidad de vida en contraposición a unas intervenciones fisiológicas o conductuales específicas» (Kinney y Shank, p. 327). Austin (1997) también apuntaba el cambio en los servicios comunitarios incluyendo aquellos que se prestan en las escuelas. El modelo de habilidad de ocio reconoce que se pueden prestar servicios en diferentes entornos a clientes con diferentes necesidades y es capaz de dar respuesta a estas necesidades mediante las tres áreas de actuación.

### **Críticas al modelo de habilidad de ocio**

En una tesis sobre la necesidad de un debate filosófico y de soporte teórico en el ocio terapéutico, Sylvester (1989) apuntaba que el modelo de habilidad de ocio «no constituye un cuerpo de conocimiento teórico, no ha generado unos fundamentos filosóficos sobre los que construirlo» (p. 6). Muchos autores (cf. Compton, 1989; Gruver, 1994; Hemingway, 1987; Mobily, 1985a, 1985b, 1985c; Sylvester, 1985a, 1985b, 1987) han apuntado que diversos términos asociados con el modelo de habilidad de ocio y con otros modelos de servicios de ocio terapéutico están mal definidos y carecen de base filosófica. «La filosofía que subyace en estos conceptos es bastante superficial y sin fundamentación firme» (Compton, p. 488). En una dramática afirmación sobre la profesión, Sylvester (1989) decía que «el ocio terapéutico no ha prestado atención a sus responsabilidades intelectuales, preocupándose por el contrario por los aspectos más inmediatos de la práctica» (p. 6).

Austin (1989) planteaba objeciones al modelo de habilidad de ocio relativas a su orientación hacia el ocio frente a la orientación terapéutica. «Varios autores han rechazado el modelo de habilidad de ocio al constatar que su aproximación generalista es demasiado amplia y carece de la especificidad necesaria para dirigir una profesión» (Austin, p. 147). Austin defendía un acercamiento del ocio terapéutico a disciplinas afines, como las ciencias de la salud y ciencias médicas, más que a los profesionales del ocio y la recreación.

Sneegas (1989), aunque no criticaba el modelo de habilidad de ocio directamente, alertaba sobre las dificultades y complejidad del estudio y

medición de la conducta de ocio de las personas con discapacidades y/o enfermedades. Presentaba varias situaciones que ilustraban cómo el estudiar o medir la conducta de ocio de las personas con discapacidades y/o enfermedades se hace aún más difícil por la presencia de la discapacidad o enfermedad, así como por otras cuestiones o limitaciones metodológicas. Sin embargo, según Peterson y Gunn (1984, p. 25), para desarrollar el modelo de habilidad de ocio «se estudiaron las personas sin discapacidad para determinar los elementos de un ocio exitoso». Dado que el modelo de habilidad de ocio está basado en la conducta adulta de ocio de personas sin discapacidad, puede concluirse que hay debilidades inherentes en los fundamentos conceptuales de «la conducta de ocio adulta normal», especialmente cuando se extrapola a personas con discapacidades y/o enfermedades.

Desde su formulación, Peterson y Gunn (1984) han reconocido las limitaciones inherentes del modelo de habilidad de ocio. Reproduciendo sus palabras sobre el componente educativo del modelo:

Todos los modelos tienen debilidades conceptuales. Esto es especialmente cierto en un modelo que intenta describir un fenómeno tan complejo como el ocio y un área en la que hay tan poco acuerdo sobre las definiciones. Por tanto, el modelo de habilidad de ocio tiene limitaciones reconocidas y consustanciales. Sin embargo, su formulación y los elementos y contenidos que lo componen han demostrado ser útiles en el diseño... de programas para diferentes grupos y en diferentes situaciones (p. 25).

A pesar de todo, se han detectado unas cuantas fortalezas, como su amplia y continuada utilización en la disciplina, su flexibilidad para dar respuesta a las necesidades de diferentes colectivos de clientes y su acento en temas amplios como la satisfacción, la calidad de vida y la autoterminación.

## **Desarrollo futuro del modelo**

En cierto sentido, el modelo de habilidad de ocio ha superado la prueba del tiempo, ya que ha sido utilizado por los profesionales del ocio terapéutico durante dos décadas. El modelo continúa evolucionando a medida que la profesión sigue desarrollando su conocimiento sobre la conducta, necesidades y objetivos de las personas con discapacidades y/o enfermedades en la esfera del ocio. Se han introducido algunos cambios en la tercera edición del texto *Therapeutic Recreation Program Design*, como por ejemplo, cambiar el término «componente de tratamiento» por «mejora funcional». Se piensa que «mejora funcional» refleja mejor el

contenido real de esta área. Además, el término «tratamiento» es bastante genérico e implica un proceso de intervención, determinado por un objetivo, que produce un cambio conductual en el cliente independientemente del contenido. Así, por ejemplo, tanto la educación del ocio como la participación en ocio pueden, de hecho, ser «tratamientos» en cuanto son procesos orientados a un objetivo y dirigidos a los resultados que logra el cliente.

Un segundo cambio es la reformulación del subcomponente de destrezas sociales del ámbito de educación del ocio. En vez de la formulación anterior de destrezas duales, de grupo pequeño y de grupo grande, el nuevo contenido incluye destrezas de comunicación, destrezas de formación de relaciones, y presentación personal. La tercera edición describe el contenido específico de cada una de ellas. Estas áreas han sido cambiadas sobre la base de la literatura actual, así como debido a la necesidad de formular un contenido más dirigido al cliente. Ambos cambios se hicieron desde las necesidades del cliente y los cambios actuales en el ejercicio profesional.

Sin embargo, se necesita más investigación empírica para fundamentar teóricamente el modelo. Todos los profesionales de la disciplina son responsables de generar la investigación necesaria para apoyar el modelo. Se cree que gracias a los esfuerzos de los académicos y los profesionales se llevará a cabo este necesario trabajo.

Es mucho más difícil predecir otros cambios en el modelo. Responderán al tipo de servicios de salud y sociales que, en este momento, están pasando por una época de gran agitación y reformulación. Es probable que se añadan áreas que aborden de forma más específica la salud y el pleno bienestar a medida que los servicios de salud avanzan hacia modelos más preventivos y de cuidado personal. Puede incluir una mayor atención al manejo del estrés, manejo de las conductas relacionadas con la salud y reducción de factores de riesgo. Pensamos que la salud, el pleno bienestar y el ocio están íntimamente relacionados y que el papel que desempeñan en la vida de las personas es de una importancia crucial. La relación de estos conceptos con la calidad de vida y la satisfacción vital debe ser explorada y analizada con detenimiento.

Otros cambios sociales, como el papel de la información y la tecnología, también tendrán su efecto en la profesión y en los modelos que apoya. Los cambios en la comunicación, entretenimiento, y las tecnologías de la información (como televisión por cable, Internet, la simulación informática) tendrán un gran impacto en el estilo de vida de muchas personas y afectarán a la forma en que ocupan su tiempo de ocio. Los conceptos del «tiempo virtual» y «tiempo personalmente controlado» (como cuando, por ejemplo, alguien elige cuándo ver un programa previamente

grabado) serán claves y quizá cambien las ideas de «estar en el trabajo» y «estar en el ocio».

Todos estos cambios y algunos más tendrán su impacto en el futuro del modelo de habilidad de ocio. Es responsabilidad de todos los profesionales de la disciplina examinar, apoyar, debatir y criticar todos los modelos de intervención hasta que alcancemos un mayor consenso.

## Referencias

- AUSTIN, D. R. (1989). «Therapeutic recreation education: A call for reform». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 144-156). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- AUSTIN, D. R. (1997). «Critical issues in therapeutic recreation education: Preparing for the twenty-first century». En G. HITZHUSEN y L. THOMAS (eds.), *Expanding Horizons in Therapeutic Recreation XVII* (pp. 1-9). Columbia, MO: Curators University of Missouri.
- COMPTON, D. M. (1989). «Epilogue: On shaping a future for therapeutic recreation». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 482-500). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper & Row Publishers.
- DECI, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. Nueva York: Plenum Press.
- HEMINGWAY, J. L. (1987). «Building a philosophical defense of therapeutic recreation: The case of distributive justice». En C. SYLVESTER, J. L. HEMINGWAY, R. HOWE-MURPHY, K. MOBILY, y P. A. SHANK, (eds.), *Philosophy of therapeutic recreation: Ideas and issues* (pp. 1-16). Alexandria, VA: National Recreation and Park Association.
- HOWE, C. Z. (1989). «Assessment instruments in therapeutic recreation: To what extent do they work?». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 204-221). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- ISO-AHOLA, S. E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Company Publishers.
- KELLY, J. R. (1990). *Leisure* (2.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- KINNEY, T., y SHANK, W. J. (1989). «Clinical issues in therapeutic recreation». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 325-340) Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- LEE, L. L., y MOBILY, K. E. (1988). «The NTRS philosophical position statement and a concept of three freedoms». *Journal of Expanding Horizons in Therapeutic Recreation*, 3, 41-46.
- MOBILY, K. E. (1985a). «The ethical dilemma of freedom in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 22-30.
- MOBILY, K. E. (1985b). «A philosophical analysis of therapeutic recreation: what does it mean to say “We can be therapeutic?” Part I». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 14-26.

- MOBILY, K. E. (1985c). «A philosophical analysis of therapeutic recreation: What does it mean to say “We can be therapeutic?” Part II». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 7-14.
- PETERSON, C. A. (1981). *Leisure lifestyle and disabled individuals*. Comunicación presentada en Horizons West Therapeutic Recreation Symposium, San Francisco State University, San Francisco.
- PETERSON, C. A. (1989). «The dilemma of philosophy». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 21-34). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- PETERSON, C. A. y GUNN, S. L. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principles and practices*. (2.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- SELIGMAN, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and health*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.
- SNEEGAS, J. J. (1989). «Can we really measure leisure behavior of special populations and individuals with disabilities?». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 223-236). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.
- SYLVESTER, C. D. (1985a). «An analysis of selected ethical issues in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 8-21.
- SYLVESTER, C. D. (1985b). «Freedom, leisure, and therapeutic recreation: A philosophical view». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 6-13.
- SYLVESTER, C. D. (1987). «The ethics of play, leisure and recreation in the twentieth century, 1990-1983». *Leisure Sciences*, 9, 173-188.
- SYLVESTER, C. D. (1989). «Impressions of the intellectual past and future of therapeutic recreation: Implications for professionalization». En D. COMPTON (ed.) *Issues in therapeutic recreation: A profession in transition* (pp. 1-20). Champaign, IL: Sagamore Publishing Company.

## Capítulo 2

# El modelo de protección/promoción de la salud

David R. Austin<sup>1</sup>

*Resumen: Este artículo describe el modelo de protección/promoción de la salud de ocio terapéutico. Tras una breve introducción y panorámica, se presentan los supuestos del modelo. Los conceptos hacen referencia a una perspectiva humanista, alto nivel de salud integral<sup>2</sup>, las tendencias de estabilización y autorrealización y la salud. A continuación se presenta una descripción de los distintos elementos del modelo e información sobre su utilización en la práctica. La parte final del artículo se dedica a las fortalezas y limitaciones del modelo y su desarrollo futuro. Se utiliza la literatura de los campos de la salud, enfermería, psicología, ocio terapéutico y estudios de ocio para apoyar el modelo.*

### El modelo de protección/promoción de la salud

Los modelos conceptuales de ocio terapéutico ofrecen marcos de referencia explícitos para describir y dirigir el ejercicio profesional. Son herramientas para articular aquello que es distintivo de nuestra profesión.

---

<sup>1</sup> El Dr. David R. Austin, acreditado como especialista en Ocio Terapéutico, es catedrático de Recreación en la Universidad de Indiana, Bloomington, y miembro de la Academia de las Ciencias del Ocio (Academy of Leisure Sciences).

Reconocimientos: El autor desea agradecer las cuidadosas revisiones del manuscrito elaborado para este artículo realizadas por los doctores Joan Austin, Ed Hamilton y Bryan McCormick y el Sr. Ramon Zabriskie, de la Universidad de Indiana, y por el Dr. Thom Skalko, de la Universidad de Carolina del Este.

<sup>2</sup> *Nota de la traductora.* El término *salud integral* se utiliza en todo el texto como traducción del término inglés *wellness*. *Wellness*, diferente al término *well-being* —bienestar— hace re-

En estos tiempos de reformas del sistema de salud es especialmente importante que clarifiquemos nuestra misión y que seamos capaces de transmitirla a nuestros clientes y a los políticos. Es igualmente importante el papel que los modelos conceptuales desempeñan en la práctica profesional. Los modelos de intervención en ocio terapéutico orientan la toma de decisiones de los profesionales en ocio terapéutico y les permiten ejercer con una fundamentación. He desarrollado el modelo de protección/promoción de la salud como una propuesta global para la intervención en ocio terapéutico.

## **La premisa y misión del modelo**

El modelo de protección/promoción de la salud (Austin, 1996, 1997) establece que el propósito del ocio terapéutico es ayudar a las personas a recuperarse tras una amenaza a su salud (protección de la salud) y a lograr el nivel más alto posible de salud (promoción de la salud). Desde este modelo, «la misión del ocio terapéutico es usar las actividades, la recreación y el ocio para ayudar a la gente a afrontar problemas que actúan como barreras para la salud y a que crezcan hacia su máximo nivel de salud integral» (Austin, 1997, p. 144).

## **Supuestos**

Existen cuatro conceptos principales que subyacen en el modelo: la perspectiva humanista, el concepto de alto nivel de salud integral, las tendencias a la estabilización y a la autorrealización y la salud.

### *Perspectiva humanista*

El modelo de protección/promoción de la salud se apoya en una visión humanista. Los que adoptan una perspectiva humanista creen que cada uno es responsable de su propia salud y tiene la capacidad de tomar decisiones sabias y personales sobre su salud. Como las personas son

---

referencia a un estado óptimo de salud en todas las esferas vitales, incluida la espiritual, a sentirse y estar verdadera y plenamente bien. Supone alcanzar el máximo potencial de salud de cada uno y, por tanto, las personas con discapacidad o enfermedades pueden alcanzar este estado de salud integral si logran desarrollar todo su potencial. Cuando aparece el término *salud* solo, hace referencia a la acepción habitual de esta palabra y no al concepto de salud integral. El autor explica con mayor detalle el término en las siguientes páginas.

responsables de su propia salud, es clave dotar a las personas de la capacidad para que se impliquen, cuanto sea posible, en la toma de decisiones. Además, desde la perspectiva humanista se entiende que las personas viven en una interacción dinámica con su entorno en la que influyen en su entorno y éste también les influye. Son partícipes activos del mundo, más que marionetas pasivas controladas por el entorno. Finalmente, la aproximación humanista reconoce que las personas tienen la capacidad de desarrollarse a lo largo de sus vidas. Un supuesto clave es que cada uno de nosotros tiene una necesidad de crecimiento y de realización de todo su potencial (Austin, 1997). Tal y como afirmaba Murphy (1975), los que defienden una perspectiva humanista «buscan promover la capacidad y habilidad de grupos y personas para tomar decisiones responsables y autónomas sobre la base de sus necesidades de crecimiento, para explorar nuevas posibilidades y para actualizar todo su potencial» (p. 2).

Murphy (1975) continuaba argumentando que aquellos que tienen una perspectiva humanista aceptan a sus clientes. Destacaba que no juzgan sino que aceptan a sus clientes como seres humanos iguales, con debilidades y potencialidades. Por tanto, se muestra una actitud de comprensión y afecto hacia cada cliente individual.

Además, la perspectiva humanista mantiene que los seres humanos son un todo. Somos seres biopsicosociales y espirituales cuyas partes sólo pueden analizarse en el contexto del todo. Powell y Sable (1990), en un artículo sobre salud holística, han explicado que es imperativo tener en cuenta todas las dimensiones de la persona cuando se ofrece atención. Subrayan especialmente la importancia de reconocer que cada individuo tiene una naturaleza única y que cada uno debe ser tratado en función de ella.

### *Alto nivel de salud integral*

La perspectiva humanista también ha ofrecido fundamentación para el movimiento de alto nivel de salud integral. En 1961, Dunn definió *alto nivel de salud integral* como «...un método integrado de funcionamiento que está orientado a maximizar el potencial del individuo» (p. 4). El concepto de Dunn de alto nivel de salud integral es un acercamiento holístico que va más allá de la ausencia de enfermedad física e incluye tanto la salud integral psicológica como la medioambiental. El mayor nivel de salud integral se logra cuando vivimos en un «entorno muy favorable» y disfrutamos de «una salud integral máxima» (en la que la enfermedad y la salud integral se conciben en un continuo, con la muerte en un extremo y la salud integral máxima en el otro). Según Ardell (1986), el objetivo de la «medicina de la salud integral» es ayudar a los clientes a avanzar hacia la autorrealización. El alto nivel de salud integral hace referencia a

la mejora de la salud en oposición al modelo médico tradicional que se preocupa de tratar las enfermedades. Por tanto, el concepto de alto nivel de salud integral supera a la medicina tradicional en el sentido de ayudar a las personas a lograr el máximo nivel de salud integral que sean capaces de alcanzar (Austin, 1997).

Hay una gran similitud entre el alto nivel de salud integral y el ocio terapéutico (OT). Ambos están muy influidos por la perspectiva humanista y ambos han trabajado para fomentar la mejora de la salud y la autorrealización. Aunque el OT se ha centrado durante mucho tiempo en la enfermedad, no se ha limitado a ella. Por el contrario, el OT, históricamente, ha intentado promover el crecimiento y desarrollo de los clientes.

El ocio terapéutico se ha aliado con la medicina tradicional en su intento de aliviar la enfermedad. Pero el OT ha ido más allá. Los profesionales del ocio terapéutico se han parecido tanto a los profesionales de los servicios de ocio como a los médicos que ejercen la «medicina de la salud integral», en tanto en cuanto intentan ayudar a los clientes a autorrealizarse. Por consiguiente, los profesionales del ocio terapéutico se han preocupado de todo el espectro del continuo enfermedad-salud integral (Austin, 1997).

### *Tendencia estabilizadora y autorrealizadora*

Tras el modelo de protección/promoción de la salud subyacen dos fuerzas motivacionales: la tendencia estabilizadora y la tendencia autorrealizadora. La tendencia estabilizadora se refiere al mantenimiento del estado actual del sujeto. Es un mecanismo de adaptación que nos ayuda a mantener el estrés a un nivel manejable. Nos protege del daño biofísico y psicológico. La tendencia estabilizadora es la fuerza motivacional que subyace tras la protección de la salud, en tanto en cuanto «se centra en los esfuerzos de evitar o alejarse de los estados negativos de enfermedad o lesión» (Pender, 1996, p. 34). La tendencia autorrealizadora nos lleva a la promoción de la salud que «se centra en los esfuerzos de alcanzar o avanzar hacia un estado positivo de alto nivel de salud y bienestar» (Pender, 1966, p. 34).

### *Salud*

King (1971) y Pender (1996) incluyen las tendencias estabilizadora y autorrealizadora en sus definiciones de salud. King (1971), un teórico del ámbito de la enfermería, ha escrito:

La salud es un estado dinámico en el ciclo vital de un organismo que implica una adaptación continua al estrés del entorno interno y externo,

mediante el uso óptimo de los propios recursos para alcanzar el máximo potencial para la vida diaria (p. 24).

La definición de la salud de Pender (1996) también refleja las tendencias estabilizadora y autorrealizadora. Su definición de salud es:

La salud es la realización del potencial inherente y adquirido del ser humano mediante conductas intencionales, un cuidado personal efectivo y relaciones satisfactorias con otros, realizando los ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los entornos relevantes (p. 22).

La salud implica tanto el afrontamiento adaptativo como el crecimiento y desarrollo. La gente sana puede afrontar el estrés de la vida. Quienes disfrutan de una salud óptima tienen la oportunidad de buscar los mayores niveles de crecimiento y desarrollo personal.

### *Resumen*

El modelo de protección/promoción de la salud está, por tanto, basado en la perspectiva humanista de la que se deriva que todos los seres humanos tienen un impulso innato a la ausencia de enfermedad y a la salud integral, que puede ser alimentado por profesionales sensibles y que aceptan a sus clientes. El modelo adopta una aproximación holista consistente con el concepto de alto nivel de salud integral y apoya la noción de que debemos luchar no sólo para aliviar la enfermedad, sino para aumentar la salud. En suma, debemos preocuparnos por todo el espectro del continuo enfermedad-salud integral, desde la enfermedad grave en un extremo, hasta la salud máxima en el otro. Más concretamente, el modelo se construye desde el supuesto de que las personas tienen una tendencia estabilizadora que entra en juego cuando hay una amenaza a la salud (e.g. enfermedad o trastorno) y una tendencia autorrealizadora que motiva al crecimiento aumentando las conductas que llevan a la promoción de la salud.

Desde el modelo de protección/promoción de la salud, el terapeuta<sup>3</sup> reconoce que ayudar a los clientes en la promoción de la salud es el objetivo último del ocio terapéutico. Además, el terapeuta valora el derecho de cada persona a buscar su mayor nivel de bienestar o salud óptima. Por tanto, la práctica del ocio terapéutico está basada en una filosofía que anima a los clientes a intentar alcanzar la máxima salud, más que a recuperarse simplemente de la enfermedad (Austin, 1997).

---

<sup>3</sup> Los términos *terapeuta* y *profesional del ocio terapéutico* se usan indistintamente.

## Descripción de los componentes

Desde el modelo de protección/promoción de la salud, el ocio terapéutico es una intervención para ayudar a las personas a, primero, recuperarse o volver a lograr la estabilidad tras una amenaza a su salud (protección de la salud) y, segundo, a optimizar su potencial a fin de poder disfrutar de la mayor calidad de salud posible (promoción de la salud). Como muestra la figura 1, el modelo de protección/promoción de la salud tiene tres componentes principales que se mueven en el continuo enfermedad-salud integral (situando la mala salud en un extremo y la salud óptima en el otro), en el que los clientes pueden situarse en diferentes puntos. Los tres componentes son las actividades prescriptivas, recreación<sup>4</sup> y ocio como medios que tienen los clientes del ocio terapéutico para intentar alcanzar la salud y la salud integral. Durante todo el proceso se anima a los clientes a asumir sus propias responsabilidades y a ejercer la máxima capacidad de elección posible. A medida que el cliente avanza hacia la salud óptima, las decisiones del cliente aumentan y el control del profesional de ocio terapéutico disminuye continuamente hasta el punto en que los clientes asumen la plena responsabilidad de su propia salud, momento en el que los servicios del terapeuta ya no son necesarios.

### *El componente de actividades prescriptivas*

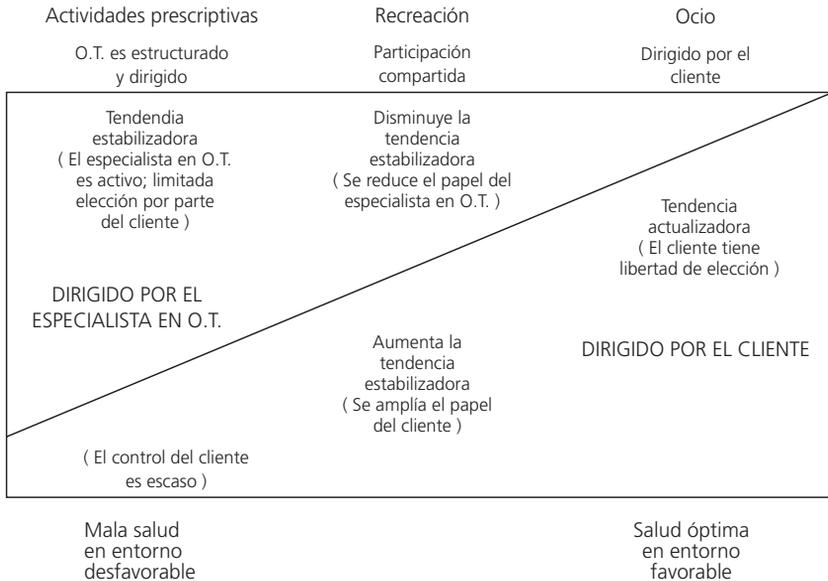
A menudo, cuando los clientes afrontan por primera vez una enfermedad o trastorno la experiencia les absorbe por completo. Tienen la tendencia a desligarse de sus actividades habituales y a sentir una pérdida de control sobre sus vidas (Flynn, 1980). La investigación (e.g. Langer y Rodin, 1976; Seligman y Maier, 1967) ha demostrado que la sensación de falta de control puede producir un sentido de indefensión que en último término puede derivar en una depresión severa. En este tipo de circunstancias los clientes afrontan una amenaza significativa para su salud y no están preparados para disfrutar o beneficiarse del ocio o la recreación. Para estas personas la actividad es un requisito necesario para recuperar la salud. La actividad es un medio para que empiecen a adquirir control sobre la situación y a superar los sentimientos de indefensión y depresión que habitualmente acompañan a la pérdida de control.

---

<sup>4</sup> *Nota de la traductora.* Los términos *recreación* y *ocio* tienen significados diferentes en inglés que el autor explica más adelante.

**Figura 1**

**Continuo de ocio terapéutico**



(De Austin, D. R. y Crawford, M. E. *Therapeutic recreation: an introduction* (2.ª ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, impreso con permiso.)

En esta fase del continuo, los profesionales del ocio terapéutico suministran dirección y estructura mediante actividades prescriptivas. Una vez inmersos en una actividad, los clientes pueden empezar a percibir que son capaces de interactuar adecuadamente con su entorno, comenzar a tener experiencias de éxito y competencia y avanzar hacia la recuperación del sentido de control. Estos resultados tienen un efecto activador. Los clientes se dan cuenta de que no son víctimas pasivas sino que pueden hacer algo para recuperar su salud. Es en este momento cuando están preparados para participar en la fase recreativa del tratamiento.

*Componente recreativo*

Hay diferentes formas de definir la recreación. Una es ver la recreación como actividades que se realizan durante el tiempo de ocio (Kraus, 1971). Otra es que la recreación es constructiva, el logro de ob-

jetivos socialmente aceptados de aquellos que toman parte en ella (Neulinger, 1980). La recreación también se ha asociado con propiedades restauradoras, ya que ofrece la oportunidad al participante de recrearse (Kelly, 1996). Quizá es esta cualidad de la recreación, la de restaurar o refrescar física, mental y espiritualmente, la que la mayoría de nosotros asocia con la recreación, y es así como se entiende el término en este modelo. Mediante la recreación los clientes comienzan a recuperar su equilibrio alterado por sucesos estresantes, de tal forma que de nuevo pueden implicarse en su búsqueda de autorrealización. Participan en experiencias recreativas intrínsecamente motivantes que producen sentimientos de dominio y logro dentro de un entorno no amenazante y que proporciona apoyo. Los clientes se divierten mientras aprenden nuevas destrezas, conductas, nuevas formas de interactuar con los demás, nuevos valores, ideas y cogniciones sobre ellos mismos. En definitiva, aprenden que pueden ser eficaces en sus interacciones con el mundo. Mediante la recreación son capaces de re-crearse a sí mismos, combatiendo así las amenazas a la salud y recuperando la estabilidad.

### *Componente de ocio*

Mientras que la recreación ayuda a recuperarse, el ocio favorece el crecimiento. El ocio es un medio de autorrealización porque ofrece a la gente oportunidades, elegidas por ella misma, de desarrollarse, utilizando eficazmente sus habilidades para afrontar retos. Los sentimientos de logro, confianza y placer son el resultado de estas experiencias favorecedoras del crecimiento. Por tanto, el ocio desempeña un papel importante al ayudar a la gente a alcanzar todo su potencial (Iso-Ahola, 1989). Los elementos claves del ocio parecen ser que es libremente elegido e intrínsecamente motivado. Mannell y Kleiber (1997) han escrito que «la libertad percibida y la motivación intrínseca parecen ser extremadamente importantes para la salud física y mental de las personas, y casualmente constituyen la esencia de lo que la gente entiende como ocio (p. 117). En otra parte he escrito (Austin, 1997):

Las experiencias de ocio tienen los elementos de la motivación intrínseca, autodeterminación, dominio y competencia que, a su vez, producen en las personas sentimientos de auto-eficacia y disfrute. Las experiencias de ocio ofrecen la oportunidad de expresar la tendencia autorrealizadora y permiten el desarrollo personal. El ocio puede desempeñar un papel clave a la hora de ayudar a los clientes a autorrealizarse y alcanzar una salud óptima (p. 149).

Después continuaba explicando la relación entre salud y autorrealización:

La salud y la autorrealización están íntimamente ligadas. El logro de un alto nivel de salud integral permite la autorrealización. Aquellos que disfrutan de una salud óptima están libres de limitaciones para la autorrealización, de tal modo que pueden buscar de forma activa el crecimiento y desarrollo personal (p. 149).

### *Los componentes de recreación y ocio*

Aunque la recreación y el ocio se diferencian en el sentido de que la recreación es una herramienta adaptativa que nos permite recuperarnos y el ocio es un fenómeno que favorece el crecimiento, comparten aspectos comunes. Tanto la recreación como el ocio están libres de barreras o impedimentos. Ambos conllevan la motivación intrínseca y ofrecen la oportunidad de experimentar una gran cantidad de control sobre la propia vida. Ambos nos permiten suprimir las normas y convenciones de la vida diaria a fin de «ser nosotros mismos» y «soltarnos la melena». Ambos nos permiten ser humanos con todas nuestras imperfecciones y fragilidades. El profesional del ocio terapéutico tiene la tarea de ofrecer una atmósfera abierta, de apoyo y no amenazante que fomente estas características positivas de la recreación y el ocio y que ayude a conseguir el beneficio terapéutico (Austin, 1996).

### *El continuo*

A medida que los clientes avanzan en el proceso hacia niveles más altos de salud, sus sentimientos de auto-eficacia aumentan. Se sienten mejor con respecto a sus capacidades. Según Bandura (1986), las expectativas de eficacia reforzadas permiten que los clientes tengan confianza en sí mismos y en sus capacidades para tener éxito a pesar de las frustraciones. Por tanto, los clientes se sienten cada vez más capaces de controlar sus vidas y de enfrentar la adversidad según avanzan en el continuo hacia mayores niveles de salud. El papel del profesional de ocio terapéutico es ayudar a cada cliente a asumir mayores niveles de independencia a medida que avanza en el continuo enfermedad-salud integral. Obviamente, el cliente con la mayor dependencia del terapeuta será el cliente con la peor salud. En este momento la tendencia estabilizadora es central, ya que el cliente intenta protegerse de la amenaza a la salud y volver a su nivel estable habitual. En este momento el terapeuta implica al cliente en actividades prescriptivas o experiencias recreativas, a fin de ayudarle en

la protección de la salud. En las actividades prescriptivas el control del cliente es mínimo y el del terapeuta es máximo. En la recreación hay más una participación común de terapeuta y cliente. Con la ayuda del terapeuta, el cliente aprende a seleccionar y participar en experiencias recreativas que fomentan la mejora de la salud. Aproximadamente a mitad de camino del continuo, la tendencia estabilizadora se reduce y comienza a surgir la tendencia autorrealizadora. Empieza a emerger el ocio como el paradigma principal. A medida que aumenta la tendencia autorrealizadora, el cliente se hace menos dependiente del terapeuta y más responsable de su propia autodeterminación. El papel del terapeuta continúa disminuyendo hasta que el cliente es capaz de funcionar sin ayuda. En este momento el cliente puede funcionar de forma relativamente independiente con respecto al profesional del ocio terapéutico y ya no hay necesidad de ofrecer un servicio de ocio terapéutico (Austin, 1997).

Es importante señalar, en favor de la claridad, que no se ha hecho mención de que las intervenciones pueden suceder simultáneamente. Por ejemplo, conforme el cliente avanza en el continuo, puede participar tanto en experiencias recreativas como de ocio. Incluso el paciente más enfermo puede tener «buenos momentos». Otro cliente puede tener una enfermedad que no limita la ejecución de actividades orientadas al crecimiento. Por tanto, aunque la mayoría de las intervenciones con estos clientes se dirigen a la recuperación de la salud, algunas pueden tener como propósito ofrecer experiencias de crecimiento durante los «buenos momentos» de ese cliente o, en el caso del segundo ejemplo, para permitir que los aspectos no afectados del individuo se desarrollen. Es por tanto vital que se lleve a cabo una evaluación holística de tal forma que se tengan en cuenta todos los aspectos del cliente y que se pongan en marcha las intervenciones adecuadas para satisfacer todas las necesidades de cada persona.

### *Resumen*

El modelo de protección/promoción de la salud tiene tres componentes clave (i.e. actividades prescriptivas, recreación y ocio) que se sitúan en un continuo de enfermedad-salud integral. En función de sus necesidades, los clientes pueden entrar en el continuo en cualquier punto del mismo. El modelo destaca el papel activo del paciente, que cada vez depende menos del profesional de ocio terapéutico conforme avanza hacia mayores niveles de salud. Inicialmente, se ofrece dirección y estructura mediante las actividades prescriptivas para ayudar a activar al cliente. Durante la recreación, el cliente y el terapeuta juntos se esfuerzan por recuperar un funcionamiento normal. En el ocio, el cliente asume la principal responsabilidad ante su propia salud y bienestar.

## El modelo en la práctica

El modelo de protección/promoción de la salud puede utilizarse en cualquier contexto (i.e. clínico o comunitario) en el que el objetivo del ocio terapéutico sea la salud total y el bienestar. Por tanto, cualquiera que desee mejorar su nivel de salud puede llegar a ser cliente de los servicios de ocio terapéutico. Los profesionales entienden que todos los clientes tienen capacidades y fortalezas intactas, así como una valía intrínseca y la capacidad de cambio. Mediante intervenciones planificadas usando el proceso del ocio terapéutico (i.e. evaluación, planificación, implementación y evaluación), los resultados del ocio terapéutico se orientan a la mejora funcional del cliente. Los resultados terapéuticos más habituales hacen referencia al aumento de la conciencia personal, mejora de destrezas sociales, mejora de habilidades de ocio, disminución del estrés, mejora del funcionamiento físico y desarrollo de sentimientos de auto-consideración positiva, auto-eficacia y control percibido (Austin, 1996).

### *Estudio de caso*

Un ejemplo de la aplicación del modelo sería el caso de un hombre mayor que sufre, en el momento de la jubilación, una depresión severa. Inicialmente, debido a su estado depresivo, el cliente estaba centrado en sí mismo y carecía de la disposición para participar en actividades recreativas o de ocio. En este momento, necesitaba activarse mediante la participación en una actividad a fin de comenzar a recuperar el control y superar los sentimientos de indefensión y depresión. El papel del terapeuta no era manipular al cliente sino ofrecerle la estructura y apoyo necesarios para animarle a estar activo. Cuando participó con éxito en una clase de relajación, empezó a experimentar sentimientos de competencia y a recuperar el sentido del control.

La percepción de una mayor confianza y auto-eficacia le motivó, de forma natural, para estar más predispuesto a buscar resultados terapéuticos. Ahora estaba preparado para avanzar a una fase en la que colaboraba con el terapeuta para elegir actividades recreativas sanas que tuvieran el potencial de ayudarle a superar sus sentimientos depresivos. Era importante, en este momento del tratamiento, que la actividad recreativa elegida tuviera el nivel de reto adecuado y que produjera resultados determinados por el propio paciente, a fin de ofrecer un *feedback* positivo y un locus de causalidad. En este caso, con la ayuda del terapeuta, el hombre decidió participar en un programa de ejercicio de pesas y paseos. A medida que su fuerza y nivel de forma aumentaban, su depresión parecía aliviarse. Finalmente, durante unas sesiones de asesoramiento el cliente

decidió que había sido demasiado sedentario en su jubilación y que cambiaría sus intereses de ocio en el sentido de incluir varias actividades físicas. Entre ellas estaban caminar, andar en bicicleta, la natación y la jardinería. En este momento se apuntó a una asociación de la comunidad y dejó de necesitar los servicios de su terapeuta. Así, el cliente pudo avanzar desde una actividad prescriptiva, pasando por actividades recreativas, hasta intereses de ocio autodeterminados.

## **Fortalezas y limitaciones del modelo**

Tal y como ya se ha señalado (Austin, 1996a), es importante para el desarrollo de nuestra profesión que establezcamos límites claros. Por tanto, una fortaleza obvia del modelo de protección/promoción de la salud es que establece límites para la profesión de ocio terapéutico al conceptualizar el ocio terapéutico como una intervención dirigida a la mejora de la salud y el bienestar protegiendo y promoviendo la salud. Otra fortaleza del modelo es que tiene un fundamento teórico sólido. Tiene cimientos teóricos fuertes. Finalmente, los modelos conceptuales bien construidos describen a la vez que orientan. El modelo no sólo describe el ocio terapéutico sino que tiene la capacidad de guiar la práctica del ocio terapéutico, la investigación y la formación. Una limitación obvia del modelo es que no se puede aplicar en instituciones en las que la salud no sea el objetivo principal.

## **Desarrollo futuro del modelo**

En el ocio terapéutico, en el pasado, nos hemos preocupado principalmente de las amenazas contra la salud de nuestros clientes o de aquellas situaciones en las que se encuentran en desequilibrio. Nuestros esfuerzos se han concentrado en ayudar a superar los estados de enfermedad o lesión. Esta preocupación por la protección de la salud es un elemento importante en nuestra práctica que debe ser conservado. Sin embargo, al mismo tiempo, necesitamos prestar más atención a aquellos clientes que están bien pero que deseen alcanzar mejores niveles de salud o estar mejor. Es desde este ámbito de promoción de la salud desde el que me gustaría definir y describir el ejercicio del ocio terapéutico. Por ejemplo, puedo imaginar un proceso de identificación de estrategias preventivas para enfermedades específicas como parte de la promoción de la salud. Además, creo que el *counseling* del ocio puede convertirse en un elemento clave en la promoción de la salud, pero necesitamos modelos de *counseling* del

ocio bien articulados, que nos permitan ayudar a los clientes a alcanzar una salud óptima. A nivel teórico, me gustaría matizar más la definición de ocio utilizada en mi modelo, pues es un elemento crítico del mismo. Sobre todo, me gustaría que el modelo de protección/promoción de la salud fuera una herramienta en constante evolución conceptual, que profesionales y educadores puedan usar o adaptar para mejorar continuamente la práctica, la investigación y la formación en ocio terapéutico.

## Referencias

- AUSTIN, D. R. (1996). «Introduction and overview». En D. R. AUSTIN y M. E. CRAWFORD (eds.), *Therapeutic Recreation: An Introduction* (2.ª ed.), (pp. 1-21). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- AUSTIN, D. R. (1996a). «Recreation therapy education: A call for reform». En D. M. COMPTON (ed.). *Issues in therapeutic recreation: Toward the New Millennium* (2.ª ed.) (pp. 193-209). Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- AUSTIN, D. R. (1997). *Therapeutic recreation processes and techniques* (3.ª ed.). Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- DUNN, H. L. (1961). *High level wellness*. Arlington, VA: R. W. Beatty.
- FLYNN, P. A. R. (1980). *Holistic health*. Bowie, MD: Robert J. Brady.
- ISO-AHOLA, S. E. (1989). «Motivation for leisure». En E. L. JACKSON y T. L. BURTON (eds.). *Understanding leisure and recreation: Mapping the past charting the future*. State College, PA: Venture Publishing.
- KELLY, J. R. (1996). *Leisure* (3.ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- KING, I. M. (1971). *Toward a theory of nursing*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- KRAUS, R. (1971). *Recreation and leisure in modern society*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- LANGER, E. J. y RODIN, J. (1976). «The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting». *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- MANNELL, R. C. y KLEIBER, D. A. (1997). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- MURPHY, J. F. (1975). *Recreation and leisure services*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Company Publishers.
- PENDER, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3.ª ed.). Stanford, Conn: Appleton & Lange.
- POWELL, L. y SABLE, J. (1990). «Applications of holistic health techniques in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 24, 32-41.
- SELIGMAN, M. E. P. y MAIER, S.F. (1967). «Failure to escape traumatic shock». *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.



## Capítulo 3

# Modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico y modelo de resultados del ocio terapéutico

Glen E. Van Andel<sup>1</sup>

*Resumen: Durante las últimas décadas, se han utilizado los modelos de intervención para describir el ámbito y naturaleza de los servicios de ocio terapéutico. Los cambios en los servicios sociales y de salud requieren que actualicemos nuestros modelos para reflejar la intervención actual. Los modelos de prestación de servicios de ocio y de resultados de ocio terapéutico ofrecen una panorámica general del ejercicio profesional actual del ocio terapéutico. Se describen y explican los componentes de los modelos, junto con sus fundamentos teóricos. Se presenta un estudio de caso para mostrar su aplicación.*

Los modelos de intervención ofrecen un marco de referencia desde el que aproximarse, describir y analizar las relaciones entre los elementos clave del ejercicio profesional. Aunque todos los modelos tienen sus limitaciones, cada uno se articula de acuerdo con filosofías, supuestos y sistemas de creencias que ayudan a definir y explicar la naturaleza y ámbito del servicio, el tipo de interacción cliente-terapeuta y los posibles resultados de la intervención. Dado que es difícil describir todos los aspectos del servicio de ocio terapéutico en un único modelo de intervención, este trabajo presenta una descripción y justificación de dos modelos de ocio terapéutico interrelacionados. El modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico ofrece una panorámica

---

<sup>1</sup> G.E. Van Andel es catedrático en el Calvin College, Grand Rapids, Michigan.

del tipo de intervención y el modelo de resultados del ocio terapéutico se centra, de manera más específica, en los resultados de la intervención. Aunque se presentan como modelos separados, el modelo de resultados debe ser entendido como una extensión del modelo de prestación de servicios, ya que simplemente clarifica los resultados del servicio y muestra la relación entre ellos.

## **Descripción de los componentes del modelo**

### *Modelo de prestación de servicios*

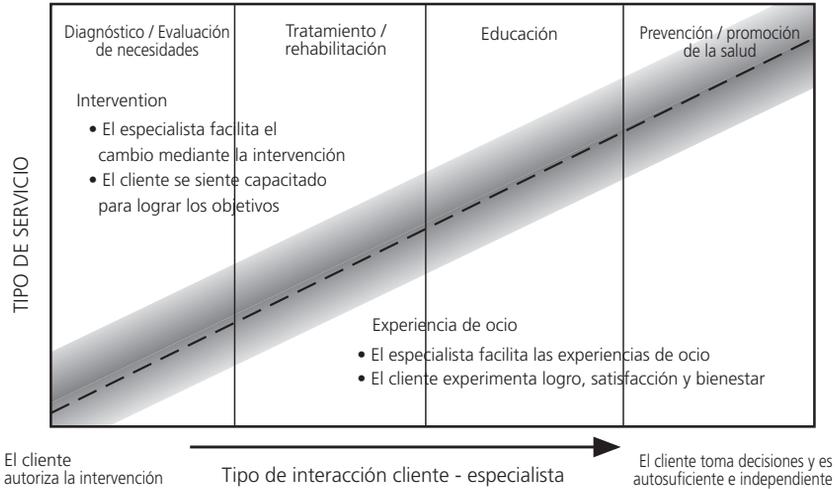
El modelo de prestación de servicios (véase figura 1) describe el ámbito del servicio, el tipo de servicios de ocio terapéutico y la relación entre el especialista en ocio terapéutico y el cliente. El ámbito de servicio hace referencia a los elementos o componentes de un servicio de ocio terapéutico. En este modelo los componentes se organizan de forma vertical e incluyen el diagnóstico y evaluación de necesidades, el tratamiento/rehabilitación, la educación y la prevención y promoción de la salud. En el plano horizontal se describe el tipo de servicio, entendiendo que el especialista es quien ayuda al cliente a alcanzar sus objetivos y es un facilitador de experiencias de ocio. Gracias al complejo y dinámico proceso que implica participar en la intervención y/o en la experiencia de ocio (tipo de relación) el cliente adquiere la capacidad de alcanzar los objetivos que desea y experimenta un sentimiento de plenitud, satisfacción, competencia y bienestar que constituyen los resultados generales principales del sistema. Por tanto, se comienza por describir los supuestos y filosofía del ocio terapéutico y sus resultados esperados.

**Ámbito del servicio.** Los elementos esenciales de los servicios sociales y de salud son aquellas actividades y estrategias que contribuyen a (a) diagnosticar o evaluar las necesidades del cliente, (b) ofrecer un tratamiento o rehabilitación, (c) educar al cliente, y (d) llevar a cabo actividades de promoción y prevención de la salud. Según Seibert (1991), la viabilidad de los programas de ocio terapéutico en el marco de los servicios sociales y de salud pasa por que estos programas aporten algo a dichos servicios. La evaluación y diagnóstico de necesidades se refiere al uso de pruebas estandarizadas, observaciones de campo u otras técnicas, a fin de determinar las fortalezas y capacidades del cliente o sus posibles limitaciones para alcanzar los objetivos de la habilitación o rehabilitación. El tratamiento y rehabilitación implican ofrecer ayuda para recuperar o estabilizar la salud o las habilidades de un sujeto que ha sufrido una pérdida

**Figura 1**

**Modelo de servicio de ocio terapéutico.**

AMBITO DEL SERVICIO DE OCIO TERAPÉUTICO



o limitación de esas habilidades. Aquí, por ejemplo, puede utilizarse la terapia acuática para mantener el tono muscular y la flexibilidad de un cliente que tiene esclerosis múltiple. Las estrategias educativas desarrollan las actitudes, valores y destrezas necesarias para funcionar de modo más eficiente en la sociedad, mejorar la salud general y/o lograr una alta calidad de vida. El entrenamiento en asertividad, diseñado para desarrollar las actitudes y destrezas necesarias para comunicar de forma adecuada los propios sentimientos e ideas, es otro ejemplo de las variadas intervenciones educativas del ocio terapéutico. Otras intervenciones pueden ser la educación del ocio, la reformulación cognitiva, la orientación a la realidad, y el entrenamiento en habilidades sociales. Las actividades de prevención/promoción de la salud, como por ejemplo el manejo del estrés y los programas de ejercicio, desarrollan actitudes y conductas que protegen o promueven estilos de vida saludables.

Aunque cada componente se ha descrito como un constructo separado, es difícil marcar distinciones claras entre ellos, ya que algunos pueden operar de forma simultánea. Por ejemplo, la natación puede ser un tratamiento o rehabilitación para una persona que se está recuperan-

do de los efectos de un accidente cerebro-vascular, pero también puede ser una oportunidad de aprender nuevas destrezas de ocio (educación) que pueden prevenir el deterioro de la salud y promover un estilo de vida más saludable (prevención/promoción de la salud). Por tanto, el componente más bien describe los objetivos específicos a corto plazo elegidos para esa actividad. Las líneas discontinuas verticales que separan los componentes del programa indican el posible solapamiento entre dos o más elementos en cualquiera de las actividades descritas anteriormente.

El cliente puede acceder a los servicios en cualquier momento del continuo para recibir el conjunto de servicios de ocio terapéutico más adecuado. Tras la evaluación individualizada habitual, una persona puede entrar en una clase de educación del ocio, así como en una actividad de integración comunitaria. Por tanto, el modelo no pretende ser secuencial, sino que cada persona utiliza los componentes que necesita.

Aunque todos los programas de ocio terapéutico incluyen una evaluación inicial y continuada, la aplicación de otros componentes puede variar de un entorno o institución a otro, dependiendo del tipo de clientes y objetivos de los programas. Por ejemplo, en los centros de tratamiento breve la misión o propósito del programa puede ser colaborar en un diagnóstico acertado y global, mientras que un entorno comunitario puede destacar los programas educativos o de prevención/promoción de la salud. Cada uno es importante para cumplir la misión y objetivos de cada institución.

**Tipo de servicio.** En la mayoría de los programas de ocio terapéutico de centros clínicos y comunitarios, el tipo de servicio implica un componente de intervención planificada, así como un componente de experiencias de ocio. Sin embargo, algunos programas o centros pueden favorecer las experiencias de ocio, mientras que otros se centran en las estrategias de intervención para lograr los objetivos del cliente. Además, el tipo de experiencia puede variar en función de la persona o incluso para la misma persona a lo largo del tiempo. Por ejemplo, para las personas que no han desarrollado destrezas motoras como la coordinación mano-ojo, jugar al baloncesto puede ser muy frustrante, al menos al principio. Sin embargo, puede ayudarlas a lograr algunos objetivos terapéuticos personales, como aprender a jugar a un juego que pueden disfrutar con sus amigos, aumentar su tolerancia a la frustración, mejorar la coordinación o lograr una mejor forma física. Tras varias semanas practicando, el juego puede resultarle más sencillo y el sujeto disfrutará más. La participación puede facilitar una experiencia de ocio al tiempo que se continúa trabajando sobre los objetivos terapéuticos. El elemento clave para determinar si la actividad es una intervención o una experiencia de

ocio no es la naturaleza de la actividad, sino la percepción por el cliente de la experiencia. Por tanto, se pueden entender las intervenciones como actividades orientadas a un objetivo, como el trabajo, que tienen la capacidad de convertirse en juego, dependiendo de varios factores psicológicos, algunos internos y otros parte del entorno en el que tiene lugar la actividad.

La amplia línea gris que cruza diagonalmente el modelo representa el área óptima de interacción entre el especialista y el cliente. La facilitación de una interacción dinámica entre intervención y experiencia de ocio contribuye a que la persona recupere su sentido de ser humano total y, por tanto, aumenta la posibilidad de lograr los objetivos. La creciente investigación psicológica y conductual sugiere que las experiencias de ocio placenteras que, por ejemplo, estimulan la risa, aumentan la posibilidad de que el cliente alcance sus objetivos terapéuticos, ya que contribuyen a crear el entorno interno que promueve el proceso de curación (Cousin, 1989).

La línea de puntos diagonal refleja las diferencias entre los componentes del servicio. Por ejemplo, el diagnóstico y evaluación de necesidades y el tratamiento y rehabilitación, las dos primeras categorías, tienden a ser más estructuradas, actividades con objetivos claros que son menos capaces de facilitar experiencias de ocio. Aunque algunos especialistas pueden utilizar actividades de juego u ocio para ayudar en la evaluación conductual, la mayoría utilizan entrevistas estructuradas, protocolos de evaluación de la propia institución o herramientas de evaluación estandarizadas como la Batería Diagnóstica de Ocio (Witt y Ellis, 1985) para identificar las fortalezas y limitaciones del sujeto. Igualmente, las actividades y estrategias utilizadas en el tratamiento/rehabilitación son, en general, estructuradas, a fin de lograr los objetivos establecidos y, por tanto, pueden limitar o modificar las oportunidades para facilitar una vivencia o experiencia de ocio. Por otro lado, las dos últimas categorías, educación y prevención/promoción de la salud, se prestan a una mayor libertad personal y, por tanto, a una mayor posibilidad de vivencia de ocio. Por ejemplo, la participación en un baile social puede facilitar el desarrollo de destrezas sociales y de ocio apropiadas y, tras cierta ansiedad inicial, el cliente puede ser capaz de disfrutar de una experiencia o vivencia de ocio.

El tipo y filosofía de la institución y del propio especialista también modulan el énfasis que se da a la intervención frente a la experiencia de ocio. En algunos contextos, como por ejemplo centros de crónicos o en los programas de recreación comunitaria para personas con discapacidad, los especialistas en ocio terapéutico pueden fomentar las experiencias de ocio y organizar actividades que facilitan resul-

tados como el disfrute, el logro, el sentido de la competencia, la satisfacción y el bienestar. En este contexto, el especialista puede adaptar el modelo a su realidad, moviendo la línea diagonal hacia arriba para reflejar de forma más precisa la filosofía y contenido del programa. Por tanto, el modelo permite un amplio margen de formas de entender la prestación de servicios, de metodologías y de entornos para el ocio terapéutico.

***Tipo de interacción cliente-especialista en ocio terapéutico.*** El tipo de relación ética y profesional entre el cliente o participante y el especialista en ocio terapéutico parte de un respeto claro a toda persona como ser humano único. Un aspecto importante de este reconocimiento de la valía de cada individuo es el reconocimiento del derecho a las experiencias de ocio y de la capacidad de la persona para elegir, basándose en una adecuada información, respecto a la atención que recibe (véase el Código Ético de la NTRS, Sección II. Obligaciones del profesional para con el cliente). El modelo refleja esta normativa del ejercicio profesional al centrar la atención en el cliente. Es decir, el respeto al cliente implica el consentimiento informado del mismo y la promoción de la independencia y las oportunidades de autodeterminación. Estas oportunidades se ofrecen en el contexto de las experiencias de juego y ocio que fomentan el sentido del bienestar y, en última instancia, de lo que significa ser humano (Sylvester, 1987).

El modelo también reconoce que hay un continuo de prestación de servicios que requiere el juicio profesional que debe ser compartido con el cliente y/o su tutor para ayudar a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Es decir, el juicio profesional supone elegir herramientas de evaluación válidas y fiables para determinar las fortalezas y limitaciones del cliente, y elegir las estrategias de intervención adecuadas para ayudarle a lograr sus objetivos de tratamiento/rehabilitación, educación y/o de prevención/promoción de la salud. Siempre que sea posible, el cliente debe participar en las decisiones relativas a su tratamiento. El fin último de cualquier relación de ayuda es facilitar que el cliente alcance su nivel óptimo de independencia. Por tanto, cuanto más capaz sea el especialista de humanizar el proceso, respetando la integridad de la persona como ser humano racional, mejores serán los resultados.

***Fundamento teórico del modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico.*** Los modelos de ocio terapéutico intentan mostrar que la denominada filosofía del «ocio terapéutico» y la de la «experiencia de ocio» pueden coexistir. La clave para combinar estas dos perspectivas en un modelo se basa en la interpretación teórica del ocio propuesta por Neulinger (1976; 1981). Esta teoría contempla la esencia del ocio desde una perspectiva psicológica, que distingue entre experiencias de ocio y

experiencias no de ocio, sobre la base del estado mental (Neulinger, 1976). Según esta teoría, cuanto más alto sea el grado de decisión que la persona siente que tiene para determinar su conducta, mayor será la libertad percibida, que la mayoría de los investigadores reconocen como el determinante principal de una experiencia de ocio. Por el contrario, el impedimento percibido ante la decisión personal llevaría a una experiencia no de ocio o experiencia relacionada con el trabajo. Según Neulinger (1976), el grado de motivación interna (hacer algo por sí mismo) o motivación externa (hacer algo por los refuerzos o para evitar un castigo) también ayuda a definir el tipo de experiencia. Neulinger identifica varias combinaciones de libertad percibida/impedimento y motivación intrínseca/extrínseca que utiliza para describir la compleja naturaleza de la experiencia. En este modelo teórico, el ocio puro implica una total libertad frente al control externo y la expectativa de satisfacer necesidades intrínsecas. Por el contrario, en el estado de trabajo puro (un estado mental no de ocio) hay un sentido de impedimento percibido combinado con refuerzos extrínsecos.

El modelo de servicio de ocio terapéutico reconoce que el estado mental de ocio o de no ocio está presente en los participantes en cualquier momento. En el marco del proceso del ocio terapéutico, la intervención refleja el estado mental de limitación que el cliente siente cuando está participando en una experiencia, obligatoria, controlada desde fuera. La experiencia de ocio hace referencia a la libertad percibida o a la experiencia de libertad de elección. Sin embargo, en ambos casos la motivación para la participación puede ser por razones intrínsecas, extrínsecas o de ambos tipos. Por ejemplo, el especialista puede animar al cliente a participar en un programa de actividad física con el objetivo de mejorar la salud y la forma física. El cliente puede sentirse obligado a participar (estado mental de no ocio), aunque al mismo tiempo se da cuenta de que al final se sentirá mejor consigo mismo y será capaz de mejorar su desempeño en esta experiencia (refuerzo intrínseco). O puede que el cliente realmente disfrute de dar paseos y experimente una sensación de libertad percibida (estado mental de ocio) al elegir esta actividad y la satisfacción y bienestar que conlleva (refuerzos intrínsecos). Sin embargo, debe apuntarse que debido a factores psicosociales, como por ejemplo las normas y expectativas sociales, las experiencias personales con una actividad o un entorno concreto, y muchos otros determinantes situacionales, las experiencias son de carácter transitorio y por ello deben ser descritas de forma procesual, como algo en constante cambio. Por tanto, todas las experiencias son interacciones dinámicas entre la libertad percibida y el impedimento percibido. Tanto la intervención (obligatoria) como la experiencia de ocio (libre) contribuyen a

los resultados que se describen con mayor especificidad en el modelo de resultados.

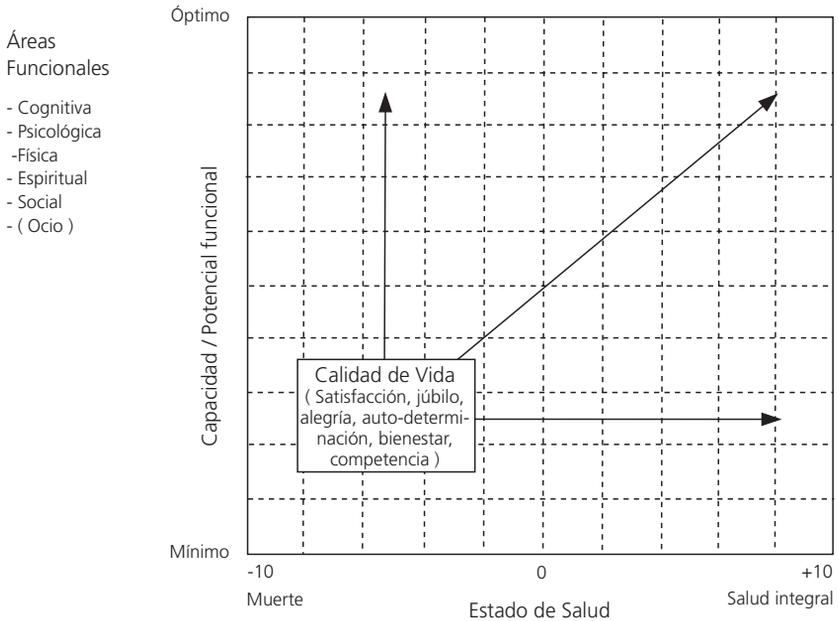
### *Modelo de resultados*

La palabra mágica actualmente en el ámbito de la salud y los servicios sociales es «resultados». Las normativas para la licencia profesional, los programas de mejora continua de la calidad, las organizaciones de gestión de la salud, y los responsables de los servicios de salud y sociales se están centrando en los resultados de los clientes, tales como tasa de supervivencia, estado de salud, capacidad funcional y calidad de vida, para determinar la efectividad y adecuación de los servicios de salud (Seibert, 1991). De entre todos estos resultados, se ha observado que los servicios de ocio terapéutico influyen en la capacidad funcional de los pacientes, su estado de salud y la calidad de vida (Coyle, Kinney, Riley & Shank, 1991; Shank, Coyle, Boyd & Kinney, 1996). Ya que el estado de salud y la capacidad/potencial funcional están muy relacionados con los resultados en la calidad de vida, sirven como soporte de lo que puede ser considerado como el resultado principal del ocio terapéutico, la sensación de bienestar. Aquí *bienestar* se refiere a la satisfacción de las necesidades de salud y de las experiencias y manifestaciones sociales, físicas, espirituales, estéticas e intelectuales (Sylvester, 1992). Por tanto, nuestra especial contribución como profesión se basa en nuestra capacidad de facilitar experiencias integradoras, principalmente mediante el juego y la recreación, que aumenten la calidad de vida del cliente. Sylvester (1994/95) afirma con rotundidad que «los resultados del ocio terapéutico... deben ser funcionales y gratificantes, lo que significa que deben aumentar la capacidad para vivir, al mismo tiempo que fomentan el sentido y significado (la calidad) en la vida de las personas con enfermedades o discapacidades» (p. 120). Por tanto, según el modelo de resultados de ocio terapéutico, no se intenta aislar los aspectos de la capacidad funcional y el estado de salud, sino que deben estar interrelacionados, organizados en torno a la centralidad de un ser humano que intenta alcanzar un sentido de totalidad, una calidad de vida (véase figura 2).

Como se mencionó anteriormente, el modelo de resultados identifica y amplía los resultados específicos que se deducen del modelo de prestación de servicio. Por ejemplo, una experiencia de ocio descrita en el modelo de prestación de servicio siempre afectará a la calidad de vida de los participantes y también puede contribuir a ciertas mejoras en la capacidad funcional o el estado de salud. Por tanto, al analizar el carácter dinámico del proceso de ocio terapéutico, identificamos los diferentes resultados terapéuticos que encajan en cada uno de los componentes del modelo de resultados.

**Figura 2**

Modelo de resultados de los servicios de ocio terapéutico.



**Estado de salud integral.** En el modelo médico tradicional la salud hacía referencia a indicadores clínicos como la presión sanguínea, el pulso y otras medidas fisiológicas. Sin embargo, las tendencias actuales en la salud han propiciado una definición global que incluye factores de salud mental, espiritual, emocional, social y fisiológica, para definir el estado o situación de salud del cliente. La amplia utilización del *biofeedback* y la meditación en el tratamiento del dolor crónico no es más que un ejemplo de estrategias de intervención que reconocen la relación dinámica entre mente, cuerpo y espíritu que contribuye a redefinir el estado de salud. Por tanto, el nuevo modelo nos ofrece un marco más preciso, una imagen multidimensional que se conoce como salud holista o salud integral, en vez de ser una descripción fisiológica y unidimensional de la salud de una persona.

El estado de salud integral está influido por las actitudes y las conductas del estilo de vida, como por ejemplo los hábitos alimentarios, el auto-cuidado, el nivel de actividad física, las actividades de manejo de

estrés, la seguridad personal y el uso del alcohol o drogas similares. Los procesos activos de enfermedad o los estados de discapacidad, como por ejemplo la alta presión arterial, el cáncer o la esclerosis múltiple, también afectan al nivel de salud integral.

**Calidad de vida.** El concepto de calidad de vida es ambiguo, algo confuso y a menudo se utiliza de forma intercambiable con el concepto de bienestar y el de satisfacción vital. En general, los profesionales de la medicina definen la calidad de vida con parámetros objetivos que describen la capacidad de la persona para implicarse en las actividades de la vida diaria. La evaluación suele incluir los ámbitos de estado de salud, funcionamiento social, desempeño de roles sociales, funcionamiento físico, nivel de energía y percepción general del estado de salud (Ware y Sherbourne, 1992). La escala del eje V del DSM-IV, Evaluación del funcionamiento general (American Psychiatric Association, 1994), es un ejemplo de un instrumento que se usa frecuentemente para determinar los cambios funcionales en la calidad de vida.

Los científicos conductuales ha adoptado, en general, un punto de vista más psicológico o subjetivo y han destacado, como indicadores de la calidad de vida, la importancia de la satisfacción de las necesidades, la capacidad de tolerar el estrés, la independencia (autodeterminación), la manifestación del disfrute, las relaciones interpersonales significativas, el bienestar y sentirse contento, y el uso personalmente significativo del tiempo (Bigelow, McFarland y Olson, 1991; Rosenfield, 1992; Iso-Ahola, 1980). Dada la compleja naturaleza de la calidad de vida, los investigadores aconsejan utilizar medidas objetivas y subjetivas para evaluar este constructo (Compton, 1994).

Sin embargo, nosotros hemos preferido definirlo: la calidad de vida y su relación con las experiencias de ocio es un aspecto importante de la condición humana. Sylvester (1992) afirma que el concepto de bienestar, calidad de vida, felicidad y autorrealización son situaciones y oportunidades necesarias para vivir una vida plena, con significado personal, satisfactoria y que merece la pena, que emana de los principios morales que definen lo humano. Los derechos humanos, según Sylvester, son un «derecho que se considera vital para vivir una vida de valía y dignidad» e incluyen los requisitos que contribuyen a la vida, la libertad, la seguridad y las oportunidades de tener experiencias vitales como el juego, el trabajo y la amistad (p. 11). En este contexto, argumenta que el ocio es un valor clave, un prerrequisito para lograr la felicidad y la plenitud como persona. Por tanto, la calidad de vida se convierte en un constructo clave, integral, de un modelo de resultados centrado en la persona.

**Capacidad/potencial funcional.** La capacidad de funcionar mental, cognitiva, física, espiritual, social y emocionalmente es esencial para la

salud óptima. Los ámbitos situados en el eje izquierdo del modelo de resultados se definen de la siguiente manera:

- Funcionamiento mental/cognitivo: capacidad para aprender y usar las aptitudes mentales.
- Funcionamiento físico: capacidad de todos los sistemas corporales para funcionar eficiente y efectivamente en el trabajo y el juego.
- Funcionamiento psicológico/emocional: la capacidad para manejar cómoda y adecuadamente las emociones.
- Funcionamiento espiritual: la capacidad para encontrar sentido y propósito a la vida.
- Funcionamiento social: la capacidad para disfrutar de relaciones significativas con otras personas del entorno.
- (Funcionamiento de ocio): la capacidad para participar y disfrutar de experiencias de ocio.

Aunque a menudo nos referimos a estos ámbitos como categorías distintas e incluso utilizamos herramientas de evaluación específicas para cada uno, es bueno recordar que, en realidad, cada uno es parte de un organismo que ni puede ni debe ser reducido a partes segmentadas. De hecho, el funcionamiento de ocio, el componente funcional más importante en la mayoría de los programas de ocio terapéutico, ha sido listado entre paréntesis porque representa una interacción compleja de todos los ámbitos en relación. De manera similar, el funcionamiento espiritual es, al mismo tiempo, un elemento específico y un concepto integrador y general que forma parte de cada una de las dimensiones de nuestra naturaleza humana (Heintzman, 1997). Como la práctica del ocio terapéutico busca dar respuesta a las necesidades de la persona total y la espiritualidad, ha sido identificada como elemento importante de nuestra salud y bienestar (Greenberg y Dintman, 1992), la hemos incluido en el modelo. Por tanto, aunque no queremos minimizar la importancia de la contribución específica de cada área funcional, nuestro objetivo es ayudar a los clientes a alcanzar el nivel máximo de salud y bienestar a través de experiencias de ocio y de no ocio.

#### ***Fundamento teórico del modelo de resultados de ocio terapéutico.***

Vivir significa tener experiencias y realizar conductas que contribuyen al aprendizaje y al desarrollo personal. Nuestro carácter único es el resultado de diversas experiencias, entre las que las experiencias de ocio y juego, que nos dan sentido de continuidad, propósito y significado, no son, ni mucho menos, las menos importantes. «El juego de la infancia, la exploración de la adolescencia, la intimidad de la primera etapa de la vida adulta, la competencia y expresión personal de los años de madurez y la integración social de la última fase de la vida son temas centrales de la

perspectiva evolutiva del ocio» (Kelly, 1990, p. 423). Como seres que nos desarrollamos, usamos las experiencias de ocio y no ocio para comprender y reforzar el sentido de quienes somos y para llegar a ser todo aquello que podemos ser. Es este proceso evolutivo de «llegar a ser» el que produce los resultados descritos en el modelo de resultados de ocio terapéutico. Ya que la enfermedad y la discapacidad pueden actuar como barreras para el desarrollo humano, los programas de ocio terapéutico a menudo ofrecen alternativas para fomentar experiencias evolutivas normativas.

La literatura empírica sobre las ciencias de la rehabilitación (Shank, Coyle, Boyd y Kinney, 1996) ofrecen apoyo a este modelo. Shank y colaboradores identifican numerosos estudios que demuestran la mejora en el funcionamiento físico (Buettner, 1988; Green, 1989; Rothe, Kohl y Mansfield, 1990), el funcionamiento psicológico (Searle, Mahon, Iso-Ahola, Sdrolias y Van Dyck, 1995; Mactavish y Searle, 1992; Coyle y Santiago, 1995; Chakravorty, Trunnell y Ellis, 1995), el funcionamiento cognitivo (Hutzler, 1992; Dattilo y Barnett, 1985; Mahon, 1994; Mahon y Bullock, 1992) y el funcionamiento social (Schleien, Kiernan, y Wehman, 1981; Rancourt, 1991; Bullock y Howe, 1991) cuando se utilizan actividades de ocio terapéutico en programas terapéuticos que se centran en la capacidad/potencial funcional.

La relación entre las experiencias de ocio y la salud y la calidad de vida ha sido ampliamente estudiada (Compton & Iso-Ahola, 1994; Iso-Ahola, 1994; Ragheb, 1993). Iso-Ahola apunta que «teóricamente el ocio afecta a la salud de tres maneras: el ocio se convierte en un instrumento mediante el cual se busca y obtiene la salud, esto es, el ocio ofrece el tiempo y espacio en el que se practican conductas saludables; el ocio es una forma de vida, es decir, es una orientación cognitiva hacia la vida y el estilo de vida que promueve y conduce a la salud; y el ocio tiene ciertas cualidades y características inherentes que son elementos clave de la salud» (p.43).

Aunque el debate sobre la relación entre espiritualidad y experiencias de ocio todavía está en un nivel especulativo, McDonald y Schreyer (1991) también sugieren que los resultados observados en la salud física y emocional se relacionan con la utilización de elementos de un programa espiritual como la meditación, el yoga o la imaginación. Estos investigadores proponen que la espiritualidad desempeña un papel en nuestra capacidad funcional, estado de salud integral y calidad de vida. A partir de estos y otros hallazgos Heintzman (1997) concluye que los profesionales de los servicios sociales, incluyendo los del ocio y el ocio terapéutico, deben prestar una mayor atención a la dimensión espiritual de sus programaciones.

## El modelo en la práctica

*El caso de la Sra. Z: Un modelo de intervención comunitaria.* Un caso especialmente interesante relatado por Negley (1994) nos ofrece un ejemplo excelente de cómo los modelos propuestos orientan la intervención. La Sra. Z es madre de dos hijos y fue hospitalizada por problemas de movilidad y de habla. Tras un exhaustivo examen neurológico se diagnosticó un trastorno por conversión y se la envió a una unidad de hospitalización neuropsiquiátrica. La evaluación psiquiátrica incluyó una evaluación de ocio terapéutico diseñada para determinar su nivel de auto-estima y su funcionamiento de ocio, incluyendo su percepción de sí misma y de su familia, su proceso de validación personal (positiva y negativa) y su capacidad para expresar sentimientos personales. En colaboración con el psiquiatra se diseñó un plan de tratamiento ambulatorio para abordar dos objetivos a corto plazo: desarrollar su confianza en la relación terapéutica y aumentar su deseo de comunicarse. Los objetivos a largo plazo eran aumentar su capacidad para identificar sentimientos personales, aumentar su capacidad para comunicar sus sentimientos sin dañarse a sí misma, restablecer su funcionamiento en ocio y aumentar su tolerancia a la interacción social.

Al principio era reticente a participar en un programa de ocio terapéutico, pero aceptó participar en sesiones de prueba durante nueve semanas. Fue difícil construir la relación y desarrollar su confianza, pero el terapeuta consiguió mejores respuestas durante las actividades al aire libre, como paseos por el bosque en los que «parecía sentirse segura y menos a la defensiva» (Negley, 1994, p.37). El terapeuta se sirvió de muchos juegos de mesa y ejercicios de papel y lápiz, así como de actividades como el dibujo, los *collages*, la arcilla y la música para ayudar a la Sra. Z. a identificar y expresar sus sentimientos. También se utilizaron Legos y otros juegos con figuras humanas para simbolizar la reconstrucción de su vida. Las actividades de horticultura sirvieron para simular el lento proceso de crecimiento. Se planificó un programa de auto-estima estructurado en siete pasos basado en el proyecto IBIM-I Believe in Me (Radmall & Negley, 1989) para desarrollar sus destrezas de asertividad y su capacidad para controlar el entorno. A medida que comenzó a expresar su ira y rabia reprimidas, se plantearon, como vías adecuadas de exteriorización de afectos, ejercicios físicos más activos, como el tenis y el voleibol. Negley (1994) informa que, a medida que la terapia continuaba, los paseos por el bosque se convirtieron en una herramienta de evaluación importante. En este espacio abierto, en el que se «sentía segura», el terapeuta pudo hacer el seguimiento del «progreso de la Sra. Z. en la comprensión de sus propios sentimientos y su capacidad para expresarlos» (p. 38).

Tras casi dos años de tratamiento ambulatorio intensivo, la Sra. Z. «comprendió el valor del ocio como mecanismo de afrontamiento, así como su papel en la mejora de su calidad de vida. Se implicó en una liga de voleibol y tenis femenino, era capaz de soportar ir de compras sola y podía jugar e interactuar con sus hijos en actividades de ocio e, incluso, había comenzado a pensar en volver a la universidad para ampliar su formación» (Negley, 1994, p. 40). Aunque el proceso de reintegración social y comunitaria fue lento, este estudio muestra el uso efectivo del ocio terapéutico en el tratamiento de problemas difíciles de salud mental.

***Aplicación de los modelos de ocio terapéutico.*** Este caso describe el abanico completo de los servicios descrito en el modelo de prestación de servicios. Se evaluaron las áreas de auto-estima y funcionamiento social y de ocio y se establecieron objetivos a corto y largo plazo. La intervención en el ámbito del tratamiento/rehabilitación fue amplia e incluyó actividades expresivas, actividades físicas y paseos por el bosque. La intervención educativa utilizó los materiales de IBIM, que ayudaron a desarrollar las destrezas adecuadas para controlar su entorno. Finalmente, varias actividades deportivas sirvieron para reforzar formas adecuadas de agresión y autoexpresión. Estas actividades desempeñaron un papel clave en la promoción de conductas saludables y evitaron la regresión a conductas disfuncionales previas.

Los paseos también son un buen ejemplo del solapamiento e interacción de una intervención terapéutica con la experiencia de ocio (la línea diagonal del modelo). La actividad en la naturaleza fue importante para crear un entorno de ocio libre, sin limitaciones, que facilitó la confianza del cliente y la expresión de sentimientos. Este entorno proporcionó el marco para la evaluación (diagnóstico/evaluación de necesidades) así como oportunidades para la segura manifestación de sentimientos (tratamiento/rehabilitación). Esta misma relación interactiva entre intervención (no ocio) y experiencias de ocio puede verse en muchas de las intervenciones utilizadas en este caso, como las actividades deportivas y musicales. En algunos momentos pudo ser una completa experiencia de ocio, mientras que en otras ocasiones las pudo vivir como trabajo o no ocio, dependiendo de su actitud y del contexto de la experiencia. Por ejemplo, el grado de control percibido o de libertad dado al cliente variaba de sesión a sesión, incluso dentro de la misma sesión. La investigación demuestra que la percepción del ocio es un elemento clave en la experiencia de ocio (Neulinger, 1981; Csikszentmihalyi, 1975). Por tanto, el tipo de interacción cliente-especialista es una variable importante en el logro de experiencias óptimas de ocio y/o relaciones terapéuticas.

Este caso también muestra la viabilidad del modelo de resultados. Los resultados funcionales fueron la mejora en el funcionamiento social

y de ocio, y la capacidad de manejar adecuadamente los sentimientos (funcionamiento emocional). Además, también se señaló la mejora en la calidad de vida y estado de salud como resultado obtenido por el cliente. El mejor funcionamiento de la Sra. Z. en varias áreas de su vida y su mejora en el auto-cuidado y el aumento de la actividad física (estado de salud) parecieron contribuir de manera sustancial a la calidad de vida total. La relación entre satisfacción de ocio y salud integral (Coleman e Iso-Ahola, 1993; Iso-Ahola e Weissinger, 1992; Flanagan, 1978) apoya el valor que tienen las experiencias de ocio y juego para todas las personas, pero especialmente para aquellas que experimentan barreras para disfrutar de oportunidades de ocio elegidas personalmente.

### **Fortalezas y limitaciones del modelo**

Ambos modelos reflejan el ejercicio profesional actual; por ello ofrecen a consumidores, trabajadores, profesionales, políticos, etc., una clara imagen del ámbito y carácter de los servicios de ocio terapéutico, así como de sus resultados. Por ejemplo, queda claro desde el modelo de resultados que el ocio terapéutico busca tratar las capacidades funcionales, el estado de salud o salud integral, y la calidad de vida como objetivos terapéuticos. El modelo muestra con bastante claridad que no son tres componentes independientes de la salud de una persona, sino que son partes interrelacionadas e interdependientes de la persona total, aunadas en torno al concepto de calidad de vida o bienestar. Esto es algo especialmente importante para aquellos profesionales preocupados con la excesiva dependencia del modelo médico, que tiende a centrarse en «arreglar las partes rotas», sin atender a la naturaleza única de la persona total. De hecho, el modelo de resultados busca abordar ambos aspectos de la persona.

Aunque el interés de los modelos es describir la prestación del servicio y las medidas de resultados, se derivan y se apoyan en la teoría evolutiva y de ocio, en la investigación en el campo de la rehabilitación, y en la normativa profesional y el código ético. Los modelos integran de forma creativa varios conceptos y filosofías que contribuyen a una mejor comprensión de la profesión y de su papel único en los servicios sociales y de salud. Por ejemplo, el modelo de tratamiento incluye componentes del tradicional modelo médico (terapia) y de la perspectiva de la salud integral (experiencias de ocio). Términos como *diagnóstico*, *tratamiento/rehabilitación* e *intervención* se utilizan para comunicarse con los profesionales de la salud que funcionan bajo el modelo médico. Los términos como *evaluación de necesidades*, *educación*, *prevención/promoción de la*

*salud y experiencia de ocio* muestran una orientación hacia los servicios sociales y hacia la salud integral.

Aunque se tienen en cuenta tanto la orientación terapéutica como la de ocio, el énfasis de ambos modelos se sitúa en la naturaleza holista de la persona. Esto se ve en el relieve que se otorga al carácter integrador de la experiencia del cliente en el modelo de tratamiento (i.e. intervención y experiencias de ocio) y en la centralidad de la calidad de vida en el marco de los componentes interrelacionados del modelo de resultados. Como se ha afirmado anteriormente, la intención es evitar una visión reduccionista del cliente que se centre en la enfermedad o discapacidad en lugar de tratar a la persona como un ser humano único y complejo.

La flexibilidad de los modelos favorece su uso en diversos tipos de servicios sociales y centros de salud. Los centros comunitarios que prestan servicio a las personas con discapacidad, así como los hospitales o centros de rehabilitación, pueden adaptar el modelo para reflejar su respectiva filosofía de servicio, ajustando el grado en que destacan la orientación terapéutica o de ocio, a la vez que se centran en los resultados específicos y únicos de cada tipo de entorno. Como se mencionó antes, esto se hace simplemente elevando o bajando la línea diagonal que divide la intervención y la experiencia dentro del modelo de servicio. Por tanto, refleja y fomenta el amplio continuo de servicios que ofrecen los profesionales del ocio terapéutico en el ámbito de la salud y los servicios sociales.

Todos los modelos tienen sus limitaciones y estos no son una excepción. Primero, se necesita investigar más para determinar el tipo de relación entre los componentes del sistema. Por ejemplo, ¿cuál es la relación entre una intervención y una experiencia de ocio? ¿Cuál es la relación entre los componentes del servicio, como el tratamiento y la educación y los diversos resultados?, ¿cuál es la relación entre las capacidades funcionales y la calidad de vida y/o la salud integral y la calidad de vida?

Otra posible limitación es que en el momento actual algunos términos para describir los componentes no están claramente definidos. La falta de claridad puede llevar a la confusión y equivocación. Por tanto, se necesita seguir matizando los modelos a fin de describir de manera precisa la verdadera naturaleza de esta profesión.

## **Desarrollo futuro del modelo**

El ejercicio profesional debe construirse sobre una base teórica y filosófica sólida. Aunque el modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico y el modelo de resultados de ocio terapéutico parecen cumplir

este requisito, se necesita mayor profundización para fortalecer sus fundamentos. Al igual que la práctica profesional no es algo estático, los modelos de intervención tampoco lo son. La efectividad de los modelos radica en su capacidad para reflejar los cambios que acontecerán en el ejercicio profesional, como por ejemplo los nuevos sistemas de prestación de servicios que se están desarrollando en el ámbito de la salud y los servicios sociales (Pew Professions Commission, 1995). También es posible que las experiencias de ocio se reconozcan como una dimensión importante de la vida en una sociedad de personas jubiladas pertenecientes a la generación del *baby boom* y, por tanto, desempeñará un papel más importante en la prestación de servicios sociales y de salud. De la misma manera, estamos presenciando el resurgir de la espiritualidad y del peso de la misma en el proceso de curación (Larson y Larson, 1992; Van Andel y Heintzman, 1996; Heintzman, 1997). Algunos de estos cambios en la sanidad posiblemente reforzarán algunos de los principios de los modelos y otros dictarán la necesidad de cambio o modificación en los mismos.

Los modelos de ejercicio profesional pueden ser herramientas efectivas para presentar y explicar lo que hacemos, cómo lo hacemos y los resultados que pretendemos. Dada la variedad de centros y programas de ocio terapéutico, es difícil recoger todos los aspectos de nuestra profesión en cualquier conjunto de modelos. Sin embargo, es necesaria la continua evolución de nuestros modelos, pues ayudan a los profesionales y educadores en sus intentos de describir nuestra profesión a los clientes, políticos, estudiantes y al público en general.

## Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed.). Washington: autor.
- BIGELOW, D. A., MCFARLAND, B. H. y OLSON, M. M. (1991). «Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure». *Community Mental Health Journal*, 27, 43-54.
- BUETTNER, L. (1988). «Utilizing development theory and adaptive equipment with regressed geriatric patients in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 22, 72-79.
- BULLOCK, C. C. y HOWE, C. Z. (1991). «A model therapeutic recreation program for the reintegration of persons with disabilities into the community». *Therapeutic Recreation Journal*, 25, 7-17.
- CALDWELL, L. L., SMITH, E. A. y WEISSINGER, E. (1992). «The relationship of leisure activities and perceived health of college students». *Society and Leisure*, 15, 545-556.

- CHAKRAVORTY, D., TRUNNELL, E. y ELLIS, G. (1995). «Ropes course participation and post-activity processing on transient depressed mood of hospitalized adult psychiatric patients». *Therapeutic Recreation Journal*, 29, 104-113.
- COLEMAN, D. e ISO-AHOLA, S. E. (1993). «Leisure and health: The role of social support and self-determination». *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
- COMPTON, D. M. (1994). «Leisure and mental health: Context and issues». En D. M. COMPTON y S. ISO-AHOLA (eds.), *Leisure and Mental Health* (vol. 1, pp. 1-33). Park City, UT: Family Development Resources.
- COMPTON, D. M. y ISO-AHOLA, S. (eds.) (1994). *Leisure and Mental Health* (vol. 1). Park City, UT: Family Development Resources.
- COUSINS, N. (1989). *Head first: The biology of hope and healing power of the human spirit*. Nueva York: Penguin Books.
- COYLE, C. P., KINNEY, W. B. RILEY, B. y SHANK, J. W. (1991). *Benefits of therapeutic recreation: A consensus view*. Filadelfia: Temple University.
- COYLE, C. P. y SANTIAGO, M. (1995). «Exercise and depression in adults with physical disabilities». *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 76, 647-652.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey Bass.
- DATTILO, J. y BARNETT, L. (1985). «Therapeutic recreation for individuals with severe handicaps: An analysis of the relationship between choice and pleasure». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 79-91.
- FLANAGAN, J. C. (1978). «Research approach to improving our quality of life». *American Psychologist*, 33, 138-147.
- GREEN, J. (1989). «Effects of a water aerobic program on the blood pressure, percentage of body fat, weight, and resting pulse rate of senior citizens». *Journal of Applied Gerontology*, 8, 132-138.
- GREENBERG, J. S. y DINTMAN, G. B. (1992). *Exploring health: Expanding the boundaries of wellness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- HAWKS, S. R., HULL, M. L., THALMAN, R. L. y RICHINS, P. M. (1995). «Review of spiritual health: Definition, role, and intervention strategies in health promotion». *American Journal of Health Promotion*, 9, 371-378.
- HEINTZMAN, P. (1997). «Putting some spirit into recreation services for people with disabilities». *Journal of Leisurability*, 24, 22-30.
- HUTZLER, Y. (1992). «Cognitive strategies utilized for multiple action control in wheelchair tennis». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 36-45.
- ISO-AHOLA, S. E. (1994). «Leisure lifestyle and health». En D. M. COMPTON y S. ISO-AHOLA (eds.), *Leisure and Mental Health* (vol. 1, pp. 42-60). Park City, UT: Family Development Resources.
- ISO-AHOLA, S. E. (1980). *The social psychology of leisure and recreation*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown Company Publishers.
- ISO-AHOLA, S. E. y WEISSINGER, E. (1984). «Leisure and well-being: Is there a connection?». *Parks and Recreation*, 18, 40-44.
- KELLY, J. R. (1990). *Leisure* (2.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- LARSON D. B. y LARSON, S. S. (1992). *The forgotten factor in physical and mental health: What does the research show?* Rockville, MD: National Institute for Health Research.

- MACTAVISH, J. y SEARLE, M. (1992). «Older individuals with mental retardation and the effect of a physical activity intervention on selected social psychological variables». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 38-47.
- MAHON, M. J. (1994). «The use of self-control techniques to facilitate self-determination skills during leisure in adolescents and young adults with mild and moderate mental retardation». *Therapeutic Recreation Journal*, 28, 58-72.
- MAHON, M. J. y BULLOCK, C. C. (1992). «Teaching adolescents with mild mental retardation to make decisions in leisure through the use of self-control techniques». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 9-26.
- MCDONALD, B. L. y SCHREYER, R. (1991). «Spiritual benefits of leisure participation and leisure settings». En B. L. DRIVER, P. J. BROWN y G. L. PETERSON (eds.), *Benefits of Leisure* (pp. 179-194). State College, PA: Venture Publishing.
- NATIONAL THERAPEUTIC RECREATION ASSOCIATION (1990). *Code of Ethics*. Alexandria, VA: National Recreation and Park Association.
- NEGLEY, S. K. (1994). «Recreation therapy as an outpatient intervention». *Therapeutic Recreation Journal*, 28, 35-40.
- NEULINGER, J. (1976). «The need for and the implications of a psychological conception of leisure». *The Ontario Psychologist*, 8, 15.
- NEULINGER, J. (1981). *To leisure: An introduction*. Boston: Allyn and Bacon.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION (1995). *Critical Challenges: Revitalizing the health professions for the twenty-first century*. San Francisco, CA: UCSF Center for the Health Professions.
- RADMALL, K. y NEGLEY, S. K. (1989). *Project IBIM- I believe in me*. Salt Lake City, UT: Project I.B.I.M.
- RAGHEB, M.G. (1993). «Leisure and perceived wellness». *Leisure Sciences*, 15, 13-24.
- RANCOURT, A. (1991). «An exploration of the relationship among substance abuse, recreation, and leisure for women who abuse substances». *Therapeutic Recreation Journal*, 25, 9-18.
- ROSENFELD, S. (1992). «Factors contributing to the subjective quality of life of the chronically ill». *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 299-315.
- ROTHER, T., KOHL, C. y MANSFIELD, H. (1990). «Controlled study of the effect of sports training on cardiopulmonary functions in asthmatic children and adolescents». *Pneumologie*, 44, 1110-1114.
- SCHLEIEN, S., KIERNAN, J. y WEHMAN, P. (1981). «Evaluation of age appropriate leisure skills program for moderately retarded adults». *Education and Training of the Mentally Retarded*, 16, 13-19.
- SEARLE, M., MAHON, M., ISO-AHOLA, S. E., SDROLIAS, H. y VAN DYCK, J. (1995). «Enhancing a sense of independence psychological well-being among the elderly: A field experiment». *Journal of Leisure Research*, 27, 107-124.
- SEIBERT, M. L. (1991). «Keynote». En C. P. COYLE, W. B. KINNEY, B. RILEY y J. W. SHANK (eds.), *Benefits of therapeutic recreation: A consensus view* (pp. 5-15). Filadelfia: Temple University.
- SHANK, J. W., COYLE, C. P., BOYD, R. y KINNEY, W. B. (1996). «A classification scheme for therapeutic recreation research grounded in the rehabilitative sciences». *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 179-196.

- SYLVESTER, C. (1987). «Therapeutic recreation and the end of leisure». En C. SYLVESTER (ed.), *Philosophy of therapeutic recreation: Ideas and issues* (vol. 1, pp. 76-89). Alexandria, VA: National Recreation and Park Association.
- SYLVESTER, C. (1989). «Quality assurance and quality of life: Accounting for the good and healthy life». *Therapeutic Recreation Journal*, 23, 7-22.
- SYLVESTER, C. (1992). «Therapeutic recreation and the right to leisure». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 9-20.
- SYLVESTER, C. (1994/1995). «Critical theory, therapeutic recreation, and health care reform: An instructive example of critical thinking». *Annual in Therapeutic Recreation*, 5, 94-104.
- VAN ANDEL, G. E. y HEINTZMAN, P. (1996). «Christian spirituality and therapeutic recreation». En C. SYLVESTER. (ed.), *Philosophy of therapeutic recreation: Ideas and issues* (vol. II, pp. 71-85). Alexandria, VA: National Recreation and Park Association.
- WARE, J. E. y SHERBOURNE, C. D. (1992). «The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)». *Medical Care*, 30, 473-483.
- WITT, P. y ELLIS, G. (1985). *The Leisure Diagnostic Battery*. State College, PA: Venture Publishing.

## Capítulo 4

# Autodeterminación y aumento del disfrute: un modelo psicológico de prestación de servicios de ocio terapéutico

*John Dattilo, Douglas Kleiber y Richard Williams<sup>1</sup>*

*Resumen: Este artículo amplía un modelo conceptual propuesto por Dattilo y Kleiber (1993) al campo de la prestación de servicios de ocio terapéutico. El modelo conceptual inicial explicaba la relación entre el disfrute y la autodeterminación. El modelo de prestación de servicios de ocio terapéutico propuesto en este artículo constituye una versión modificada del modelo conceptual original, con estrategias concretas de prestación de servicio para cada fase del proceso de ocio terapéutico. Se propone que los objetivos centrales de los servicios de ocio terapéutico son enseñar a los participantes a experimentar el disfrute y a crear entornos que conduzcan al disfrute, lo que también contribuye a la mejora funcional de los participantes.*

En 1993 presentamos a los profesionales y estudiantes de ocio terapéutico las condiciones del disfrute y la relación entre la autodeterminación y el disfrute (Dattilo y Kleiber, 1993). El modelo que desarrollamos presentaba un esquema de naturaleza interactiva y de carácter reforzante para el individuo en el que se incluían los elementos de la capacidad de autodeterminación, la percepción de retos manejables, la concentración o focalización de la atención y la vivencia del disfrute. Aunque puede haber más interacciones entre los componentes del modelo que las relaciones

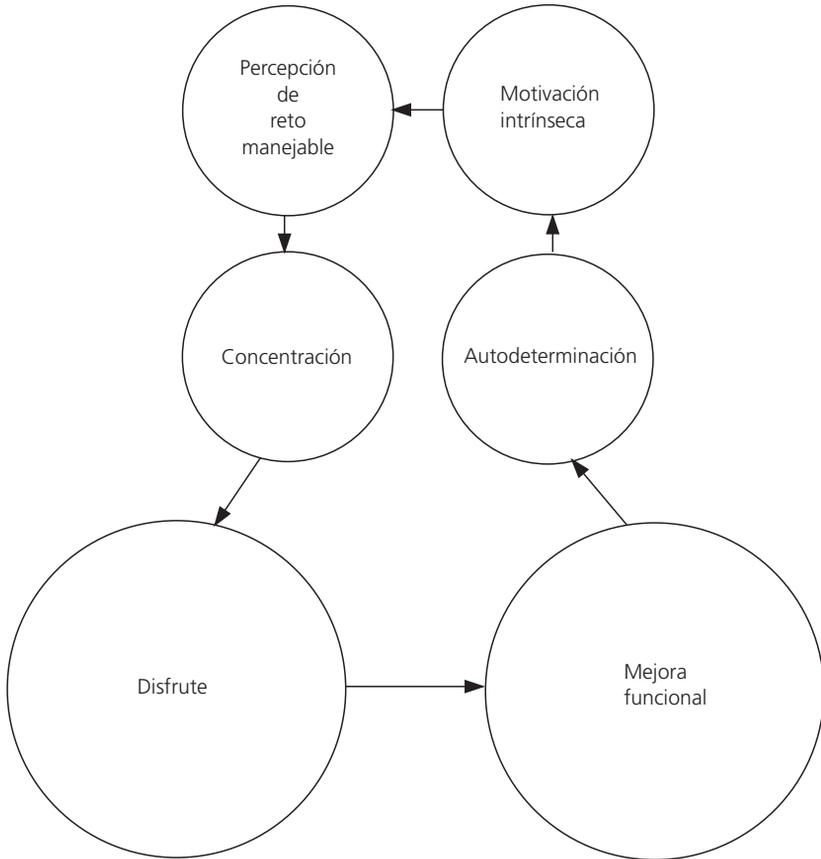
---

<sup>1</sup> John Dattilo y Douglas Kleiber son catedráticos y Richard Williams es doctorando en el Departamento de Recreación y Estudios de Ocio de la Universidad de Georgia.

identificadas en la figura 1, el esquema es clave para la experiencia de disfrute. Este modelo fue desarrollado para presentar estas ideas a los profesionales del ocio terapéutico y animarles a desarrollar servicios que faciliten que los participantes se impliquen en este ciclo positivo.

**Figura 1**

Relación entre la autodeterminación y el disfrute.



Aunque el modelo conceptual que desarrollamos puede servir como fundamento de un servicio de ocio terapéutico, no es un modelo de prestación de servicios. Como los modelos de servicios de ocio terapéutico de-

ben estar fundamentados teóricamente y dirigir a los profesionales en el proceso de intervención con el cliente (Austin, 1997), este trabajo amplía la propuesta teórica previa, modificando algunos aspectos del modelo y, sobre todo, añadiendo estrategias concretas de prestación de servicio. Por tanto, en la primera parte de este artículo clarificamos la intención de los servicios de ocio terapéutico describiendo la naturaleza de la autodeterminación y del disfrute (basados en nuestro modelo inicial). En la segunda parte, describimos aspectos de la provisión de servicios de ocio terapéutico diseñados para apoyar a los participantes a fin de lograr los objetivos de la autodeterminación y el disfrute y, en última instancia, la mejora funcional.

## **El propósito del ocio terapéutico**

La *American Therapeutic Recreation Association* y la *National Therapeutic Recreation Society* (*Therapeutic Recreation*, s.f.) afirmaron que el propósito del ocio terapéutico era tratar «los estados físicos, sociales, cognitivos y emocionales asociados a la enfermedad, lesión o discapacidad crónica» (p. 2) mediante diversas intervenciones. Aunque los especialistas en ocio terapéutico formulan otros objetivos, el objetivo de enseñar a las personas, independientemente de su tipo y grado de discapacidad, a crear entornos que lleven al disfrute es coherente con este propósito. El disfrute y la articulación de entornos que lleven a él contribuyen, en última instancia, al bienestar (Massimini y Carli, 1988) y al crecimiento personal (Csikszentmihalyi y Larson, 1984).

Csikszentmihalyi (1990) consideraba que una de las paradojas más irónicas es que la gran disponibilidad de tiempo libre «...de alguna manera no se traduzca en disfrute» (p. 83). Crear las condiciones que ayuden a la concentración, al esfuerzo y al sentido de control y la competencia, al mismo tiempo que promover la libertad de elección y expresión de las preferencias, es la «maquinaria del disfrute» (Dattilo y Kleiber, 1993, p. 58). Sin embargo, para hacerlo es útil comprender la psicología de la autodeterminación, la naturaleza del disfrute, y los factores que intervienen. Las teorías sobre la autodeterminación y los factores intervinientes nos ofrecen información para desarrollar estrategias que aumenten la concentración, el esfuerzo y el sentido del control y la competencia y, por tanto, favorezcan el disfrute. El disfrute se refiere a la noción de Csikszentmihalyi de experiencia óptima o flujo como la experiencia de intensa implicación que se realiza voluntariamente, es cautivadora psicológicamente y profundamente satisfactoria.

Aunque el disfrute y el desarrollo funcional concomitante se pueden entender como resultados e indicadores de la autodeterminación, también

son una experiencia precipitante. Así, el disfrute y las mejoras funcionales concomitantes sirven para reforzar experiencias y llevar a la persona a asumir mayores retos y niveles de autodeterminación. El disfrute, al reflejar el control de la persona, denota también la tendencia a sacar el máximo de las cosas y puede dar como resultado un mejor funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo.

### *Componentes del modelo*

El modelo anteriormente presentado (Dattilo y Kleiber, 1993) demostraba la dinámica de la relación entre la autodeterminación y el disfrute. Los componentes de este modelo (véase figura 1) son la autodeterminación, la motivación intrínseca, la percepción de un reto manejable, la focalización de la atención, el disfrute y la mejora funcional.

***Autodeterminación.*** La autodeterminación supone actuar como el agente causal principal en la propia vida y la capacidad de elegir y adoptar decisiones libre de influencias o interferencias externas. Deci (1980) afirmó que la autodeterminación supone autonomía, flexibilidad y capacidad de elegir entre opciones y la capacidad de adaptarse a situaciones en las que sólo hay una opción disponible. «Cuando las personas son autónomas, la gente desea plenamente hacer lo que está haciendo y se implica en la actividad con interés y compromiso» (Deci, 1995, p. 2). Wehmeyer y sus colaboradores (e.g. Sands y Wehmeyer, 1996; Wehmeyer, 1996; Wehmeyer, Agran y Hughes, 1998) han aplicado la teoría de la autodeterminación desarrollada por Deci (1980, 1995) a las personas con discapacidad.

Un objetivo de muchos programas de ocio terapéutico es crear las circunstancias para que la gente disfrute. En tanto en cuanto la autodeterminación contribuye al disfrute, es útil ofrecer a las personas con discapacidad servicios que fomenten la autodeterminación. La autodeterminación en el ocio, que incluye la percepción de la libertad de elegir y la iniciación de las actividades de ocio elegidas, es esencial para facilitar experiencias de ocio positivas para las personas con discapacidad. Al crear entornos ricos en opciones, informativos e interesantes, los profesionales aumentan la probabilidad de que los participantes actúen de forma autodeterminada. En suma, la autodeterminación se da cuando la gente controla su libertad.

***Motivación intrínseca.*** Deci y Ryan (1985) concluyeron que la autodeterminación dirige y es dirigida por la motivación intrínseca. La actividad intrínsecamente motivada activa la conducta y tiene como resultado sentimientos de autodeterminación. El interés, la activación y la relaja-

ción refuerzan la conducta aumentando o disminuyendo la activación hasta un nivel óptimo. Estas son las experiencias que más se asocian con el ocio y la recreación y forman parte de los objetivos de las intervenciones de ocio terapéutico.

Las personas que están intrínsecamente motivadas, generalmente buscan retos que se corresponden con sus competencias; evitan situaciones que son demasiado fáciles o difíciles. Las personas intrínsecamente motivadas para modular su nivel de activación y buscar retos tienen más probabilidad de aprender, adaptarse y desarrollar competencias que contribuyen al bienestar. Afortunadamente, la motivación intrínseca no depende de un nivel concreto de capacidad; por tanto, en cualquiera puede surgir el interés, la activación o la relajación.

**Percepción de un reto manejable.** La palabra que a menudo usan las personas para describir la experiencia subjetiva de intensa implicación o concentración es «flujo» (Csikszentmihalyi, 1990). El sentido de movimiento que conlleva este término se debe a la confluencia de la acción y la conciencia en los retos que ofrece la actividad y el *feedback* que refuerza la capacidad de la persona de afrontar esos retos. «El flujo tiende a producirse cuando las destrezas de una persona están plenamente implicadas en superar un reto que es prácticamente manejable» (Csikszentmihalyi, 1997, p. 30).

A menudo, las personas con discapacidad o bien no conocen las posibilidades de tener experiencias retadoras, o bien se desaniman frente al reto, o los demás les evitan los retos. Es importante que la gente aprenda que existen actividades retadoras, que tenga la oportunidad de implicarse en ellas y que se la anime a superar sus miedos y a probarlas. Sin embargo, las personas deben llegar a creer que pueden tener éxito si van a arriesgarse a un resultado inesperado. Una vez que experimentan cierto éxito, es menos probable que perciban las situaciones retadoras como inmanejables.

**Concentración.** Según Csikszentmihalyi (1997) prestamos una atención plena y organizada cuando los objetivos son claros, el *feedback* es relevante y hay un equilibrio entre retos y habilidades. La investigación de Csikszentmihalyi y otros autores ha dejado claro que prestar atención supone concentración, esfuerzo y sentido del control. Estos factores deben ser comprendidos y manejados por los facilitadores o la propia persona si se quiere que preste atención y haya una implicación profunda.

Muchas actividades pueden atraer nuestra atención. Sin embargo, para mantener la atención, la actividad tiene que hacerse cada vez más retadora para estar a la altura de las crecientes destrezas de la persona. Además, si las destrezas de una persona disminuyen, como resultado de un trastorno progresivo o de los efectos secundarios de la medicación, el

reto asociado con la actividad debe reducirse proporcionalmente. En cualquier caso, el reto asociado con la actividad debe ser constantemente evaluado y cambiado para responder a las fluctuaciones en las capacidades de las personas.

**Disfrute.** El disfrute es la experiencia que se deriva de dedicar nuestra atención a conductas que son intrínsecamente motivantes. La actividad en sí misma puede ser tan atractiva que uno se concentra en ella hasta el punto de perder la conciencia de sí mismo y del tiempo. El disfrute tiene mucho que ver con la concentración, el esfuerzo y el sentido del control y la competencia.

Coloquialmente utilizamos a menudo el término *disfrute* como sinónimo de «pasarlo bien», simple afecto positivo o placer; pero aquí lo utilizamos en el sentido dado por Csikszentmihalyi (1975,1990,1997) y otros autores (e.g. Massimini y Carli, 1988) para reflejar también un alto nivel de implicación psicológica. Así, se supone que una actividad comporta disfrute cuando demanda una atención sostenida y cuando produce sentimientos positivos.

**Mejoras funcionales.** Aunque el disfrute es un objetivo válido de los servicios de ocio terapéutico, la mejora asociada al funcionamiento físico, emocional, social y cognitivo también es importante. Cuando los participantes, de forma independiente, experimentan el disfrute y crean entornos que lo facilitan, se producen mejoras funcionales. Massimini, Csikszentmihalyi y Delle Fave (1988) concluyeron que el disfrute motiva a la gente a hacer cosas que la llevan más allá de su nivel actual de destrezas o capacidades y contribuye a su desarrollo funcional. Aunque no está ampliamente documentado, la investigación sugiere que el disfrute contribuye a la mejora funcional (e.g. Frewen, Schomer y Dunne, 1994; Middleton y Byrd, 1996; Paxton, Browning y O'Connell, 1997).

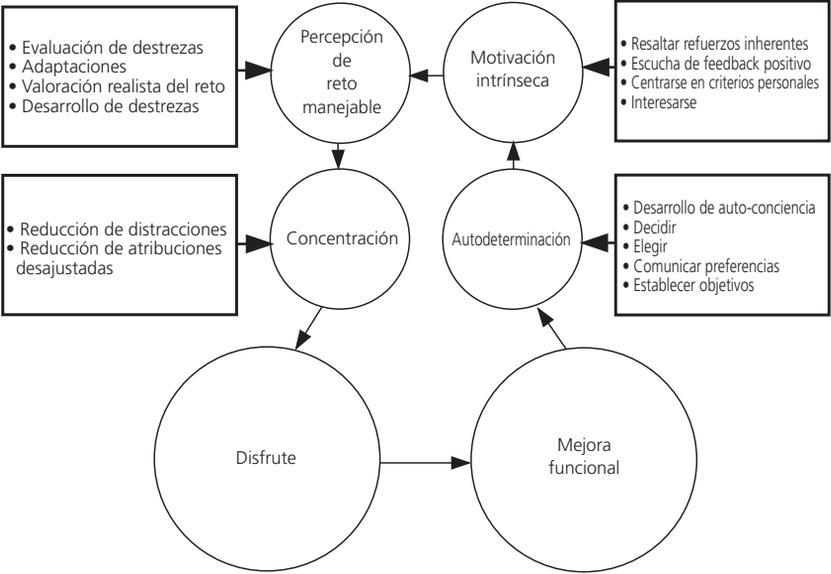
## **Prestación de servicios de ocio terapéutico**

Aparecen en la figura 2 y se describen a continuación las estrategias que facilitan la autodeterminación, la motivación intrínseca, la percepción de reto manejable, la concentración que, en último término, contribuyen al disfrute, y a la mejora funcional. La autodeterminación puede aumentarse cuando se anima y apoya a las personas para que se hagan conscientes de sí mismas en los contextos de ocio, tomen decisiones y elijan, expresen sus preferencias y establezcan objetivos. La motivación intrínseca se aumenta cuando la gente se concentra en estándares propios, prima las recompensas internas, recibe un *feedback* informativo y se da cuenta de sus intereses. Estos procesos pueden ser facilitados (o alterados) por los

profesionales. Para aumentar la probabilidad de que los participantes consideren que el reto que supone una actividad es manejable, se les puede animar a evaluar sus destrezas, realizar adaptaciones, hacer evaluaciones realistas de los retos y desarrollar las destrezas que requiere la actividad. Los profesionales pueden reconocer y evitar enviar mensajes que merman la autodeterminación y crean condiciones de distracción. Enseñar a los participantes a hacer atribuciones ajustadas sobre sus éxitos y fracasos fomenta la implicación de la atención y el disfrute. A su vez, generar disfrute puede ayudar a facilitar las mejoras funcionales.

**Figura 2**

**Modelo psicológico de prestación de servicios de ocio terapéutico para aumentar la autodeterminación y el disfrute.**



**Autodeterminación.** Sands y Doll (1996) sugirieron que para que la gente experimente la autodeterminación debe conocer sus fortalezas, limitaciones, necesidades personales de aprendizaje y debe saber cómo utilizarlas para aumentar su calidad de vida. Dado que la conciencia personal es «básica para todo aprendizaje, crecimiento y cambio conductual positivo» (Barry, 1997, p. 6), un servicio valioso del ocio terapéutico es

ayudar a los participantes a explorar, descubrir y *desarrollar una conciencia de sí mismos en los contextos de ocio*. Por tanto, un aspecto del ocio autodeterminado es la autoexploración. (c.f. Hoge, Dattilo, Schneider y Bemisderfer, 1997). Concretamente, se puede animar a las personas a que desarrollen un conocimiento de sí mismas en un contexto de ocio, mediante una estrategia procesual de reflexión. Habitualmente incluye una serie de preguntas que hacen que los participantes reflexionen, describan, analicen y se comuniquen en torno a una actividad (Brackenreg, Luckner y Pinch, 1994). Las personas que interiorizan el significado asociado a la experiencia pueden aplicar ese aprendizaje a otros ámbitos de su vida (Knapp, 1990).

Lord (1997) sugería que a medida que la gente va adquiriendo conciencia de sus intereses de ocio, los profesionales deben fomentar las destrezas de toma de decisiones asociadas a la participación en ocio. Si los servicios de ocio quieren fomentar la independencia, es necesario que se anime a los participantes a *tomar decisiones* (Mahon, 1994; Mahon y Bullock, 1992). Tomar decisiones correctas y a tiempo produce un sentimiento de eficacia personal e interés que, consecuentemente, fomenta la concentración y el disfrute. Es más probable que las personas que no tienen la capacidad para tomar las decisiones necesarias para la implicación en actividades, las adquieran si participan en actividades recreativas y se les ofrece una autonomía considerable para realizarlas. Se puede estimular la toma de decisiones sobre la participación en ocio haciendo que las personas identifiquen a otros que pueden servir como recursos, encuentren lugares que ofrecen actividades recreativas, conozcan las condiciones de participación y obtengan respuesta a sus interrogantes (Dattilo, en prensa). Se puede animar a los participantes a evaluar sus decisiones, determinar su efectividad y, dadas unas circunstancias similares, decidir si pudieran actuar de la misma manera o cambiarían.

Para fomentar la autodeterminación los profesionales alientan la autonomía apoyando la iniciación de actividades (Foxy, Faw, Taylor, Davis y Fulia, 1993; Faw, Davis y Peck, 1996; Searle, Mahon, Iso-Ahola, Sdrolias y Van Dyck, 1995; Wehmeyer y Schwartz, 1997). Para fomentar esta iniciación de actividades, los profesionales pueden ofrecer a los participantes oportunidades para expresar sus preferencias, permitirles *tomar decisiones* sobre su participación en ocio y obtener resultados basados en sus elecciones. El punto fuerte de los servicios de ocio terapéutico puede estar en abordar esta cuestión de la elección (Searle, Mahon, Iso-Ahola, Sdrolias y Van Dyck, 1995) y en la idea de Deci (1995) de que «la elección es la llave de la autodeterminación...» (p. 10).

La comunicación es importante para la autodeterminación, en tanto en cuanto una comunicación efectiva facilita la relación con los demás.

Muchas personas con discapacidad raramente inician conversaciones y frecuentemente asumen el papel subordinado de ser siempre la persona a la que se le pregunta (Dattilo y Camarata, 1991; Dattilo y O'Keefe, 1992). Una forma de crear un entorno que proporciona apoyo, que estimula la *expresión de preferencias* y, por tanto, fomenta un ocio iniciado por uno mismo es acercarse a las personas, escucharlas y darles el tiempo necesario para responder (Dattilo y Light, 1993).

La actividad lleva al disfrute cuando tiene objetivos claros (Csikszentmihalyi, 1990). En muchas actividades, los objetivos son implícitos y por tanto el establecimiento de objetivos no es importante. Por ejemplo, cuando se pinta un cuadro, la preocupación principal es desarrollar las destrezas que, al utilizarlas, resultan en el reconocimiento de un producto acabado. Sin embargo, el papel de los profesionales es animar a los participantes a *establecer objetivos* cuando estos no son aparentes y trabajar para alcanzarlos (normalmente mediante la resolución de problemas durante el proceso) en un entorno que promueva la interdependencia. Según Deci (1995), «...es necesario individualizar los objetivos —adaptarlos específicamente a la persona— y plantearlos como un reto óptimo» (p. 152). Los objetivos claros suministran dirección y facilitan el disfrute conforme se alcanzan; sin embargo, los objetivos que se centran en ganar (Deci y Ryan, 1985) o en superar a otro equipo (Deci, 1995), más que hacer bien pueden resultar problemáticos, ya que centrarse en ganar transforma la actividad en un instrumento para ganar más que en algo que se disfruta por sus propiedades intrínsecas (Deci, Eghrari, Patrick y Leone, 1994).

Se puede propiciar un entorno que facilite la autodeterminación animando a los participantes a ser conscientes de su ocio, tomar decisiones relevantes, elegir actividades de ocio significativas, comunicar estas elecciones y estudiar las acciones que se han llevado a cabo a raíz de las decisiones tomadas. Desde la perspectiva de Deci (1995) se refuerza la autodeterminación en contextos en los que se llevan a cabo intervenciones y las personas realizan actividades «...por propia voluntad, por iniciativa propia, de tal forma que continuarán realizando libremente las actividades en el futuro cuando ya no estemos con ellos para animarles» (Deci, 1995, p. 91).

**Motivación intrínseca.** Una pregunta clave, propuesta por Deci (1995), que los especialistas en ocio terapéutico intentan responder es «¿Cómo crear las condiciones para que otro se motive a sí mismo?» (p. 10). La motivación intrínseca se refuerza en la medida en que la conducta elegida se lleva a cabo sin la influencia de variables externas y es propia del sujeto y personalmente satisfactoria. Según Csikszentmihalyi (1990), «El paso más importante para liberarse de los controles sociales es la capacidad de encon-

trar recompensas en cada momento» (p. 19). Por tanto, se pueden reforzar las elecciones de los participantes y minimizar los resultados de la participación haciendo que las personas primen las recompensas internas. Si se utilizan trofeos, premios u otras consecuencias para reforzar el aprendizaje y la participación, pueden minimizar el interés intrínseco, cambiando la interpretación que se hace del evento (e.g., «Lo hice por el premio», más que «Lo hice porque era divertido»). Mannell y Kleiber (1997) advertían:

Quando se refuerza a la gente por escuchar música, participar en juegos o ser voluntario, su conducta puede estar sobrejustificada; esto es, pueden comenzar a atribuir su participación a motivos extrínsecos. La investigación ha sugerido que esta sobrejustificación puede ser peligrosa. La introducción de refuerzos extrínsecos tiende a mermar la experiencia de la autodeterminación... (p. 138).

Si se dan recompensas extrínsecas conviene plantearlas de tal manera que ofrezcan un *feedback* positivo que bien fomente el sentido de la competencia, si la competencia es el tema clave (Koestner, Zuckerman, y Koestner, 1987), bien ofrezca un *feedback* claro sobre la tarea (Sansone, 1986). Por tanto, resulta útil que los participantes aprendan a *atender a un feedback positivo*. Cuando las recompensas son informativas más que controladoras es menos probable que mermen la motivación intrínseca (Deci, 1975).

El *feedback* sobre la tarea hace referencia a la información que hace saber a la gente cómo está llevando a cabo diversos aspectos de la actividad, o cómo está mejorando su desempeño, lo bien que lo hace según ciertos estándares aceptados. Así, el desempeño no se compara con el de los demás; más bien, se centra en la adquisición de las destrezas necesarias para dominar la actividad a nivel individual y de forma satisfactoria para el sujeto (Iso-Ahola, en prensa).

Aunque la competición es una característica común de muchas actividades recreativas, cuando el ganar a un oponente predomina sobre un buen desempeño, el disfrute tiende a desaparecer. «La verdadera función de la competición puede ser entendida como algo que nos ofrece un reto —una oportunidad para probarnos a nosotros mismos y mejorar— y, en el proceso, pasarlo bien» (Deci, 1995, p. 69). El centrarse en ganar se asocia a menudo con la competición directa, que implica oponer a una persona contra otra. Ross y Van den Haag (1957) afirman que centrarse en la competición frente a estándares propios, internos, es una competición indirecta. Centrándose en la competición indirecta más que directa, se puede fomentar la atención a la tarea y el disfrute concomitante y pue-

den evitarse emociones negativas como la animosidad (Kelly y Thibaut, 1969), el desempeño pobre y la agresión (Deutsch, 1969).

La motivación intrínseca debe provocarse antes de poder mantenerse. Como se ha sugerido anteriormente, la motivación intrínseca surge del interés en el entorno y de la oportunidad de sentirse óptimamente estimulado y competente. Ayudar a los participantes a ser *conscientes de sus intereses* requiere de ellos cierta reflexión personal (mencionada en la sección anterior sobre autodeterminación); sin embargo, también exige un contacto con las oportunidades. Aunque observar a otros disfrutar de una actividad puede ser una forma de fomentar el interés, la participación directa es una manera clave de estimular el interés.

**Percepción de un reto manejable.** Sin embargo, en algunas ocasiones, las mejores destrezas de toma de decisiones, el mayor contacto con las posibilidades o un entorno rico en *feedback* pueden no ser suficientes para producir disfrute si los retos son muy grandes o muy pequeños o son percibidos así. Para aumentar la probabilidad de un buen ajuste entre retos y destrezas, se puede animar a los participantes a *evaluar sus destrezas*. Si existe un desequilibrio entre el nivel de reto de una actividad y las destrezas del participante, pueden aparecer barreras a la participación. Por ejemplo, si una actividad es demasiado fácil para los participantes, a menudo surge el aburrimiento o la frustración; sin embargo, si la actividad es demasiado difícil puede experimentarse ansiedad y frustración (Ellis, Witt y Aguilar, 1983).

Una forma de reducir las barreras que surgen del desequilibrio entre los retos y las destrezas es llevar a cabo *adaptaciones para las actividades de ocio*. Las adaptaciones pueden cambiar el reto asociado a una actividad para ajustarse a las habilidades de los participantes. Para adaptar actividades, se eligen materiales que satisfagan las necesidades de los clientes, o pueden cambiarse los requisitos cognitivos, físicos o sociales asociados a la actividad. Las adaptaciones del entorno, como por ejemplo reducir el tamaño del área de juego para reducir la distancia de desplazamiento de las personas con movilidad o resistencia reducidas, pueden ser necesarias para garantizar la participación de las personas. Finalmente, puede ser útil analizar la forma de cambiar las estrategias de enseñanza para que las personas con discapacidad aprendan sobre el ocio.

Sin embargo, en algunas ocasiones, las personas con discapacidad perciben que incluso los retos que están bien ajustados a las destrezas son demasiado grandes. Las personas que han tenido poco éxito al intentar realizar nuevas actividades pueden sentir miedo y turbación. Es importante ayudarlas a adquirir una percepción realista del grado de reto asociado a la actividad. Por ejemplo, se puede animar a los participantes a que intenten llevar a cabo actividades relativamente sencillas (e.g. tirar

piedras) antes de intentar una tarea más difícil (e.g. jugar al baloncesto). Aunque los retos que facilitan el disfrute normalmente están ligeramente por encima de las destrezas, se puede necesitar ayuda cuando se carece de confianza ante esos retos.

Desarrollar la capacidad de los participantes para elegir y participar con éxito en actividades de ocio suficientemente variadas y diferentes, a fin de experimentar el disfrute, es un aspecto de los servicios de ocio terapéutico. Cuantas más destrezas tenga la gente, más probable es que vea las actividades como retos manejables. Por tanto, se puede animar a los participantes a *desarrollar un conjunto de destrezas de ocio* que contribuya a un ocio significativo, al disfrute y a la satisfacción.

A medida que la gente tiene éxito en una actividad que supone un reto óptimo, comienza a sentirse competente y su motivación para seguir con la actividad aumenta. En definitiva, el éxito ayuda a la gente a ver los nuevos retos como algo atractivo más que intimidatorio. Realizar diversas actividades en las que la persona se siente con confianza puede aumentar la autodeterminación. Sin embargo, tal y como apuntaba Csikszentmihalyi (1990), para lograr un profundo disfrute y flujo se necesita del esfuerzo y la concentración.

**Concentración.** Cuando se ofrecen servicios de ocio, es importante tener en cuenta el número e intensidad de los elementos del entorno que compiten con la actividad, respecto a la atención que presta la persona (Ellis y cols., 1983). Ellis y sus colaboradores han sugerido que los especialistas en ocio terapéutico «deben ser muy sensibles a los aspectos nuevos del entorno que pueden restar la atención en la actividad que se está llevando a cabo» (p. 13). La atención a la tarea y el disfrute consiguiente pueden aumentarse cuando las personas aprenden a *reducir las distracciones* que rodean a la actividad que les comporta disfrute, o cuando los profesionales reducen las distracciones en la medida de lo posible. Para reducir las distracciones se deben evitar entornos o personas molestos; sin embargo, si las distracciones están presentes, los participantes pueden aprender a minimizar su impacto centrando su atención y disminuyendo la importancia de estas molestias externas.

Entre los factores que afectan a la atención a la tarea podemos citar los procesos de evaluación que la persona hace de sí misma. En la medida de lo posible, se debe posponer esta autoevaluación hasta finalizar la actividad, momento en el que pueden favorecerse las atribuciones positivas. Se puede ayudar a reducir las *atribuciones poco ajustadas relativas al éxito o fracaso* que interfieren con la concentración y el disfrute de la situación. Por ejemplo, se puede ayudar a que las personas reconozcan que en muchas situaciones el fracaso debe (a) ser atribuido a factores externos (e.g. dificultad de la tarea) en contraposición a los internos (e.g. capaci-

dad), (b) verse como un resultado inestable (e.g. resultado del esfuerzo) que no tiene por qué suceder en todas las situaciones, en vez de esperar que el fracaso sea un resultado estable (e.g. capacidad), y (c) ser atribuido a situaciones específicas (e.g. fracaso en la pista de esquí de expertos la semana pasada) frente al fracaso generalizado y global (e.g. fracaso en todos los deportes). En cualquier caso, esta reeducación de las atribuciones debe hacerse después del acontecimiento, cuando esté claro que las atribuciones desajustadas han afectado a la capacidad de concentración.

El modelo que se ha presentado debe utilizarse de forma global, ya que es probable que los cambios en un componente produzcan cambios en los otros. Por tanto, si una persona parece tener dificultades en un área (e.g. concentración), el origen del problema puede estar en otra área (e.g. la autodeterminación). Además, probablemente, lo que se haga para reforzar un componente tendrá efectos sobre otro.

### *Aplicación del modelo al proceso de programación en ocio terapéutico*

El proceso de programación de ocio terapéutico tiene cuatro fases: (a) evaluación, (b) planificación, (c) implementación y (d) evaluación (O'Morrow y Reynolds, 1989). La aplicación del modelo al proceso de programación del ocio terapéutico especifica las tareas que debe realizar el profesional.

**Evaluación.** La evaluación ayuda a determinar los intereses y las actividades de ocio previas del participante y sus aspiraciones futuras. Además, se evalúan las destrezas relacionadas con la toma de decisiones y las elecciones, la expresión de preferencias y el establecimiento de objetivos. Se evalúa la capacidad de los participantes de analizar sus destrezas de ocio, los retos asociados a las actividades de ocio y la capacidad de hacer adaptaciones para las actividades, de tal forma que puedan participar en actividades de ocio que conlleven un reto manejable. Para estimar su capacidad de concentración en una actividad de ocio, se evalúan las destrezas relativas a la habilidad de reducir las distracciones, evitar las interrupciones, centrarse en las atribuciones positivas y aumentar los retos a medida que sus destrezas aumentan. Para hacer comparaciones con la situación postratamiento resulta útil la evaluación inicial del disfrute asociado con el ocio y de las destrezas funcionales.

**Planificación.** Debido a la naturaleza subjetiva del disfrute y a la importancia de la autodeterminación y la motivación intrínseca para el disfrute, se anima a que los participantes se impliquen en la selección y planificación de actividades. En esta fase es prioritario capitalizar las destrezas de los participantes y desarrollar estrategias que respondan a sus déficits. Se

establecen objetivos que ayuden a los participantes a aprender formas de lograr el disfrute y crear entornos que lleven a él.

**Implementación.** Se presentan opciones de participación de entre una gama que facilite el disfrute y tenga viabilidad fuera de las sesiones terapéuticas. Es útil hacer saber a los participantes que las actividades en las que toman parte durante el tratamiento sirven para construir algo significativo más allá del entorno terapéutico (M. Csikszentmihalyi, comunicación personal, 30 de abril, 1998). El *feedback* positivo, al hacernos conscientes de nuestro desempeño, puede distraer la atención. Por tanto, el *feedback* se ofrece en los momentos (e.g. no cuando la atención está centrada en una actividad) y de tal manera que los participantes aprendan a interiorizar estándares de desempeño y con el tiempo no necesiten de un *feedback* externo. Se puede animar a los participantes a manipular el nivel de reto de las actividades para ajustarlo a sus destrezas cambiantes.

Las descripciones de los cuadros que aparecen en la figura 2 muestran las acciones que llevan al disfrute y en último término a la mejora funcional. Las personas autodirigidas avanzan por todos los componentes del modelo. Sin embargo, para muchas personas es necesario ofrecer apoyo y disponer el entorno de tal forma que sea más probable que se den estas conductas (cf. Ellis, Witt y Aguilar, 1983). Inicialmente el especialista en ocio terapéutico reduce las distracciones y prepara entornos que son retadores y atractivos para que los participantes se sientan autodeterminados, estén intrínsecamente motivados para participar en actividades, perciban los retos asociados al ocio como manejables y se concentren en la tarea que al final conlleve un disfrute. Sin embargo, en última instancia, el profesional trabaja con las personas para que *ellas* logren, de manera efectiva, crear entornos que faciliten el disfrute.

**Evaluación.** Cuando se evalúan los servicios de ocio terapéutico es importante analizar el grado en que los participantes están autodeterminados en su ocio, están motivados para participar en actividades que conlleven disfrute, perciban los retos asociados con diversas actividades de ocio como algo manejable y puedan centrar su atención mientras participen en actividades concretas. Como el disfrute puede facilitar el desarrollo funcional, los servicios pueden ser evaluados midiendo las mejoras funcionales de los participantes desde que se inició el servicio.

## **Fortalezas, debilidades y limitaciones**

Nos parece que las teorías planteadas por Mihaly Csikszentmihalyi, Edward Deci y sus colaboradores explican los constructos relevantes para el ocio terapéutico. Ya que nuestro modelo está estrechamente liga-

do a las teorías actuales sobre la autodeterminación, la motivación intrínseca y el disfrute, la gran cantidad de investigación que analiza estos principios (cf. Csikszentmihalyi, 1997; Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1988; Deci, 1995) puede utilizarse para apoyar el modelo y los servicios de ocio terapéutico. Además, la naturaleza dinámica del modelo facilita evitar servicios demasiado simples. Sin embargo, la compleja naturaleza teórica del modelo puede hacer que sea difícil de interpretar y aplicar. En concreto, la ambigüedad de los conceptos plantea retos a la organización del servicio y demanda esfuerzo para estudiar el efecto de estos servicios.

Como el modelo se basa en la teoría psicológica, se centra esencialmente en el micro sistema del individuo en interacción con el entorno inmediato. Un modelo más ecológico, como el propuesto por Howe-Murphy y Charboneau (1987), tiene en cuenta un contexto de intervención más amplio (véase también Bromfenbrenner, 1979, respecto a la influencia de los micro, meso, exo y macrosistemas en el desarrollo y la adaptación).

Es importante tener en cuenta la ética del disfrute. Csikszentmihalyi (1997) apuntaba que el flujo puede servir fines constructivos o destructivos y, por tanto, no es suficiente que las personas persigan el disfrute; se debe orientar a las personas para que establezcan y persigan objetivos que no conlleven daño para ellas mismas o para la comunidad y que puedan incluso ser positivos para unas y otra. Mason-Mulet (1995) y Widmer y Ellis (1997) aconsejaban que los modelos de servicios de ocio incluyan una dimensión ética. El disfrute es un resultado valioso de los servicios de ocio terapéutico sólo si el individuo o la comunidad no resultan dañados como consecuencia del disfrute.

## **Desarrollo futuro del modelo**

El modelo necesita una mayor definición y especificación para facilitar la investigación sistemática. Se puede mejorar el modelo mediante análisis cualitativos de las experiencias de los participantes y profesionales. Mediante el desarrollo y aplicación del modelo, incluyendo la clarificación y especificación de sus constructos, se puede analizar con técnicas cuantitativas la influencia de unas variables sobre otras.

Algunas intervenciones en el ámbito de la educación del ocio han incorporado ciertos aspectos de este modelo (e.g. conciencia de ocio, capacidad de elegir, toma de decisiones, conocimiento de los recursos). Estudios recientes sobre estas intervenciones han demostrado los efectos positivos en distintas personas, incluidas personas con limitaciones cognitivas (Bedini, Bullock y Driscoll, 1993; Dattilo y Hoge, en prensa; Ma-

hon y Bullock, 1992; Williams y Dattilo, 1997) y adultos mayores (Dunn y Wilhite, 1997; Lovell, Dattilo y Jekubovich, 1996; Searle y cols., 1995). Sin embargo, aunque estas intervenciones utilizaron distintas técnicas, sólo se evaluó el impacto del programa global. Todavía se necesita del análisis sistemático de los efectos de las intervenciones relativos a los distintos componentes del modelo.

## Conclusión

Wehmeyer, Agran y Hughes (1998) han afirmado que hay demasiadas personas con discapacidad que no tienen la oportunidad de aprender y experimentar un sentido de autodeterminación, y están de acuerdo con Halloran (1993) en que es absolutamente necesario capacitar a las personas con discapacidad para que controlen sus vidas. Estamos de acuerdo con estos autores y añadimos que la autodeterminación es más probable cuando se facilita el disfrute. Esperamos que con el modelo presentado aquí fomentemos no sólo la mejora funcional, sino también la promoción de la autodeterminación de los participantes relativa a su ocio, la creación de entornos de ocio que lleven al desarrollo de la motivación intrínseca, a tener percepciones de contar con retos de ocio manejables y al fomento de la atención a las experiencias de ocio de tal forma que las experiencias óptimas y el disfrute abunden en sus vidas.

## Referencias

- AUSTIN, D. (1997). *Therapeutic recreation: Processes and techniques* (3.<sup>a</sup> ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- BARRY, V. (1997). *The dog ate my homework: Personal responsibility —how to avoid it and what to do about it*. Kansas City, MO: Andrews and McMeel.
- BEDINI, L. A., BULLOCK, C. C. y DRISCOLL, L. (1993). «The effects of leisure education on factors contributing to the successful transition of students with mental retardation from school to adult life». *Therapeutic Recreation Journal*, 27, 70-82.
- BRACKENREG, M., LUCKNER, J. y PINCH, K. (1994). «Essential skills for processing adventure experiences». *Journal of Experiential Education*, 17, 45-47.
- BROMFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety: The experience of play in work and games*. San Francisco: Jossey Bass.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper & Row.

- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997). *Finding flow: the psychology of engagement with everyday life*. Nueva York: Basic Books.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. y CSIKSZENTMIHALYI, I. (1988). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. y LARSON, R. (1984). *Being adolescent*. Nueva York: Basic Books.
- DATTILO, J. (en prensa). *Leisure education program planning: A systematic approach*. State College, PA: Venture.
- DATTILO, J. y CAMARATA, S. (1991). «Facilitating leisure involvement through self-initiated augmentative communication training». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 369-378.
- DATTILO, J. y HOGE, C. (en prensa). «Effects of a leisure education program on youth with mental retardation». *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*.
- DATTILO, J. y KLEIBER, D. A. (1993). «Psychological perspectives for therapeutic recreation research: The psychology of enjoyment». En M. J. MALKIN y C. Z. HOWE (eds.), *Research in therapeutic recreation: Concepts and methods* (pp. 57-76). State College, PA: Venture.
- DATTILO, J. y LIGHT, J. (1993). «Setting the stage for leisure: Encouraging reciprocal communication for people using augmentative and alternative communication systems through facilitator instruction». *Therapeutic Recreation Journal*, 27, 156-171.
- DATTILO, J. y O'KEEFE, B. M. (1992). «Setting the stage for leisure: Encouraging adults with mental retardation who use augmentative and alternative communication systems to share conversations». *Therapeutic Recreation Journal*, 26.
- DECI, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. Nueva York: Plenum Press.
- DECI, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Lexington Books.
- DECI, E. L. (1995). *Why we do what we do: Understanding self-motivation*. Nueva York: Penguin Books.
- DECI, E. L., EGHRARI, H., PATRICK, B. C. y LEONE, D. R. (1994). «Facilitating internalization: The self-determination theory perspective». *Journal of Personality*, 62, 119-142.
- DECI, E. L. y RYAN, W. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nueva York: Plenum Press.
- DEUTSCH, M. (1969). «Socially relevant science: Reflections of some studies of interpersonal conflict». *American Psychologist*, 24, 1076-1092.
- DUNN, N. J. y WILHITE, B. (1997). «The effects of a leisure education program on leisure participation and psychosocial well being of two older women who are home-centered». *Therapeutic Recreation Journal*, 31, 53-71.
- ELLIS, G. D., WITT, P. A. y AGUILAR, T. (1983). «Facilitating "flow" through therapeutic recreation services». *Therapeutic Recreation Journal*, 17, 6-15.
- FAW, G. D., DAVIS, P. K. y PECK, C. (1996). «Increasing self-determination: Teaching people with mental retardation to evaluate residential options». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 173-188.

- FOXX, R. M., FAW, G. D. TAYLOR, S., DAVIS, P. K. y FULIA, R. (1993). «Would I be able to...?: Teaching clients to assess the availability of their community living life style preferences». *American Journal of Mental Retardation*, 98, 35-248.
- FREWEN, S., SCHOMER, H. y DUNNE, T. (1994). «Health belief model interpretation of compliance factors in a weight loss and cardiac rehabilitation program». *South African Journal of Psychology*, 24, 39-43.
- HALLORAN, W. D. (1993). «Transition services requirement: Issues, implications, challenges». En R. C. EAVES y P. J. MCLAUGHLIN (eds.), *Recent advances in special education and rehabilitation* (pp. 210-224). Boston: Andover Medical.
- HOGUE, G., DATTOLO, J., SCHNEIDER, S. y BEMISDERFER, K. (1997). «Transition through recreation and integration for life». En S. Schleien, M. RAY y F. GREEN (eds.), *Community recreation and people with disabilities: Strategies for inclusion* (pp. 180-185). Baltimore: Paul H. Brookes.
- HOWE-MURPHY, R. y CHARBONEAU, B. G. (1987). *Therapeutic recreation intervention: An ecological perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- ISO-AHOLA, S. E. (en prensa). «Motivational foundations of leisure». En T. BURTON y E. JACKSON (eds.), *Leisure studies at the Millenium*. State College, PA: Venture.
- KELLY, H. H. y THIBAUT, J. H. (1969). «Group problem solving». En G. LINDZEY y E. ARONSON (eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 1-101). Reading, MA: Addison-Wesley.
- KNAPP, C. (1990). «Processing the adventure experience». En J. MILES y S. PRIEST (eds.), *Adventure education* (pp. 189-197). State College, PA: Venture.
- KOESTNER, R., ZUCKERMAN, M. y KOESTNER, J. (1987). «Praise, involvement, and intrinsic motivation». *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 383-390.
- LORD, M. A. (1997). «Leisure's role in enhancing social competencies of individuals with developmental disabilities». *Parks & Recreation*, 32(4), 35-39.
- LOVELL, T., DATTOLO, J. y JEKUBOVICH, N. (1996). «Effects of leisure education on individuals aging with disabilities». *Activities, Adaptations and Aging*, 21 (2), 37-58.
- MAHON, M. J. (1994). «The use of self-control techniques to facilitate self-determination skills during leisure in adolescents and young adults with mild and moderate mental retardation». *Therapeutic Recreation Journal*, 28, 58-72.
- MAHON, M. J. y BULLOCK, C. C. (1992). «Teaching adolescents with mild mental retardation to make decisions in leisure through the use of self-control techniques». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 9-26.
- MANNELL, R. C. y KLEIBER, D. A. (1997). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- MASON-MULLET, S. (1995). «Education for leisure-moving towards community». En G. S. FAIN (ed.), *Leisure and ethics: Reflections on the philosophy of leisure*, 2 (pp. 229-256). Reston, VA: American Association for Leisure and Recreation.
- MASSIMINI, F. y CARLI, M. (1988). «Flow and biocultural evolution». En M. CSIKSZENTMIHALYI e I. CSIKSZENTMIHALYI (eds.), *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp. 266-287). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- MASSIMINI, F., CSIKSZENTMIHALYI, M. y DELLE FAVE, A. (1988). «Flow and biocultural evolution». En M. CSIKSZENTMIHALYI e I. CSIKSZENTMIHALYI (eds.), *Opti-*

- mal experience: Psychological studies of flow in consciousness* (pp. 60-81). Melbourne, Australia: Cambridge University Press.
- MIDDLETON, R. A. y BYRD, E. K. (1996). «Psychosocial factors and hospital readmission status of older persons with cardiovascular disease». *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 27(4), 3-10.
- O'MORROW, G. S. y REYNOLDS, R. P. (1989). *Therapeutic recreation: A helping profession* (3.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- PAXTON, S. J., BROWNING, C. J. y O'CONNELL, G. (1997). «Predictors of exercise program participation in older women». *Psychology & Health*, 12, 543-552.
- ROSS, C.D. y VAN DEN HAAG, E. (1957). *The fabric of society*. Nueva York: Harcourt Brace Jovanovich.
- SANDS, D. J. y DOLL, B. (1996). «Fostering self-determination is a developmental task». *Journal of Special Education*, 30, 58-76.
- SANDS, D. J. y WEHMEYER, M. L. (1996). *Self-determination across the life span: independence and choice for people with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- SANSONE, C. (1986). «A question of competence: The effects of competence and task feedback on recreation behavior». *Journal of Leisure Research*, 16, 34-50.
- SEARLE, M., MAHON, M., ISO-AHOLA, S. E., SDROLIAS, H. y VALL DYCK, J. (1995). «Enhancing a sense of independence and psychological well-being among the elderly: A field experiment». *Journal of Leisure Research*, 27, 107-124.
- Therapeutic recreation: Responding to the challenges of health care reform* (s.f.). American Therapeutic Recreation Association & National Therapeutic Recreation Society.
- WEHMEYER, M. L. (1996). «Self-determination as an educational-outcome: Why is it important to children youth and adults with disabilities?». En D. J. SANDS y M. L. WEHMEYER (eds.), *Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities* (pp. 15-34). Baltimore: Paul H. Brookes.
- WEHMEYER, M. L., AGRAN, M. y HUGHES, C. (1998). *Teaching self-determination to students with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- WEHMEYER, M. L. y SCHWARTZ, M. (1997). «Self-determination and positive adult outcomes: A follow-up study of youth with mental retardation or learning disabilities». *Exceptional Children*, 63, 245-255.
- WIDMER, M. y ELLIS, G. (1997). «Facilitating the good life through therapeutic recreation». En D. M. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation* (pp. 173-191). Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- WILLIAMS, R. y DATILLO, J. (1997). «Effects of a leisure education on self-determination, social interaction, and positive affect of young adults with mental retardation». *Therapeutic Recreation Journal*, 31, 244-258.



## Capítulo 5

# El modelo aristotélico de la vida buena: integración de los valores en la prestación de servicios de ocio terapéutico

Mark A. Widmer y Gary D. Ellis<sup>1</sup>

*Resumen: Este artículo presenta un modelo de ocio terapéutico que está basado en la ética aristotélica. El modelo define las situaciones humanas que son relevantes para una intervención en ocio terapéutico, los resultados del tratamiento y el papel del especialista en ocio terapéutico en la consecución de estos resultados. Se presenta un caso hipotético que ilustra el modelo y se plantean las fortalezas, debilidades y limitaciones del modelo.*

Los valores son posturas que determinan qué condiciones, circunstancias y acciones son correctas, buenas o deseables. En una profesión, el sistema de valores define la postura ética que dirige la forma en que se prestan los servicios y ayuda a definir los objetivos y los cambios deseables que se espera que tengan lugar en los clientes como resultado de esos servicios. Por tanto, los sistemas de valores han tenido una importancia clave en el ocio terapéutico desde el inicio de la disciplina; hoy en día, y durante los últimos 25 años, se ha hecho habitual, en las declaraciones sobre la misión y filosofía de las instituciones, la formulación de valores (Sylvester, 1985).

Por ejemplo, la definición de ocio terapéutico de la *National Therapeutic Recreation Society (NTRS)* está claramente impregnada de unos

---

<sup>1</sup> Mark Widmer pertenece a la Brigham Young University y Gary Ellis a la Universidad de Utah.

determinados valores. Esta definición determina que el ocio terapéutico debe dirigirse a ayudar «a las personas con enfermedades, discapacidades u otras circunstancias, a desarrollar y utilizar su ocio de forma que aumente su salud, independencia y bienestar» (NTRS, 1996, p. 23). Los valores son evidentes en dos aspectos de esta afirmación; primero, la declaración establece lo que «debería ser» en cuanto a los resultados del servicio. La definición también incluye conceptos como «salud» y «bienestar» que tienen significados ambiguos que ponen en juego el sistema de valores de la persona para definirlos e interpretarlos. Otros pronunciamientos profesionales claves que especifican los resultados del tratamiento e incluyen términos que implican valores como bienestar, calidad de vida, y salud, son la llamada Declaración de Visión de la NTRS (NTRS, 1994), la Definición de Ocio Terapéutico de la *American Therapeutic Recreation Association*, ATRA (1987) y la declaración conjunta de la ATRA y la NTRS sobre la reforma sanitaria (1994). Aunque estos documentos se centran en conceptos éticos, se han realizado pocos esfuerzos para integrar teorías sobre ética o posiciones éticas en los modelos de ejercicio del ocio terapéutico (Compton, 1994; Sylvester, 1985).

El objetivo de este trabajo es describir el modelo «aristotélico de la vida buena», que constituye un esfuerzo por integrar un componente ético en la prestación de servicios de ocio terapéutico. El modelo está basado en la ética aristotélica y como tal se deriva de la siguiente definición del ocio terapéutico:

El ocio terapéutico es un conjunto de servicios dirigidos a aumentar la libertad y responsabilidad del cliente a fin de facilitar el logro de la felicidad humana («la vida buena»). Esto se logra dando recursos a los clientes para superar las limitaciones que surgen de la enfermedad, la discapacidad, la opresión, los deseos erróneos, los retos que plantea seguir el principio del justo medio y el interés en los bienes aparentes que carecen de la capacidad de convertirse en bienes reales. A continuación se presenta una descripción de los fundamentos de esta definición y del modelo resultante.

## **Felicidad humana: fundamentos del modelo**

### *Felicidad y ocio terapéutico*

El modelo está basado en el concepto de «felicidad». Al igual que la calidad de vida, la salud y el bienestar, el concepto de felicidad implica un juicio de valor. Del valor de la felicidad, compartido por todos los seres humanos, emanan los objetivos que persigue un adecuado estilo de

vida de ocio, el bienestar y la calidad de vida. Tanto los teólogos como los filósofos y los psicólogos reconocen el deseo universal del hombre de ser feliz. El ocio terapéutico, al igual que la mayoría de las profesiones de ayuda y de servicios, intenta ayudar a las personas a vivir vidas felices y productivas. Se entiende que la recreación y el ocio son componentes necesarios de una vida feliz (Sylvester, 1992). El modelo de servicios de ocio terapéutico de promoción/protección de la salud (Austin, 1996) fomenta el uso y la prescripción de actividades que pongan en juego la tendencia autorrealizadora y que faciliten un alto nivel de salud integral (felicidad). El modelo de habilidad de ocio prima una orientación hacia el ocio que «en definitiva, hace referencia a la calidad de vida y felicidad de la persona» (Stumbo y Peterson, 1998). Tal y como ha destacado Sylvester (1986), «casi todos los modelos están basados en supuestos y valores no manifestados, que tienen diferentes implicaciones y consecuencias dependiendo del contexto en el que se apliquen» (p. 8).

Claramente, la felicidad es un valor que se encuentra de forma manifiesta o no pero que subyace en los modelos de ocio terapéutico. Debido al carácter clave de la felicidad como cuestión de valores en los servicios de ocio terapéutico, es necesario analizar dos conceptualizaciones de la felicidad (la contemporánea y la clásica) y ver cómo se relacionan con los conceptos de bienestar, calidad de vida y estilo de vida de ocio apropiado.

### *Perspectivas contemporáneas de la felicidad*

Las perspectivas sobre la felicidad han cambiado sustancialmente en los últimos siglos. Para los americanos, incluyendo a las personas con discapacidades y enfermedades, el derecho a buscar la felicidad está garantizado en la Constitución (Sylvester, 1992). La visión contemporánea, humanista, es que la felicidad se caracteriza por estados psicológicos transitorios de disfrute, sentimientos positivos y bienestar general (Waterman, 1993; Hudson, 1992). Esta visión concreta sugiere que las personas buscan maximizar el placer y minimizar el dolor. Por tanto, la felicidad es una experiencia subjetiva mediatizada por la creencia de estar obteniendo las cosas que creemos merecer (Kraut, 1979). La preocupación por uno mismo y por ser feliz se puede ver en las baldas de las librerías repletas de obras relacionadas con la mejora personal. También se observa en la promoción de la autogratificación mediante el consumo, que nos presentan los medios de comunicación, y más reciente y exageradamente por el axioma «obedece a tu sed» utilizado para promocionar una popular bebida no alcohólica.

¿Ha traído esta perspectiva subjetiva y hedonista de la felicidad una mejora de la condición humana? Si fuera así, se podría argumentar que

los servicios de ocio terapéutico deben perseguir ayudar a las personas a lograr estados psicológicos placenteros y sentimientos positivos. En consecuencia, los modelos que orientan la intervención deben, ciertamente, incluir los conceptos de bienestar, sentimientos positivos y placer o satisfacción. Por el contrario, si las perspectivas actuales de la felicidad han fracasado, debemos buscar una alternativa.

Hudson (1992) analiza la felicidad contemporánea desde acercamientos sociopsicológicos y filosóficos. En esencia, argumenta que tanto las ciencias sociales como la filosofía han vuelto a las visiones clásicas de la felicidad, y que buscar un estado permanente de plenitud, como defiende el punto de vista contemporáneo, es contraproducente. Hudson no defiende sólo esta conclusión. La preocupación por la felicidad subjetiva ha dado lugar a una persona fragmentada y desconectada que ha perdido el sentido de la obligación y la preocupación por el bien de la comunidad (Bellah, Madsen, Sullivan, Swidler y Tipton, 1986). Seligman (1990) apunta que vivimos en una sociedad en la que el yo se exalta y en la que el dolor y el placer individuales se toman con «una seriedad sin precedentes» (p. 282). También sugiere que aunque vivimos una época caracterizada por una gran preocupación por nosotros mismos, la depresión, quizá la antítesis de la felicidad, alcanza proporciones de epidemia. Al presentar su visión del logro de la felicidad, argumenta que centrarse en uno mismo al buscar la felicidad, paradójicamente, la inhibe. Mas bien, en el intento de buscar la felicidad uno debe, de hecho, elegir reducir la importancia que se otorga a sí mismo.

Entre las opciones que puede elegir este tipo de persona centrada en sí misma, hay una que resulta paradójica. De manera egoísta, como táctica de mejora personal, puede, de hecho, elegir reducir su propia importancia, sabiendo que la depresión y la falta de sentido se derivan de la preocupación por uno mismo. Quizá podemos conservar nuestra creencia en la importancia del individuo y reducir nuestra preocupación con nuestro propio confort o falta del mismo. Esto dejaría espacio para un nuevo compromiso con cosas de mayor alcance (p. 28).

Al profesional de ocio terapéutico preocupado con estas cuestiones, la definición contemporánea apenas le ayuda a responder a la pregunta «¿Qué actividades de ocio son buenas, mejores o las óptimas para contribuir a un estilo de vida de ocio acertado o a una alta calidad de vida?». Desde la perspectiva contemporánea de la felicidad, nada es correcto o incorrecto. Más bien se supone que la felicidad se encuentra en buscar aquello que uno desea. Los valores últimos son el placer o los estados transitorios afectivos positivos. No existe un contexto ético implícito. Si los especialistas en ocio terapéutico son profesionales, más que técnicos

que simplemente ponen en marcha programas, deben ser capaces de ayudar a las personas a desarrollar estilos de vida de ocio que conlleven significado y satisfacción vital. Deben ser capaces de responder a la pregunta «¿Qué actividades de ocio son buenas, cuáles son malas y cuáles llevarán al crecimiento, desarrollo y enriquecimiento?».

Por tanto, desde una perspectiva profesional y psicológica se puede argumentar que la felicidad contemporánea ha fracasado. Desde una perspectiva filosófica, la felicidad contemporánea sólo plantea la cuestión de «¿Me siento bien?» y «¿Soy feliz?». La felicidad contemporánea queda lejos de las preguntas éticas y morales fundamentales como «¿Estoy haciendo el bien?», «¿Soy bueno?».

### *Perspectivas clásicas de la felicidad*

Por tanto, la perspectiva contemporánea de la felicidad puede no ser un fundamento especialmente sólido en el que basar un modelo de una disciplina comprometida con la promoción de la felicidad, el bienestar y la calidad de vida. Hudson (1992) afirma que los hallazgos de las ciencias sociales apuntan hacia el retorno a la eudaimonía o la felicidad clásica. *Eudaimonía* es el término griego para felicidad, desarrollo humano o bienestar. Se ha utilizado para describir la concepción de Aristóteles de la vida buena. La eudaimonía sitúa la felicidad en el ámbito de la ética. Es, por definición, la vida ética, «una vida bien vivida en razón del logro de todo aquello que es realmente bueno, de forma sucesiva y no simultánea» (Adler, 1991, p. 35). Un beneficio adicional de utilizar la eudaimonía como fundamento conceptual de los servicios de ocio terapéutico es la relevancia que tiene la postura aristotélica sobre la felicidad tiene en la literatura sobre el ocio (Sylvester, 1987).

La vida buena aristotélica es el hábito de seguir el curso apropiado de acción durante la vida, es el hábito de los actos virtuosos (Paul, Miller y Paul, 1992; White, 1992). «La afirmación de que el hombre feliz vive bien y también actúa bien armoniza con la definición de felicidad» (Aristóteles, 1986, p. 429). A diferencia de la felicidad contemporánea, el placer o los estados transitorios de sentimientos positivos no son el objetivo o propósito de la vida buena. Entonces, ¿cómo se vive bien y se actúa bien para encontrar la vida buena?

Adler (1991) ha prestado especial atención a las derivaciones prácticas de la eudaimonía en la vida diaria. Su trabajo representa una interpretación de la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles (Aristóteles, 1986). El logro de la vida buena se basa en la premisa de que se cumplan dos condiciones: (a) la persona tiene la suficiente riqueza para satisfacer las necesidades biológicas básicas y (b) la sociedad ofrece las libertades y derechos

humanos fundamentales. Desde estos supuestos, el modelo de Adler para entender la eudaimonía o la vida buena puede resumirse en tres principios: (a) la ética del justo medio, (b) los bienes reales y los aparentes y (c) los deseos buenos y los erróneos.

**La ética del justo medio.** Contar con poco o demasiado de casi todas las cosas de la vida causa problemas. Conducir por la autopista a 125 millas por hora probablemente causará un accidente que conlleve destrucción, lesión y posiblemente muerte. Una velocidad de 125 millas en una carretera pública es demasiado. Conducir a 30 millas por hora en una autopista puede traer consecuencias destructivas similares. Cuando el tráfico circula a 65 millas, una velocidad de 30 es demasiado poco. Consumir 7.500 calorías al día es demasiado. Para la mayoría de la gente produciría obesidad y enfermedades. Pero consumir 500 calorías también lleva a serios problemas de salud. Para la mayoría de la gente, 7.500 calorías es demasiado y 500 es muy poco. El justo medio es «lo que está a intervalos iguales de los extremos» (Aristóteles, 1986, p. 444).

Entre personas racionales y prudentes se puede lograr cierto acuerdo respecto a lo que es demasiado y muy poco o a lo que es el justo medio. El justo medio varía dependiendo de las necesidades de las personas. Según Aristóteles «la virtud (el justo medio) es, por tanto, un hábito, una disposición a la acción por elección deliberada, estar en el justo medio en relación con uno mismo, definido por la razón y tal y como un hombre prudente lo definiría» (Aristóteles, 1986, p. 445). Esto no pretende sugerir un estándar del justo medio que se aplica a todos los seres humanos. Más bien, el justo medio toma en consideración las variaciones entre las personas (Adler, 1991). Debemos basarnos en la igualdad de la naturaleza humana, pero tomando en consideración las diferencias individuales y la variación. Se pueden poner límites, pero el justo medio no es el mismo punto o cantidad para todos. Adler resume este principio del justo medio de esta manera: «El justo medio de cualquier bien es la cantidad que sirve al fin que debe ser buscado por todos como objeto de su correcto deseo» (Adler, 1991, p. 24). Debe apuntarse que el justo medio, lo suficiente, no es simplemente moderación en todas las cosas, pues existen las excepciones. La libertad, por ejemplo, es un bien que debe buscarse en la medida en que se ejerza sin daño o se les limite a otros. Algunos bienes, como el conocimiento o la sabiduría, son bienes ilimitados. Uno nunca puede tener demasiado conocimiento o sabiduría.

**Bienes reales y aparentes.** Aristóteles constató entre sus conciudadanos la búsqueda de cosas que parecían ser buenas, pero argumentaba que muchas de esas cosas no eran buenas. Para él, los bienes reales eran aquellos que llevaban a la vida buena o eudaimonía, y los bienes aparentes

tes eran aquellos buscados con vistas a la felicidad pero que no satisfacían ese deseo. Adler (1991) sugiere que los bienes aparentes nos parecen buenos en un momento dado pero luego carecen de atractivo. Normalmente nos arrepentimos de recibir bienes aparentes. Por ejemplo, para algunos adolescentes fumar parece una cosa buena. Fumar es una actividad de adultos; a menudo se ve como algo atractivo y puede dar una sensación de independencia a los jóvenes. Sin embargo, tras haber fumado un tiempo y darse cuenta del costo económico y físico, fumar ya no parece algo bueno. La distinción entre bienes reales y aparentes puede ilustrarse analizando las diferencias entre las necesidades y los deseos. Las necesidades son cosas que satisfacen nuestros instintos biológicos básicos, como la comida, el agua, el sueño, el cobijo y el vestido. Las necesidades son realmente buenas para todos los seres humanos; son necesarias debido a la naturaleza humana. Ciertamente no necesitamos cigarrillos para satisfacer la supervivencia biológica básica. Debemos desear solamente aquellas cosas que realmente necesitamos (Adler, 1991).

Los bienes reales no se limitan sólo a aquellas cosas que son necesarias para la supervivencia física. Las necesidades que garantizan la supervivencia se consideran bienes primarios. Las cosas de carácter instrumental que nos hacen humanos son también necesidades reales. Estos bienes secundarios sirven para diferenciar a los humanos de otras especies. Los bienes secundarios son el conocimiento, la comprensión de nuestro mundo, la sabiduría, las relaciones amorosas y la amistad; en otras palabras, aprender, crear y desarrollar relaciones significativas. El logro de los bienes reales, tanto primarios como secundarios, lleva a una vida más rica, una vida de continuo crecimiento y desarrollo. Esta es la vida buena o eudaimonía. Desear bienes aparentes no es categóricamente erróneo. Algunos bienes aparentes son inocuos y pueden ser parte de la vida buena. Otros son nocivos. Los bienes aparentes son apropiados y permisibles sólo cuando no impiden lograr los bienes reales. En este caso son considerados bienes aparentes inocuos. Los bienes aparentes nocivos son los que no permiten que alcancemos la vida buena.

**Deseos erróneos.** El placer, el dinero, la fama y el poder son ejemplos de deseos erróneos. Estos deseos surgen de tres maneras (Adler, 1991): «(1) algo que, aunque realmente bueno y necesario, es sólo un bien parcial; (2) algo que, bueno como medio, es un bien que coarta a aquellos que lo desean como bien último; (3) algo que, aunque puede parecer bueno cuando realmente se desea, es un bien aparente que es nocivo más que inocuo» (pp. 37-38).

El placer es un bien real pero no puede, por sí mismo, llevar a la vida buena y, por tanto, es sólo un bien parcial (Adler, 1991). Se puede desear el placer si, y solo si, no se busca como único bien, si se desea según la

ética del justo medio y si buscar el placer no produce daño a los demás. Es completamente posible que un ladrón robe un equipo estéreo de un coche y que encuentre gran placer por las destrezas y riesgo que supone. Es imposible decir que el placer es bueno o malo a menos que se contextualice. En el caso del ladrón, la conducta de robar causa daño a otros; por tanto, el placer resultante es un deseo erróneo. Si, por otro lado, una persona encuentra un gran placer en aprender sobre los pájaros o tener una buena conversación con un amigo, como estas actividades están relacionadas con bienes secundarios, el placer puede ser un bien parcial.

El dinero es bueno como medio, pero no tiene valor inherente como fin en sí mismo. Desear dinero por el placer de la acumulación o admiración es un deseo erróneo. Sólo tiene valor cuando se utiliza para obtener bienes primarios como la comida, la bebida o el cobijo. El dinero también tiene valor cuando se utiliza para obtener materiales que facilitan los bienes secundarios. Algunos ejemplos pueden ser usar dinero para comprar buenos libros, vídeos educativos o incluso pagar la matrícula para ampliar la formación. Comprar equipos para actividades al aire libre a fin de experimentar la naturaleza, aprender sobre el mundo y dedicar el tiempo a las relaciones de amistad, puede ser otro ejemplo del uso del dinero como medio para un buen fin. Como nunca es un fin en sí mismo, es sólo un bien parcial. La fama y el poder, cuando se buscan por sí mismas, son deseos erróneos. No son parte necesaria de la vida buena. La fama y el poder no se necesitan como bien primario o secundario. Sin embargo, si una persona honorable es reconocida por su vida virtuosa, sus servicios, o utiliza el poder para ayudar a otros a alcanzar bienes reales, la fama puede producir un resultado. Aristóteles distinguió este tipo de reconocimiento público de la fama y lo llamó honor (Adler, 1991).

**Deseos buenos.** Aristóteles escribió que «la virtud (ética) es un hábito, una predisposición a la acción por elección deliberada, situada en nuestro justo medio, y definida por la razón como lo haría un hombre prudente» (Aristóteles, p. 445). Así, la vida buena se logra desarrollando el hábito de los buenos deseos. Un paso es asegurarse de que los propios deseos están de acuerdo con el justo medio o la ética del justo medio. Otro paso es cultivar los buenos deseos y eliminar los erróneos. Como se ha dicho anteriormente, esto supone desarrollar deseos de bienes reales primarios y secundarios: comida, bebida, sueño, cobijo, conocimiento, comprensión del mundo, sabiduría, relaciones de amor y de amistad. Debe apuntarse respecto a la adquisición de conocimientos y la comprensión del mundo que la cima de la vida buena, la virtud reina de la eudaimonía, o el bien supremo (*summum bonum*) es el ocio. Aquí el ocio, entendido como el más elevado bien, está íntimamente relacionado con la salud y el bienestar y el fin último de la felicidad (Sylvester, 1992). La interpreta-

ción de Aristóteles de Adler (1991) sugiere que el ocio está caracterizado por «actividades mediante las que los seres humanos aprenden y crecen y, por tanto, adquieren una o más virtudes intelectuales. Las virtudes intelectuales del arte, el conocimiento, el entendimiento y la sabiduría son el *summum bonum*, lo que debe ser deseado. El ocio es aprender de todas las formas en que los seres humanos pueden aprender y perfeccionarse intelectualmente» (p. 83-84). La felicidad, o la vida buena, se logra manteniendo los buenos deseos y participando en las mejores actividades intrínsecas de ocio (Sylvester, 1987). Estas actividades pueden ser tan sencillas como «la jardinería, cocinar o hacer muebles (que demandan destrezas o arte) o tan elevadas como la investigación científica, la composición musical o el pensamiento filosófico» (Adler, 1991, p. 85).

En suma, la vida buena, por tanto, se alcanza buscando el justo medio, comprendiendo la diferencia entre los bienes reales y aparentes y, desde esa comprensión, buscando los bienes reales (los buenos deseos). El hábito de seguir el curso adecuado de acción en la vida, el hábito de las acciones virtuosas, es lo que lleva a la eudaimonía (Paul y cols., 1992; White, 1992). El pináculo de la vida eudaimónica se caracteriza por el ocio y, para Aristóteles, el bien supremo u ocio es implicarse en todas las virtudes intelectuales del arte, el aprendizaje y la creación.

**Perspectivas recientes.** La eudaimonía surge directamente de la filosofía antigua. Es importante destacar que algunas investigaciones recientes sobre la felicidad y otros constructos similares apoyan la idea de que la vida buena lleva al significado y al enriquecimiento personal. Waterman (1993) llevó a cabo un estudio que intentaba determinar si la felicidad contemporánea (hedonista) y la clásica eran conceptos distinguibles. Sus resultados muestran que la participación continuada en actividades que producen un disfrute hedonista tiene como resultado la saciedad, mientras que las actividades caracterizadas por la expresión personal se relacionan con la autorrealización y un mayor sentido personal.

El trabajo de Csikszentmihalyi (1990; 1997) es particularmente destacable. Según Hudson (1992), la investigación de Csikszentmihalyi es «una aportación significativa para un entendimiento más eudaimónico de la felicidad» (p. 195). El concepto central de su trabajo, denominado flujo, requiere disciplina personal para conseguir el control de la propia conciencia. El ajuste de destrezas y retos es clave. Para que ocurra el flujo, debe estar presente alguna destreza mental como la memoria o alguna estrategia mental, incluso en las actividades físicas. «Hacer distinciones entre las actividades flujo que implican funciones corporales y las que tienen un componente mental es, en cierto sentido, superfluo, ya que todas las actividades físicas, si son placenteras, conllevan un componente mental» (Csikszentmihalyi, 1990, p. 118). El disfrute se caracteriza por

el movimiento hacia delante, la novedad y el logro, «como sucede leyendo un libro que nos muestra cosas bajo una nueva luz, como cuando tenemos una conversación que nos lleva a expresar ideas que no sabíamos que teníamos» (p. 46). Indudablemente esta definición de disfrute es congruente con la eudaimonía. Estas experiencias pueden no implicar disfrute en el momento de la participación, pero, tras la reflexión, conllevan significado y disfrute. El placer, por otro lado, es importante pero no trae la felicidad (Csikszentmihalyi, 1990). El placer se puede alcanzar sin ningún esfuerzo intelectual, sin concentración. Csikszentmihalyi afirma que las actividades flujo, como el ocio aristotélico, se buscan por su valor intrínseco.

Como Seligman (1990), Csikszentmihalyi (1990) también identifica la paradoja de la preocupación por nosotros mismos y la felicidad contemporánea. Al describir las experiencias flujo, escribe: «la preocupación por uno mismo desaparece, pero, de manera paradójica, el sentido de uno mismo resurge con más fuerza cuando termina la experiencia flujo» (Csikszentmihalyi, 1990, p. 49). Hay muchos aspectos de las actividades flujo que encajan con las características de la vida buena aristotélica o la eudaimonía.

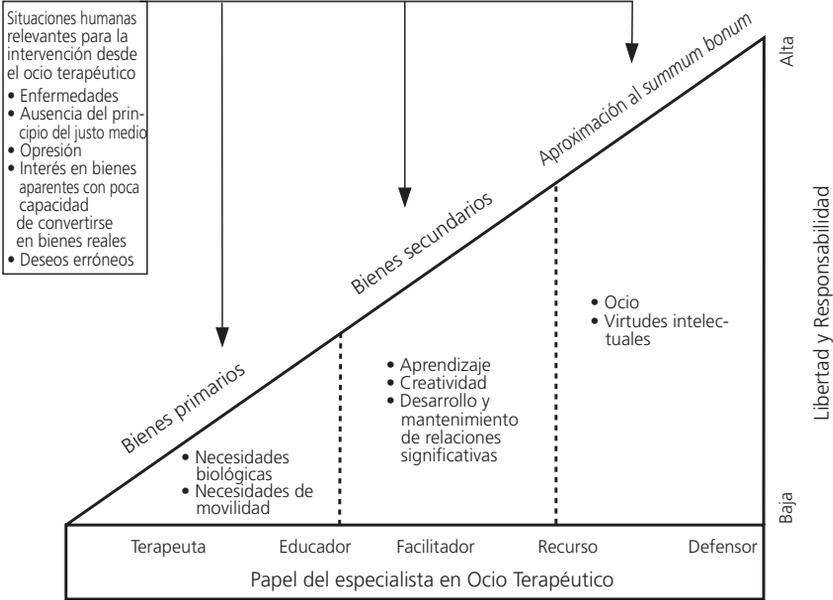
## **El modelo aristotélico de la vida buena**

La propuesta del modelo aristotélico de la vida buena aparece en la figura 1. El modelo incluye cuatro elementos principales: (a) aflicciones y opresión, (b) bienes aristotélicos, (c) libertad y (d) papel del especialista en ocio terapéutico. La sección de aflicciones y opresión muestra la variedad de situaciones que pueden llevar a una persona a necesitar los servicios de un especialista en ocio terapéutico. Cada situación está fundamentada en la ética aristotélica. Las enfermedades y discapacidades plantean problemas fisiológicos y psicológicos que inhiben el desarrollo de la libertad que es la esencia de la eudaimonía. Obviamente, estas circunstancias están muy enraizadas en la intervención en ocio terapéutico. Las restantes aflicciones y opresiones son también características de la fundamentación aristotélica del modelo. Una de estas circunstancias es el fracaso en el seguimiento del principio del justo medio. Las personas que abusan de sustancias y las que tienen adicciones serían ejemplos de personas que tienen este problema. Las personas que enfrentan situaciones resultado de la opresión serían personas desfavorecidas por la discriminación debida a la raza, el sexo, la etnia, la discapacidad u otros estereotipos. Una cuarta categoría es el interés en los bienes aparentes que tienen un potencial limitado para contribuir a la vida buena. Dentro de este

grupo estaría el fumar tabaco (antes de ser adicción), el abuso de sustancias y la conducta hedonista. Finalmente, los «deseos erróneos» son una circunstancia humana significativa y relevante para la intervención en ocio terapéutico. Un ejemplo de un «deseo erróneo» sería un adolescente que se rinde a la presión del grupo para que beba alcohol. Aunque la decisión podría parecer apropiada en cuanto que puede ayudar a establecer relaciones significativas con los iguales, sería un deseo erróneo porque puede llevar a disfunciones.

**Figura 1**

Modelo aristotélico de la vida buena



El segundo elemento del modelo aristotélico de la vida buena son los bienes aristotélicos. Dicho elemento es una propuesta sobre los resultados que persiguen los servicios de ocio terapéutico. Estos resultados constituyen los elementos necesarios para la vida buena. Se incluyen los bienes primarios (i.e. necesidades biológicas, movilidad, destrezas funcionales y necesidades de subsistencia), los bienes secundarios (i.e. aprendizaje, creación y desarrollo de relaciones significativas) y el cami-

no hacia el *summum bonum* (ocio y logro de las virtudes intelectuales). En el modelo aristotélico de la vida buena estos bienes están organizados jerárquicamente, implicando una progresión desde la necesidad de bienes primarios hasta las necesidades relacionadas con la eudaimonía. El tercer elemento clave del modelo aristotélico de la vida buena es la libertad y la responsabilidad. El modelo implica que, a medida que las personas superan las aflicciones y la opresión, la libertad aumenta y los bienes primarios dejan paso a los secundarios y final e idealmente a la eudaimonía. El modelo apunta hacia una mayor libertad a medida que avanza el tratamiento y también apunta a una mayor responsabilidad con uno mismo, la familia y la comunidad.

El cuarto elemento central del modelo es la progresión del papel del especialista en ocio terapéutico. Esta progresión se corresponde con el avance de los clientes hacia la vida buena. Sin embargo, también hay un grado de superposición. El papel de «terapeuta» es apropiado para aquellos clientes que enfrentan situaciones relacionadas con los bienes primarios. El papel de «educador» se aplica a las fases de desarrollo de los bienes primarios y secundarios. Los papeles de «facilitador» y de «recurso» son apropiados para aquellos clientes que enfrentan situaciones relacionadas con los bienes secundarios. Los papeles de «recurso» y defensor» son apropiados para apoyar a las personas que se aproximan a la eudaimonía. Conforme evolucione el modelo se necesitará especificar las características precisas de la práctica y las técnicas de cada uno de estos roles profesionales.

### **Aplicación del modelo aristotélico de la vida buena: un caso hipotético**

Se presenta un ejemplo, basado en un caso hipotético, de cómo podría utilizarse el modelo aristotélico de la vida buena. Sally es una mujer casada de 32 años, madre de dos chicos pequeños, que vive en el área de Denver. Antes de su lesión disfrutaba reuniéndose con sus amigas y practicando varios deportes al aire libre como nadar, la vela, el esquí acuático y el esquí alpino. Mientras se dirigía al trabajo sufrió un accidente de tráfico que le causó una dislocación de las vértebras a nivel torácico 6-7 (paraplejía completa T6-7) que dejó sus piernas completa y permanentemente paralizadas. Tras someterse a cirugía y pasar tres días recuperándose, ingresó en la unidad de rehabilitación. Sally estaba en estado de *shock* y negación. En los días siguientes se mostró deprimida y muy abatida. Sally perdió la esperanza de ser feliz después de la lesión. Se retrajo socialmente. Le entristecía ver a su familia porque se sentía inadecuada como madre y esposa. Manifestó el deseo de pasar sus días viendo la televisión y bebiendo alcohol.

Se llevó a cabo una evaluación inicial para establecer el nivel de libertad y responsabilidad de Sally. Se utilizaron instrumentos estandarizados, una entrevista semi-estructurada (Munson, 1990; Lazarus, 1973; Widmer, Ellis y Trunnell, 1996) y la observación directa de la conducta. Los resultados apuntaron una serie de aspectos que preocupaban a Sally. Comparándola con los datos de sus iguales, Sally tenía una baja percepción de libertad en el ocio y un escaso sentido de la responsabilidad en cuanto a su crecimiento personal o respecto a su relación con la familia y la comunidad.

Se llevaron a cabo evaluaciones adicionales para identificar el estado de Sally con respecto a «las situaciones humanas relevantes para la intervención en ocio terapéutico» y a los bienes primarios y secundarios. Respecto a las implicaciones de su discapacidad (dentro del aspecto de las «situaciones humanas»), Sally manifestó la preocupación de que la discapacidad afectara a su atractivo físico y a su relación matrimonial. También indicó que las limitaciones en su movilidad le impedían implicarse en actividades como los deportes acuáticos o el esquí. Con respecto al «principio del justo medio», el especialista en ocio terapéutico encontró que Sally dormía mucho, veía demasiada televisión, interactuaba muy poco con su familia y amigos y consumía alcohol en exceso. El análisis de su situación con respecto a la opresión mostró que, en su único intento de aproximarse a la comunidad, un miembro del personal de actividades acuáticas se había mostrado claramente aprensivo ante la pregunta de Sally sobre sus posibilidades de ir a nadar ocasionalmente a la piscina local. También estaba preocupada por la opresión económica; temía que la situación económica de su familia se deteriorase si no podía volver a trabajar. No se identificaron deseos erróneos significativos, aunque se manifestó un claro sentimiento de apatía que limitaba el posible desarrollo natural de los «buenos deseos» en el proceso de rehabilitación de Sally.

La evaluación de Sally respecto a los bienes secundarios reveló que la preocupaba ser abandonada por sus amigos y no ser miembro del grupo que participaba en las actividades al aire libre. Su apariencia apática también limitaba sus posibilidades de aprender y ser creativa.

Se desarrolló un plan de tratamiento para abordar, primero, los temas de la libertad, las aflicciones y la opresión (bienes primarios) y el principio del justo medio. Para intentar aumentar la libertad real y percibida, se tomaron medidas para ayudarla a controlar su movilidad e higiene personal. Para recuperar el sentido del control y la esperanza, se puso en contacto a Sally con personas (modelos, experiencias vicarias) con discapacidades similares que vivían vidas plenas y enriquecedoras (Bandura, 1986). Estas personas afirmaban que veían «el accidente que causó la paraplejía como uno de los sucesos más negativos y más positivos de su vida» (Csikszentmihalyi, 1990, p. 193). Esto ayudó tanto en el ámbito de

la libertad como en el de la opresión. Sally fue capaz de ver que estas personas podían vivir de forma independiente vidas reconfortantes y que no estaban abandonadas por sus amigos y familia. El programa incluyó actividades para ayudar a Sally a reducir a niveles adecuados (el justo medio) el tiempo que veía la televisión y la cantidad de alcohol que consumía. Sally aprendió a distinguir entre bienes reales y aparentes.

A medida que se resolvían las preocupaciones de Sally respecto a la percepción de libertad y otros bienes primarios, se dio mayor importancia al logro de bienes secundarios, como el desarrollo de relaciones significativas y el aprendizaje de destrezas relacionadas con la participación en ocio. El papel del especialista en ocio terapéutico cambió de terapeuta a educador y a facilitador. Junto con sus familiares y amigos, Sally aprendió a utilizar un equipo de esquí adaptado que le permitía ir a esquiar con su familia y amigos. Incluir a sus amigos y familia servía para reforzar esas relaciones y ayudarles a conocer las capacidades de Sally. Cuando se dio cuenta de que mantenía sus amistades y aprendió más sobre sí misma, sus capacidades y sus posibles opciones de ocio, se dio más importancia a explorar las posibilidades de ocio. Aunque Sally tenía un interés claro en actividades al aire libre, como parte de su programa de ocio terapéutico, se le dieron a conocer diversos juegos, manualidades, oportunidades de voluntariado y actividades sociales recreativas. En cada caso se destacaba el componente intelectual y creativo.

Habiendo satisfecho sus necesidades primarias y con una buena comprensión de los bienes reales y la exposición a varias actividades de ocio que eran eudaimónicas, el componente final del programa se centró en ofrecerle recursos y ayuda para que Sally lograra la eudaimonía. En el caso de Sally esto fue parte de su plan de alta o servicios ambulatorios de ocio terapéutico. A lo largo de los servicios de ocio terapéutico el papel del especialista cambió. El proceso lleva de forma continua a la vida buena. En consecuencia, la libertad aumentó a lo largo del programa y se alcanzaron los bienes reales y los secundarios y los deseos erróneos disminuyeron. Idealmente, el modelo lleva a una nueva comprensión de la felicidad contemporánea y a una vida de crecimiento y desarrollo.

### **Fortalezas, debilidades y limitaciones del modelo aristotélico de la vida buena**

El modelo aristotélico de la vida buena tiene varias fortalezas importantes. Primero y quizá lo más importante, está fundamentado en una teoría filosófica de la felicidad que ayuda a definir los fines de un estilo de vida de ocio (Peterson y Gunn, 1984), del bienestar o de la mejora de la

calidad de vida global (ATRA, 1987; NTRS, 1994), teniendo en cuenta que implican un juicio de valor. En segundo lugar, esta teoría ofrece una perspectiva ética desde la que pueden ser analizados los valores típicos de diferentes actividades de ocio. Esta perspectiva ética es especialmente relevante porque esta integrada y apoyada por el conocimiento empírico (Sylvester, 1995). En tercer lugar, el fundamento conceptual, aunque claramente filosófico, es altamente compatible con el ocio y, por tanto, encaja bien con el ocio terapéutico (Sylvester, 1987).

Algunos estudios recientes apoyan claramente la coherencia y valor de la aproximación eudaimónica a los servicios de ocio terapéutico (Csikszentmihalyi, 1990; 1997; Hudson, 1992; Seligman, 1990; Waterman, 1993). Aunque ninguna investigación analiza completamente la eudaimonía, la investigación se mueve en esta dirección. Además de estos datos, un intento de evaluar la aplicación del modelo ha suministrado otros datos. Se ha desarrollado la Escala de Conducta Ética en Ocio para Adolescentes (Widmer, Ellis y Trunnell, 1996) como intento de medir el estilo de vida de ocio adolescente. Se definieron cuatro componentes como base conceptual de la herramienta: logro intelectual, creativo, moral y relaciones significativas. No se incorporó el principio del justo medio, pero la fiabilidad y validez iniciales sugieren que las puntuaciones resultantes distinguen el grado en que los adolescentes tienen este estilo de vida de ocio ético. También se relacionó con el aburrimiento, consumo de sustancias y expectativas educativas.

Una debilidad potencial del modelo se relaciona con la situación política y económica en la que Aristóteles escribió. La antigüedad griega fue un tiempo de aristocracia política. La libertad personal de Aristóteles para alcanzar la eudaimonía, y la libertad concomitante de los aristócratas del momento, era posible por un sistema de clases que se servía de esclavos para satisfacer las necesidades de subsistencia de las clases dominantes. Incluso entre lo que se consideraba la aristocracia, las mujeres eran consideradas inferiores y a todos los efectos vivían como ciudadanos de segunda clase. El principal trabajo de interpretación de la eudaimonía en el que se basa este modelo es el de Adler (1991). Adler reconoce este problema e indica que su propia sociedad es democrática y que personalmente «afirma la esencia de todos los seres humanos, ninguno de los cuales es más o menos humano que otro...» (p. 82). Por tanto, el modelo aristotélico de la vida buena, aunque se basa en el trabajo de Aristóteles, rechaza plenamente la visión de la aristocracia griega de las diferencias en cuanto al valor humano. Los críticos deben recordar que, en la filosofía, la fuerza de una afirmación se basa en la solidez y coherencia de los supuestos, las premisas y la lógica. La eudaimonía debe ser evaluada por sus méritos filosóficos. Devaluar un trabajo filosófico por

considerar que su autor tuvo un comportamiento inaceptable es caer en el argumento *ad hominem*.

Aplicar el modelo requiere cierto conocimiento y comprensión de la ética aristotélica. Esta es una limitación, pues la mayoría de las personas que se licencian en programas de ocio terapéutico no han visto prácticamente nada sobre ética y menos sobre el trabajo de Aristóteles. Esta debilidad puede remediarse si los planes de estudios incluyen la ética o si las personas la estudian. La interpretación de Adler (1991) de la obra de Aristóteles es relativamente breve y directa. La lectura directa de la obra de Aristóteles sería muy beneficiosa, pero es mucho más difícil que leer a Adler.

La aplicación del modelo aristotélico de la vida buena puede ser eficaz con distintas poblaciones, incluyendo personas con discapacidades emocionales, conductuales o físicas; correccionales, delincuentes juveniles y pacientes de rehabilitación. Como el modelo supone una capacidad cognitiva suficiente como para tomar decisiones sobre los bienes reales, las personas con limitaciones cognitivas severas (e.g. personas con trastornos del desarrollo y Alzheimer) pueden no ser capaces de alcanzar de forma independiente la eudaimonía. Otro grupo para quien la eudaimonía sería difícil de lograr son aquellos que viven sin suficiente riqueza, aquellos cuya vida está plagada de pobreza. Ciertamente, una sociedad que persigue mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos debe hacer que la eliminación de la pobreza sea una prioridad. Aunque existen limitaciones para que algunos grupos alcancen la vida buena, los terapeutas pueden aplicar los principios de la eudaimonía cuando programan para estos grupos y posiblemente puedan aumentar su funcionamiento y disfrute del ocio.

Una de las limitaciones más importantes de este modelo refleja el propósito del mismo. El modelo fue desarrollado para intentar integrar los valores y la ética en los servicios de ocio terapéutico. Nunca se pretendió que el modelo suplantara a los modelos actuales, sino más bien propiciar el debate y la reflexión sobre la importancia de considerar cuáles son las conductas de ocio que en realidad contribuyen al bienestar y la calidad de vida. El trabajo futuro debe centrarse más en la integración de las perspectivas éticas en los modelos de servicio.

## **Discusión**

En este trabajo hemos presentado un modelo y una definición de ocio terapéutico que muestra un acercamiento basado en la ética aristotélica. El modelo destaca la importancia fundamental de la libertad y la respon-

sabilidad en el logro de la «vida buena», identifica las circunstancias humanas concretas que pueden ser objeto de la intervención y especifica los resultados deseados de los servicios de ocio terapéutico. Se necesitará mucho trabajo para operativizar los componentes del modelo. Preocupan especialmente los procedimientos de evaluación de la situación del cliente respecto a «las circunstancias humanas aptas para la intervención en ocio terapéutico» y los bienes primarios y secundarios. Además, el «conjunto de procedimientos» a que hacíamos referencia en nuestra definición de ocio terapéutico debe convertirse en protocolos de intervención estandarizados. La atención prestada a la ética ciertamente invita a un diálogo amplio sobre temas como el relativismo cultural y los modelos éticos alternativos y más contemporáneos. Se anima a este diálogo, pues es un paso esencial para definir, establecer y determinar el posible ámbito de aplicación del modelo.

Finalmente, es vital comentar el gasto de energías intelectuales y creativas en la formulación de prometedores modelos de servicio como los descritos en esta serie especial de la *Therapeutic Recreation Journal*. Se han hecho grandes esfuerzos en los últimos años en materia de acreditación profesional y similares. Por tanto, ahora es necesario que la profesión se centre en temas clave relativos a la ampliación del ámbito y calidad de los servicios de ocio terapéutico. Los modelos sólidos de ejercicio profesional ofrecen el fundamento para el desarrollo de protocolos estandarizados de herramientas de evaluación de alta calidad, la verificación de técnicas eficaces de intervención y el desarrollo de recursos efectivos para la educación, facilitación y ayuda. Dedicar una mayor atención y energía a estos aspectos contribuirá de forma notable a fortalecer los fundamentos del ejercicio del ocio terapéutico.

## Referencias

- ADLER, M. (1991). *Desires, right and wrong: The ethics of enough*. Nueva York: Macmillan.
- AMERICAN THERAPEUTIC RECREATION ASSOCIATION (1987). *Definition Statement*. Hattiesburg, MS: ATRA.
- ARISTÓTELES (1986). *Aristotle: Selected Works* (H. G. Apostle y L.P. Gerson, trads.) Grinell, IA: Perispatetic.
- ATRA y NTRS (1994). *Therapeutic recreation: Responding to the challenges of health care reform*. Arlington, VA: NTRS.
- AUSTIN, D. (1996). *Therapeutic recreation: Processes and techniques* (3.ª ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- BELLAH, R., MADSEN, R., SULLIVAN, M., SWIDLER, A. y TIPTON, S. (1986). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life*. Nueva York: Harper and Row.
- COMPTON, D. (1994). «Leisure and mental health: Context and issues». En D. COMPTON y S. ISO-AHOLA (eds.), *Leisure and Mental Health* (vol. 1, pp. 1-33). Park City, UT: Family Development Resources.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow: the psychology of optimal experience*. Nueva York: Harper & Row.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997). *Finding flow: the psychology of engagement with everyday life*. Nueva York: Basic Books.
- HUDSON, D. (1992). «Contemporary views of happiness». En J. VAN DOREN (ed.), *The Great Ideas Today* (pp. 171-216). Chicago: Encyclopedia Britannica.
- KRAUT, R. (1979). «Two conceptions of happiness». *Philosophical Review*, 87, 167-196.
- LAZARUS, A. (1973). «Multimodal behavior therapy: Treating the "BASIC ID"». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404-411.
- MUNSON, W. W. (1990). «Therapeutic recreation for handicapped youth offenders: A multimodal approach». En G.L. HITZUSEN y J.R. GIGSTAD (eds.), *Global therapeutic recreation: Selected papers from the 1st International Symposium on Therapeutic Recreation*. Columbia, MO: University of Missouri.
- NATIONAL THERAPEUTIC RECREATION ASSOCIATION (1994). *Vision Statement*. Alexandria, VA: National Recreation and Park Association.
- NATIONAL THERAPEUTIC RECREATION ASSOCIATION (1996). *Definition of therapeutic recreation*. *NTRS Report*, 21, 23.
- PAUL, E., MILLER, F. y PAUL, J. (1992). *The good life and the human good*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- PETERSON, C. y GUNN, S. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures* (2.<sup>a</sup> ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- SELIGMAN, M. (1990). *Learned optimism*. Nueva York: Knopf.
- STUMBO, N. y PETERSON, C. (1998). «The leisure ability model». *Therapeutic Recreation Journal* (en prensa).
- SYLVESTER, C. (1985). «Analysis of selected ethical issues in therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 19, 8-21.
- SYLVESTER, C. (1986). «Wonder, doubt, and thoughtfulness in therapeutic recreation: An invitation to philosophize». *Therapeutic Recreation Journal*, 20, 6-10.
- SYLVESTER, C. (1987). «The ethics of play, leisure, and recreation in the twentieth century, 1900-1983». *Leisure Sciences*, 9, 173-188.
- SYLVESTER, C. (1992). «Therapeutic recreation and the right to leisure». *Therapeutic Recreation Journal*, 26, 9-20.
- SYLVESTER, C. (1995). «Relevance and rationality in leisure studies: A plea for good reason». *Leisure Sciences*, 17, 125-131.
- WATERMAN, A. (1993). «Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment». *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- WHITE, S. (1992). *Sovereign virtue: Aristotle on the relation between happiness and prosperity*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- WIDMER, M. y ELLIS, G. (1997). «Facilitating the Aristotelian good life through therapeutic recreation: Challenges of building an ethical dimension in the therapeutic recreation service model». En D. COMPTON (ed.), *Issues in therapeutic recreation: Toward the new millennium* (2.<sup>a</sup> ed.). Champaign, Ill.: Sagamore.
- WIDMER, M., ELLIS, G. y TRUNNELL, E. (1996). «Measurement of ethical behavior in leisure among high and low risk adolescents». *Adolescence*, 31, 397-408.



## Capítulo 6

# Optimización de la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital: un modelo de ocio terapéutico de mejora de la salud

*Barbara Wilhite, M. Jean Keller y Linda Caldwell*

*Resumen: Se presenta el modelo de optimización de la salud a lo largo del ciclo vital mediante el ocio terapéutico en el marco del diálogo abierto sobre nuevos acercamientos para conceptualizar y prestar servicios de ocio terapéutico. Los especialistas de ocio terapéutico, utilizando la selección, la optimización, la compensación y la evaluación, trabajan con personas que tiene enfermedades, trastornos y/o discapacidades crónicas para alcanzar y mantener un estilo de vida de ocio que mejore su salud y bienestar a lo largo de todo el curso vital. Se presentan los puntos fuertes del modelo y algunas ideas para el desarrollo futuro del modelo.*

La prestación de servicios de ocio terapéutico se fundamenta en la premisa de que hay una necesidad de intervención con objeto de influir en el funcionamiento personal o de ocio de un individuo (Wilhite y Keller, 1992). Los pioneros del ocio terapéutico (Avedon, 1974; Frye y Peters, 1972; Gunn y Peterson, 1978) concibieron el objetivo o resultado esperado de la intervención en el marco de un continuo jerárquico en el que la satisfacción de necesidades de orden superior presuponía la satisfacción de necesidades de orden inferior. Las necesidades del individuo determinan el nivel de atención, el entorno en el que se lleva a cabo (desde un contexto muy restrictivo hasta el contexto menos restrictivo posible) y la variedad de componentes de servicios de ocio terapéutico (por ejemplo, evaluación, tratamiento/rehabilitación, educación y participación en ocio). Cada punto del continuo plantea diferentes resultados y

el cliente accede en el momento que se considera oportuno para su situación y necesidades.

Una de las primeras justificaciones de los servicios recreativos también reconocía la posible influencia del ocio terapéutico en la mejora de la salud y el bienestar durante todo el ciclo vital al enfatizar la mejora de la salud. Reynolds y O'Morrow (1985) afirmaban que la Asociación Americana de Medicina reconoció los servicios de ocio como un campo afín en 1961, en parte como resultado de la contribución del ocio a la prevención de la enfermedad y la discapacidad y la promoción de la salud de las personas con discapacidades físicas, psicológicas, mentales o sociales. Aunque Austin (Austin, 1997, 1998; Austin y Crawford, 1996) planteó la mejora de la salud, los conceptos de prevención y promoción de la salud no han sido, hasta el momento actual, centrales, pues se han preocupado más de reducir la discapacidad secundaria y los altos costes de salud (American Therapeutic Recreation Association/National Therapeutic Recreation Society, 1993; Coyle, Kinney, Riley y Shank, 1991; Shank, Coyle, Boyd y Kinney, 1996). Es posible que los servicios de ocio terapéutico sean idóneos para responder las necesidades de mejora de la salud. Sin embargo, carecemos de directrices para ampliar los servicios de ocio terapéutico más allá de la rehabilitación y atención sanitaria e incluir la educación preventiva y el mantenimiento de la salud (Coyle, Boyd, Kinney y Shank, 1998). Además, este planteamiento todavía no cuenta con apoyo empírico (Gerber, 1994/1995).

El objetivo de este artículo es plantear el debate sobre la incorporación de los conceptos de mejora de la salud a la práctica del ocio terapéutico y proponer un modelo de ocio terapéutico no lineal que se fundamenta en la perspectiva del ciclo vital combinando la idea de la mejora de la salud con el auto-cuidado. Este debate permitirá que los especialistas en ocio terapéutico analicen diferentes ideas teniendo en cuenta que el próximo siglo demandará nuevas maneras de abordar el ocio terapéutico. El trabajo se fundamenta en tres áreas amplias que se presentan en las siguientes secciones: la mejora de la salud, la reforma de sistema de salud y los servicios sociales y la perspectiva del ciclo vital.

## **Mejora de la salud**

La mejora de la salud implica diversas conductas que pueden ponerse en juego para prevenir los riesgos a la salud, mantener o promover la salud y facilitar la interdependencia funcional (Commission on Accreditation of Health Care Facilities, 1997; Ory, DeFries y Duncker, 1998; Organización de las Naciones Unidas, 1983). En muchas ocasiones, las

personas adoptan estas conductas con la ayuda de otros, sean estos profesionales, como el especialista en ocio terapéutico o no, como amigos o familiares. Esta idea implica intervenciones para la mejora de la salud a nivel individual y social. Los clientes, las redes de apoyo, los factores ambientales y el contexto situacional convergen para facilitar o impedir los esfuerzos de mejora de la salud (Stoller, 1998).

El documento programático, *Healthy People 2000* (Departamento de Salud y Servicios Sociales de E.E.U.U., 1990) ha contribuido a clarificar la idea de que los especialistas en ocio terapéutico deben adoptar una perspectiva de mejora de la salud. Este documento establecía que un objetivo clave de las organizaciones, tanto públicas como privadas, de la salud y de los profesionales era la prevención de la enfermedad, la educación para la salud y la promoción de la salud. Para facilitar el control personal en el logro de una calidad de vida saludable, *Healthy People 2000* proponía estrategias para que individuos, familias, comunidades y profesionales de la salud iniciaran acciones que «redujesen las muertes y enfermedades que pueden prevenirse, aumentasen la calidad de vida y redujeran substancialmente las grandes disparidades en el estado de salud de diversos grupos de población de nuestra sociedad» (Departamento de Salud y Servicios Sociales, 1990, p. 1).

Otra dimensión importante de la mejora de la salud es la prevención de las consecuencias secundarias de la discapacidad o el control de su avance. La gente que vive situaciones disfuncionales o discapacitantes tiene más necesidad de prevenir los estados secundarios concomitantes y de promover la salud óptima (Departamento de Salud y Servicios Sociales, 1990). Incluso si no se previene la enfermedad, trastorno y/o discapacidad, la promoción de la salud sigue siendo viable. Independientemente de la situación de la persona, la mejora casi siempre es factible, y la salud y el bienestar pueden convivir con la discapacidad (Coyle y cols., 1998; Rakowski, 1994).

Actualmente, muchos especialistas en ocio terapéutico están intentando incorporar el objetivo de la mejora de la salud, tal y como fue formulado en una declaración sobre el papel del ocio terapéutico ante la reforma sanitaria (American Therapeutic Recreation Association y National Therapeutic Recreation Society, 1993). Además, tal y como mencionan Coyle y cols. (1998), la Comisión para la Acreditación de Centros de Rehabilitación (1997) ha desarrollado una normativa para prevenir los riesgos para la salud, optimizar el funcionamiento del individuo y mejorar la salud. Los especialistas en ocio terapéutico tienen que participar en el desarrollo de modelos de investigación y ejercicio profesional fundamentados en los principios de la mejora de la salud (Coyle y cols., 1998).

## Reforma de los servicios sociales y sanitarios

Hoy en día, en los centros sanitarios, el tratamiento y la rehabilitación duran unos pocos días. Dada la reducción de la estancia hospitalaria, los especialistas en ocio terapéutico han cuestionado su capacidad de ofrecer, desde los modelos tradicionales, servicios globales, integrales y sistemáticos. La efectividad de los programas de ocio terapéutico, especialmente su efectividad a largo plazo, es de difícil evaluación en estas condiciones. Además, ayudar a los clientes, en su proceso de transición a la comunidad, a mantener tanto la salud actual como la salud y el bienestar a largo plazo es complicado. A no ser que se ampliara la media de estancia hospitalaria, lo que no parece probable, parece que los especialistas en ocio terapéutico deben replantearse su papel tradicional en los entornos de atención sanitaria, y pensar en la posibilidad de trabajar en el campo de la mejora de la salud en instituciones y servicios comunitarios.

Un objetivo importante de la mejora de la salud para el ocio terapéutico es la reducción de los recursos permanentes que necesitan las personas (Breske, 1995). Este objetivo es especialmente importante en el marco de la contención del gasto que un modelo de mejora de la salud, centrado en la prevención y promoción de la salud, debe tener en cuenta (Chapel y Stange, 1997; Rakowski, 1994). Por ejemplo, las elevadas tasas de recidivas son altamente costosas para los usuarios, las aseguradoras y el sistema sanitario. Si se ofrecieran programas de prevención y promoción de la salud tras el alta o durante la transición a la comunidad, podrían evitarse gastos mayores (Breske, 1995; Landrum, Schmidt y McLean, 1995). Además, la reestructuración de los servicios de salud en respuesta al nuevo modelo de gestión sanitaria (*managed care*) ha dado mayor importancia a la responsabilidad de los usuarios. Esta nueva situación ha ocurrido de forma paralela a la demanda de las personas con discapacidad de ser parte del proceso de toma de decisiones sobre los servicios sanitarios y sociales (Coyle y cols, 1998). El ocio terapéutico puede responder mejor a las necesidades individuales y a los cambios en los servicios sociales y de salud si centra su interés en la salud.

## La perspectiva del ciclo vital

Las enfermedades, trastornos y discapacidades y las decisiones que clientes y profesionales deben tomar respecto a ellas son procesos continuos. Las personas que las padecen continúan, a lo largo del curso vital,

desarrollándose y creciendo (Seltzer, Krauss y Janicki, 1994) y reinventándose a sí mismos en respuesta a las necesidades, recursos, estado de salud y entornos cambiantes. Durante este proceso, los clientes están «constantemente, construyendo, actualizando o reconstruyendo representaciones de entornos y sentimientos y generando y poniendo en marcha mecanismos de afrontamiento y evaluación o anticipación de resultados» (Leventhal, Leventhal y Schaefer, 1992, p. 115). Durante el ciclo vital las personas pueden ser conscientes de cambios en sus recursos, en ellos mismos o en sus entornos, y utilizar estrategias para conservar o utilizar los recursos disponibles ante estos cambios (Baltes y Baltes, 1990). El aprendizaje continuo y la adaptación mediante la optimización y la maximización de los recursos y aspectos positivos (e.g. físicos, mentales, sociales) es una realidad importante.

Al igual que los objetivos y las preocupaciones cambian a lo largo del ciclo vital, también lo hacen los contextos y fines del ocio (Kelly, 1996). La participación en ocio puede influir en la salud y el bienestar ayudando a facilitar las conductas de afrontamiento en respuestas a los cambios y transiciones que las personas experimentan durante el curso vital, incluyendo las producidas por la enfermedad, trastornos o discapacidad (Coleman e Iso-Ahola, 1993; Kleiber, 1985). Tal y como se sugiere en *Healthy People 2000*, cuando nos implicamos en estilos de vida de ocio saludables participamos activamente en nuestro propio bienestar (véase también Cadwell, Smith y Weissinger, 1992; Coleman e Iso-Ahola, 1993; Geba, 198; Ragheb, 1993). Durante el curso vital las personas establecemos, modificamos o abandonamos roles de ocio, descubriendo una simetría que continuará optimizando nuestro bienestar. En este sentido, el ocio terapéutico puede disfrutar de una posición única para ayudar a coordinar los cambios implicados en el logro de una salud óptima, interdependencia funcional y bienestar, aumentando así la calidad de vida (Coyle y cols., 1998).

En resumen, los cambios actuales en los servicios sociales y de salud hacen referencia a, (a) definiciones más amplias de salud que pasan de la preocupación por eliminar o controlar la enfermedad, a la preocupación por la prevención y la promoción de la salud, (b) la necesidad de otorgar a las personas el poder y control para asumir cierto grado de responsabilidad respecto a su propia salud, y (c) la necesidad de servicios flexibles y adecuados. Los servicios de ocio terapéutico pueden contribuir de forma significativa a la mejora de la salud si se basan en una perspectiva del ciclo vital que enfatiza el control personal respecto a los cambios asociados al envejecimiento y el afrontamiento de sucesos vitales estresantes como la enfermedad, los trastornos y la discapacidad.

## Optimización de la salud y el bienestar en el ciclo vital

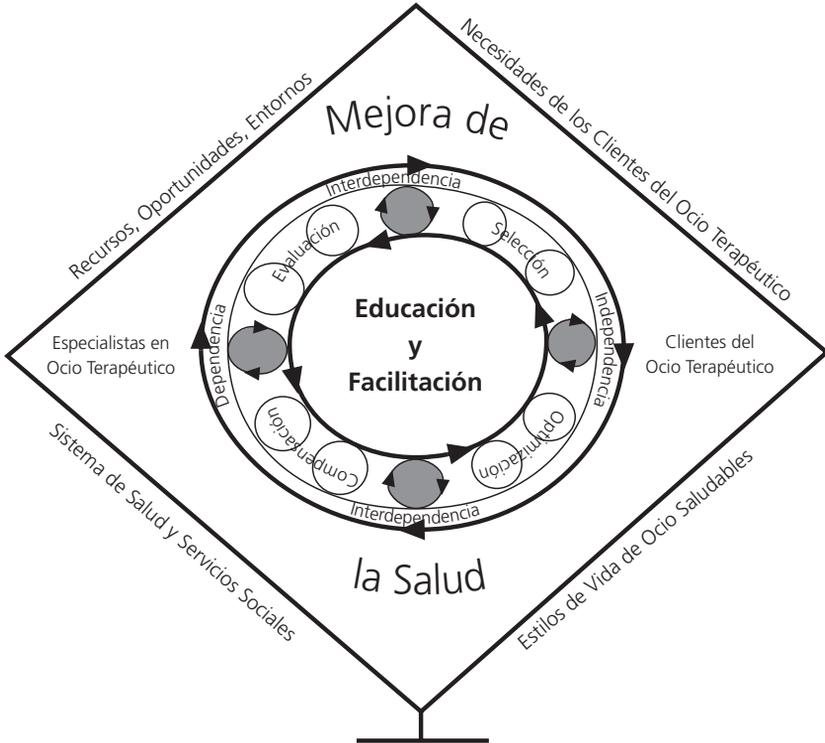
El modelo que se presenta en este trabajo es «El modelo de ocio terapéutico de optimización de la salud a lo largo del ciclo vital» (OT-OSCV, véase la figura 1). El modelo está basado en la teoría evolutiva de Baltes y Baltes (1990) sobre el envejecimiento y la adaptación (Baltes, 1980; Baltes y Baltes, 1987; 1990; Freund y Baltes, en prensa a; Freund y Baltes, en prensa b). Además, el modelo también incorpora otras aportaciones, incluyendo las de quienes han formulado modelos previos de ocio terapéutico (e.g. Atchley, 1989, 1993; Austin, 1998; Brill, 1990; Carter y cols., 1995; Howe-Murphy y Charboneau, 1987; Stumbo y Peterson, 1998).

Baltes y Baltes (1990) caracterizan su modelo teórico sobre el envejecimiento y la adaptación como «optimización selectiva con compensación». Aunque consideraban este principio como la estrategia ideal para el envejecimiento saludable, sugirieron que el proceso de optimización selectiva con compensación era un proceso continuo que se intensificaba al final de la vida. El modelo describe un proceso mediante el que las personas se convierten en agentes activos que aseguran y mantienen su bienestar a lo largo del tiempo, a la vez que maximizan sus capacidades individuales para crecer y para adaptarse creativamente. Un concepto clave en esta teoría es que las estrategias de mejora de la salud son puestas en marcha por los clientes y reflejan procesos autodeterminados de toma de decisiones (Baltes y Baltes, 1990; Royer, 1995).

El modelo OT-OSCV se apoya en tres principios básicos adaptados de Baltes y Baltes (1990). Primero, un estilo de vida de ocio saludable reduce la probabilidad de la patología o de las consecuencias secundarias de la discapacidad durante todo el ciclo vital. El objetivo final es facilitar la adopción de un estilo de vida de ocio saludable que prevenga o minimice el impacto de los estados discapacitantes o disfuncionales o los efectos secundarios para aquellas personas que ya tienen una enfermedad o trastorno crónico, a la vez que se promociona la salud óptima y el bienestar. El segundo principio del modelo es que se puede fortalecer la salud y el bienestar individualizando los recursos y las oportunidades. Puede hacerse mediante varias actividades educativas, motivadoras y de mejora de la salud. El tercer principio básico es que las personas deben prepararse para cambiar sus actividades de ocio o encontrar substitutos cuando sea necesario, cambiando ellos y sus entornos a medida que avanza el ciclo vital. Por tanto, un estilo de vida de ocio saludable incluye cierta flexibilidad que capacita a las personas para realizar continuas acomodaciones a los cambios internos y externos. Una tarea clave del ocio terapéutico es ayudar a facilitar estos ajustes al tiempo que se permite el máximo control y posibilidad de elección por parte del cliente y la preservación de su identidad (Baltes y Baltes, 1990).

**Figura 1**

El modelo de ocio terapéutico de optimización de la salud y bienestar durante el ciclo vital



### Elementos del modelo de OT-OSCV

Baltes (1980) y Baltes y Baltes (1987, 1990) describieron tres elementos interactivos en su modelo de desarrollo: la selección, la optimización y la compensación. Estos elementos han sido adaptados incluyendo en el modelo un cuarto elemento, la evaluación. Estos elementos son las actividades principales que llevan a cabo los clientes del ocio terapéutico, junto con los especialistas, utilizando un abordaje sistemático (i.e., diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) para individualizar los planes de tratamiento. Estas actividades pretenden lograr y man-

tener, durante el ciclo vital, estilos de vida de ocio que mejoren la salud y el bienestar.

La *selección* supone centrar los recursos en los ámbitos funcionales en los que las demandas ambientales están al nivel de las capacidades, destrezas y motivaciones del cliente y que proporcionan apoyo a los intentos de lograr, mantener o recuperar estilos de vida de ocio que optimizan la salud. La selección de determinadas actividades o áreas funcionales con los clientes facilita la motivación y satisfacción óptimas mediante el ejercicio de máximo control personal y capacidad de elección. Los especialistas pueden educar a las personas para que comprendan que pueden necesitar, de forma alternativa, restringir o ampliar sus actividades en función de los cambios en la salud o el entorno. La selección de actividades implica el establecimiento de objetivos. Es fundamental elegir objetivos viables en función del envejecimiento (Freund y Batles, en prensa b). El proceso de selección ayuda a orientar nuestra energía de tal forma que puede atenderse de forma eficaz a ciertas áreas o actividades. Sin embargo, esta selección dirigida, sin embargo, puede afectar a otras actividades valoradas por el sujeto. El papel del especialista en ocio terapéutico es ayudar a los clientes en este proceso de toma de decisiones.

Por ejemplo, piénsese en Jim, que se ha dedicado a correr para mantener su forma física, estar con amigos y reducir el estrés. Tras sufrir una lesión medular, un especialista en ocio terapéutico puede ayudarle a darse cuenta que desea continuar con esa actividad con las adaptaciones necesarias. Lograr este objetivo puede demandar mucho más tiempo y energía que antes de su lesión. Por tanto, Jim puede elegir abandonar o limitar su participación en otras actividades que valora (selección).

La *optimización* hace referencia a la participación activa y selectiva en actividades que maximizan los recursos personales y medioambientales al tiempo que facilitan que los clientes realicen sus actividades deseadas. En el ejemplo apuntado anteriormente, Jim necesitará conocer las técnicas de carreras en silla de ruedas, entrenarse adecuadamente y aprender sobre temas como la forma física, la nutrición equilibrada y el descanso y la recuperación. Mediante el uso de estrategias educativas, el especialista en ocio terapéutico puede ayudar a Jim a obtener la información y las destrezas necesarias para participar en carreras de silla de ruedas.

La *compensación* hace referencia a los esfuerzos compensatorios psicológicos, sociales y tecnológicos que se ponen en marcha cuando se han perdido ciertas habilidades conductuales o cuando están reducidas por debajo del nivel mínimo requerido para el funcionamiento en ocio. La compensación puede significar sustituir una actividad por otra o hacer adaptaciones de tal forma que se pueda llevar a cabo la actividad (por

ejemplo usar ayudas externas). Para poder seguir corriendo, Jim necesita compensar sus pérdidas funcionales. Trabajando con un especialista en ocio terapéutico, Jim necesita aceptar que no podrá seguir corriendo igual que antes de la lesión medular (Lee, Dattilo, Kleiber y Caldwell, 1996). Utilizará una silla de ruedas que se adapte a sus necesidades. Deberá aprender estrategias para reducir el futuro impacto de la pérdida funcional, como por ejemplo, el uso de vestimenta adecuada y otros accesorios, o mediante el aprendizaje de estrategias para evitar o tratar lesiones. También puede ser que necesite ayuda en el transporte u otros apoyos. Combinando los elementos interactivos de la selección, la optimización y la compensación, Jim será capaz de participar en una actividad que supone un nivel de participación satisfactorio y que promueve la salud y el bienestar.

La *evaluación* aborda los aspectos referidos a los inputs (costes) y outputs (resultados) del proceso. Los clientes aprenden y ponen en marcha destrezas de toma de decisiones centradas en la optimización de la salud y buscan información para hacer juicios adecuados. El bienestar y significado personal se evalúan a la luz de los cambios y transiciones y sus consecuencias. Con un especialista en ocio terapéutico, los clientes pueden aprender a decidir si continuar con una determinada actividad es deseable. En el ejemplo de Jim, puede decidir, en un momento dado, que los esfuerzos que implica continuar corriendo superan los beneficios. En este momento se necesita un nuevo análisis de la selección, la optimización y la compensación para poder recrear un estilo de vida de ocio saludable. Puede elegir limitar su participación al tiempo que amplía su participación en otras actividades físicas. El especialista puede ayudar a Jim a que conozca actividades y recursos de ocio alternativos. Puede elegir dedicarse a nadar para fomentar la forma física y la interacción social.

## **Objeto de la intervención en ocio terapéutico**

El papel de un servicio de ocio terapéutico basado en el modelo OT-OSCV se fundamenta en una perspectiva educativa y facilitadora (véase figura 1). La perspectiva educativa de la intervención se dirige a las oportunidades de adquirir una conciencia, conocimiento y comprensión de las diferentes opciones de ocio para minimizar los riesgos para la salud y promoverla. La perspectiva facilitadora se dirige a ofrecer oportunidades para que los clientes apliquen el aprendizaje, para que se dé la experiencia de ocio, y a ejercer tareas de reivindicación y defensa de los clientes. Estas dos perspectivas están a su vez relacionadas con una serie de metas relativas a la mejora de la salud, entre las que están la preven-

ción, la promoción de la salud, la habilitación, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Los clientes se implican en los cuatro elementos de selección, optimización, compensación y evaluación. Tienen en cuenta y actúan en base a los cambios derivados de la interacción de estos elementos con (a) sus necesidades cambiantes; (b) los recursos, oportunidades y entornos disponibles para responder a las necesidades vitales; (c) el objetivo del logro o mantenimiento de un estilo de vida de ocio saludable; y (d) el entorno en el que interactúan con otros para alcanzar sus metas. Los elementos no se diferencian con claridad y puede darse cierto solapamiento.

El OT-OSCV reconoce que un funcionamiento independiente en ocio (es decir, con un mínimo apoyo por parte de profesionales, familiares o amigos) no es siempre posible o deseable. Por tanto, en el proceso de selección, optimización, compensación y evaluación, las personas aprenden que (a) un ocio interdependiente (es decir con un apoyo adecuado por parte de profesionales, familiares o amigos) puede ser lo ideal y (b) que la interacción cooperativa con otros, desde la autodeterminación, permite alcanzar los objetivos. Esta perspectiva permite que personas con diferentes habilidades mantengan el máximo nivel de control personal y tomen decisiones de forma activa durante toda su vida.

En este modelo, la capacidad de reinventarse a uno mismo, como esencia de un estilo de vida de ocio saludable e interdependiente, es de máxima importancia (Brill, 1990). Las personas no logran un estilo de vida de ocio saludable cambiando de un estado de dependencia a uno de independencia y permaneciendo así (concepto lineal presente en algunos modelos basados en la idea del continuo). Los especialistas ayudan al cliente a lograr un equilibrio entre la dependencia (con apoyo máximo) y la independencia, mediante la selección, la optimización, la compensación y la evaluación de las oportunidades de ocio durante el curso vital. Las personas que logran la interdependencia alcanzan la autodeterminación, asumiendo la responsabilidad de su propia conducta al tiempo que eligen en base a las capacidades y necesidades propias y ajenas. La interdependencia permite desarrollar relaciones que conllevan apoyo mutuo y que pueden durar toda la vida (Gilligan, 1982).

La noción de interdependencia o balance aparece en la figura 1 representando los elementos del modelo como si fueran rodamientos. Los rodamientos (en este caso selección, optimización, compensación y evaluación, o las acciones que lleva a cabo el cliente) giran como las agujas del reloj lo que permite que el mecanismo exterior (en este caso el círculo externo de la figura que representa el logro de la interdependencia) gire también como un reloj. La parte interna del mecanismo (el círculo interior que representa la educación y facilitación o las acciones del especia-

lista) gira en la dirección opuesta mostrando la creación y mantenimiento de un balance o interdependencia en el trabajo conjunto entre cliente y especialista.

Las personas, durante el ciclo vital, varían su capacidad de interdependencia lo que suponen adaptarse a las necesidades. Las personas deben moverse entre la dependencia a la independencia para mantener una salud y bienestar óptimos. Si el objetivo de la intervención, dirigida por el modelo, resulta desequilibrado, puede darse la dependencia o independencia y el «diamante» puede girar hacia la parte izquierda del círculo exterior (mayor dependencia) o hacia la parte derecha (mayor independencia). El exceso de ambos tiende a ser negativo (Brill, 1990).

### **Visión sistémica del modelo OT-OSCV**

La teoría de sistemas ofrece un marco para comprender el proceso tradicional del ocio terapéutico (i.e., diagnóstico, planificación, implementación y evaluación) y para valorar los elementos de selección, optimización, compensación y evaluación. Como muestra la figura 2 (adaptada de Wilhite y Keller, 1992), las fases de diagnóstico y planificación del proceso de ocio terapéutico, son aspectos del elemento de selección, en el que se introduce información en el sistema, se establecen los objetivos y se seleccionan las actividades y los ámbitos funcionales. Durante la optimización, los especialistas y clientes del ocio terapéutico implementan el programa individualizado implicándose en las actividades seleccionadas. La implementación avanza a medida que se analizan las estrategias compensatorias que pueden adoptarse para permitir que continúe la participación en las actividades de ocio elegidas. La evaluación de las consecuencias de la participación produce información que vuelve a todos los elementos del sistema y que puede producir modificaciones.

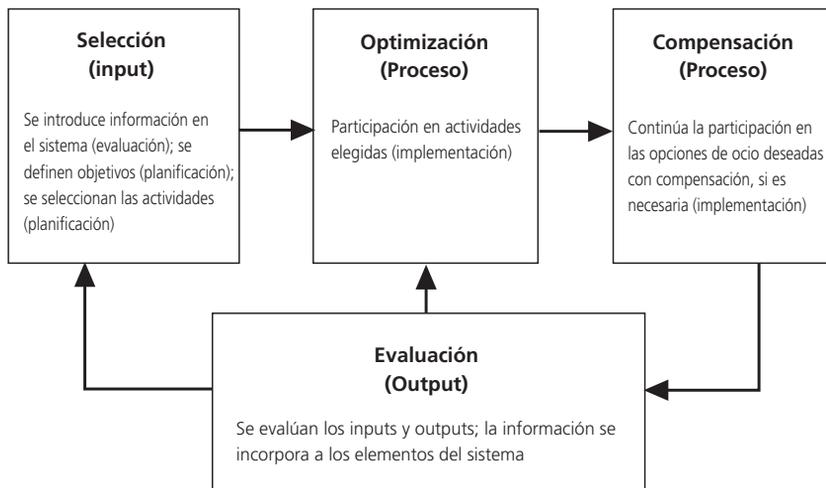
### **Fortalezas del modelo**

En resumen, el modelo OT-OSCV destaca la interrelación entre todas las dimensiones del cliente (i.e. mental, física, social, psicológica, cultural, espiritual) y la interdependencia entre clientes, las otras personas y sus entornos. Esta perspectiva de la prestación de servicios de ocio terapéutico supone un alejamiento de los modelos médicos tradicionales y facilita considerar las diferentes necesidades personales, sociales y culturales, comprender el valor de los entornos óptimos y que suministran apoyo, y favorecer cambios en las aspiraciones y objetivos vitales duran-

te todo el ciclo vital. La importancia de los aspectos educativos y facilitadores de la intervención son importantes pues inciden en la responsabilidad y poder de individuo en su salud y bienestar.

**Figura 2**

Visión sistémica del modelo OT-OSCV



En el marco de esta perspectiva holística y evolutiva de la salud, la principal preocupación del especialista en ocio terapéutico es ofrecer oportunidades educativas y diseñar y/o facilitar apoyos y experiencias que promuevan estilos de vida de ocio saludables durante toda la vida, no sólo en un momento concreto o en una intervención concreta. La educación y facilitación pueden lograrse de tal forma que resulte consistente con los objetivos relacionados con la mejora de las habilidades funcionales o la prevención de futuros déficits en el bienestar físico, psicológico o social. Por tanto, al participar en un programa de ocio terapéutico los clientes aprenden destrezas y procesos de toma de decisiones (seleccionar, optimizar, compensar y evaluar) que pueden aplicarse en muchas situaciones, en distintas circunstancias, durante el curso vital.

El aspecto de mejora de la salud del modelo es beneficioso para diferentes potenciales clientes de los servicios de ocio terapéutico. Por ejemplo, se puede trabajar desde los servicios de ocio terapéutico para preve-

nir el abuso de drogas y alcohol, los trastornos de alimentación, la violencia y los problemas de salud mental en personas en situación de riesgo. Además, este modelo también tiene en cuenta las necesidades de aquellos que «no mejorarán» o recuperarán una vida «productiva» (por ejemplo, aquellos con demencia, enfermedades terminales, discapacidades progresivas, trastornos mentales crónicos y severos). Como se ha mostrado en el ejemplo de Jim, las personas con discapacidad física, como la lesión medular, puede sufrir una discapacidad durante toda su vida. Parece que las quejas habituales relativas a la fatiga, dolor, cambios funcionales, infecciones de tracto urinario y la piel que aparecen más fácilmente que en el pasado, están relacionadas con el curso de la discapacidad (Trieschmann, 1987). Conforme experimentan estas «pérdidas», se pueden reorientar sus objetivos y estrategias para lograrlos, mediante los elementos de la selección, optimización, compensación y evaluación. Por tanto, se facilita el proceso de implicación en un estilo de vida de ocio saludable que sea activo y selectivo.

Para que las personas disfruten de los beneficios de un estilo de vida de ocio saludable se necesita cierto nivel de implicación activa. Por tanto, el interés por mantener la participación en el ocio y las actividades recreativas durante toda la vida es un aspecto importante del modelo. Los programas y servicios de ocio terapéutico pueden dirigirse a potenciar determinadas destrezas funcionales, a enseñar estrategias para conservar la energía, reducir factores de riesgo para la salud, prevenir problemas secundarios y reducir o eliminar estresores vitales negativos. Por tanto, las intervenciones en ocio terapéutico pueden, desde este interés en la mejora de la salud, potenciar que los clientes asuman una mayor responsabilidad, ejerzan un mayor control y mantengan su interdependencia durante la vida. El aumento de control parece tener efectos claramente positivos en la salud y el bienestar a lo largo de todo el curso vital (Rodin, 1986a, 1986b).

## **Desarrollo del modelo**

En esta presentación, los conceptos de ocio, calidad de vida, salud, bienestar, prevención, promoción de la salud e interdependencia no se han definido con precisión. Es necesario continuar estudiando y analizando estos y otros conceptos para comprender mejor las experiencias y creencias de los clientes y especialistas en ocio terapéutico y para operativizar el modelo. Además, debe trabajarse para incorporar los sistemas de gestión que plantean los servicios sociales y de salud, que exigen que los resultados tengan valor económico y no económico.

En este modelo, igual que en la mayoría de los modelos de ocio terapéutico existentes, es necesario trabajar para formular de forma satisfactoria los fracasos de clientes y especialistas en el logro de la salud y bienestar. Aunque este acercamiento está basado en una ética que confiere poder y control al cliente, ¿qué sucede cuando éste no puede o no quiere asumir su propia salud y aceptar su responsabilidad personal para lograrla o mantenerla a lo largo de la vida?, ¿qué sucede cuando los especialistas en ocio terapéutico no asumen plenamente su responsabilidad como agentes de cambio, tanto a nivel individual como a nivel social o ambiental?

Este modelo se presenta como parte del diálogo abierto sobre la conceptualización y provisión de servicios de ocio terapéutico en el inicio del siglo XXI. Es absurdo adoptar un modelo sin analizar detenidamente los demás, estudiarlos y probarlos. También es posible que un único modelo no sea suficiente para dar respuesta a la diversidad de clientes e intervenciones del ocio terapéutico. Creemos que el modelo contribuye a este diálogo abierto.

## Referencias

- ATCHLEY, R. (1989). «A continuity theory of normal aging». *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- ATCHLEY, R. (1993). «Continuity theory and the evolution of activity in later adulthood». En J. Kelly (ed.), *Activity and aging: Staying involved in later life* (pp. 5-16). Newbury Park, CA: Sage.
- American Therapeutic Recreation Association y National Therapeutic Recreation Society. (1993). *Therapeutic recreation: Responding to the challenges of health care reform*. Hattiesburg, MS: American Therapeutic Recreation Association y Arlington, VA: National Therapeutic Recreation Society.
- AUSTIN, D. R. (1997). *Therapeutic recreation: Process and techniques* (3.ª ed.). Champaign, IL: Sagamore.
- AUSTIN, D. R. (1998). «The health protection/health promotion model». *Therapeutic Recreation Journal*, 32, 109-117.
- AUSTIN, D. R. Y CRAWFORD, M. E. (eds.) (1996). *Therapeutic recreation: An introduction* (2ª ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- AVEDON, E. M. (1974). *Therapeutic recreation service: An applied behavioral science approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BALL, E. L. (1970). «The meaning of therapeutic recreation». *Therapeutic Recreation Journal*, 4, 17-18.
- BALTES, P. B. (1987). «Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline». *Developmental Psychology*, 23, 611-626.

- BALTES, P. B. Y BALTES, M. M. (1980). «Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues». En G. E. Gurski (ed.), *Determining the effects of aging on the central nervous system* (pp. 41-66). Berlin: Schering.
- BALTES, P. B. Y BALTES, M. M. (1990). «Selective optimization with compensation». In P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.) *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Nueva York: Cambridge University Press.
- BRESKE, S. (1995). «In come outcomes: Strategies to help you in the climb to stay on top». *Advance for Directors in Rehabilitation*, 4(4), 14-18.
- BRILL, N. (1990). *Working with people: The helping process* (4ª ed.). White Plains, NY: Longman.
- CALDWELL, L. L., SMITH, E. A. Y WEISSINGER, E. (1992). «The relationship of leisure activities and perceived health of college students». *Society and Leisure*, 15, 545-556.
- CARTER, M. J., VAN ANDEL, G. E. Y ROBB, G. M. (1995). *Therapeutic recreation: A practical approach*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- CHAPEL, T. J. Y STANGE, P. V. (1997). «Is altruism killing prevention? When health systems take on the role of public health provider». *Healthcare Form Journal*, 40(5), 46-50.
- Coleman, D. e Iso-Ahola, S. (1993). «Leisure and health: The role of social support and self-determination». *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
- Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. (1997). *Standards manual and interpretative guidelines for medical rehabilitation*. Tucson, AZ: Autor.
- COYLE, C., BOYD, R., KINNEY, W. Y SHANK, J. (1998). «The changing nature of the therapeutic recreation: Maintaining consistency in the face of change». *Parks & Recreation*, 33(5), 57-63.
- COYLE, C. P., KINNEY, W. B., RILEY, B. Y SHANK, J. W. (1991). *Benefits of therapeutic recreation: A consensus view*. State College, PA: Venture.
- FREUND, A. M. Y BALTES, P. B. (en prensa a). «Selection, optimization, and compensation as strategies of life-management: Correlations with subjective indicators of successful aging». *Psychology and Aging*.
- FREUND, A. M. Y BALTES, P. B. (en prensa b). «The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation». En W. J. Perrig y A. Grob (eds.), *Control of human behavior, mental processes, and consciousness*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- FRYE, V. Y PETERS, M. (1972). *Therapeutic recreation: Its theory, philosophy, and practice*. Harrisburg, PA: Stackpole Books.
- GEBB, H. B. (1985). *Being at leisure playing at life: A guide to health and joyful living*. La Mesa, CA: Leisure Science Systems International.
- GERBER, L. (1994/1995). «Keynote address for the first annual ATRA research institute». *Annual in Therapeutic Recreation*, 5, 1-4.
- GILLIGAN, C. (1982). *In a different voice*. Boston: Harvard University Press.
- GUNN, S. L. Y PETERSON, C. A. (1978). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- HOWE-MURPHY, R. Y CHARBONEAU, B. G. (1987). *Therapeutic recreation intervention: An ecological perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- KELLY, J. R. (1996). *Leisure* (3.ª ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- KLEIBER, D. A. (1985). «Motivational reorientation in adulthood and the resource of leisure». *Advances in Motivation and Achievement*, 4, 217-250.
- LANDRUM, P. K., SCHMIDT, N. D. Y MC LEAN, A. (1995). *Outcome-oriented rehabilitation: principles, strategies, and tools for effective program management*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- LEE Y., DATILLO, J., KLEIBER, D. A. Y CALDWELL, L. (1996). «Exploring the meaning of continuity of recreation activity in the early stages of adjustment for people with spinal cord injury». *Leisure Sciences*, 18, 209-225.
- LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E. Y SCHAEFER, P. (1992). «Vigilant coping and health behavior». En M. Ory, R. Abeles y P. Lipman (eds.), *Health, behavior and aging* (pp. 109-140). Newbury Park, CA: Sage.
- O'MORROW, G. S. Y REYNOLDS, R. P. (1989). *Therapeutic recreation: A helping profession* (3.ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ORY, M. G., DEFRIESE, G. H. Y DUNCKER. (1998). «Introduction: The nature, extent, and modifiability of self-care behaviors in later life». En M. G. Ory y G. H. DeFrieze (eds.), *Self-care in later life: Research, program, and policy issues* (pp. xv-xxvi). New York: Springer.
- PETERSON, C. A. y GUNN, S. L. (1984). *Therapeutic recreation program design: Principles and procedures* (2.ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- RAGHEB, M. (1993). «Leisure and perceived wellness: A field investigation». *Leisure Sciences*, 15, 13-24.
- RAKOWSKI, W. (1994). «The definition and measurement of prevention, preventive healthcare, and health promotion». *Generations*, 18, 18-23.
- REYNOLDS, R. P. Y O'MORROW, G. S. (1985). *Problems, issues, and concepts in therapeutic recreation*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- RODIN, J. (1986a). «Health, control, and aging». En M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *Aging and the psychology of control* (pp. 139-165). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- RODIN, J. (1986b). «Personal control throughout the life course». En R. Abeles (ed.), *Implications of the life span perspective for social psychology* (103-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ROYER, A. (1995). Living with chronic illness. *Research in the Sociology of Health Care*, 12, 25-48.
- SELTZER, M. M., KRAUSS, M. W. Y JANICKI, M. P. (eds.) (1994). *Life course perspectives on adulthood and old age*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- SHANK, J. W., COYLE, C. P., BOYD, R. Y KINNEY, W. B. (1996). «A classification scheme for therapeutic recreation research grounded in the rehabilitative sciences». *Therapeutic Recreation Journal*, 30, 179 -196.
- STOLLER, E. P. (1998). «Dynamics and processes of self-care in old age». En M. G. Ory y G. H. DeFrieze (eds.), *Self-care in later life: Research, program, and policy issues* (pp. 24-61). New York: Springer.
- STUMBO, N. J. Y PETERSON, C. A. (1998). «The leisurability model». *Therapeutic Recreation Journal*. 32, 82-108.
- TRIESCHMANN, R. B. (1987). *Aging with a disability*. New York: Demos.

- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. (1990). *Healthy people: National health promotion and disease prevention objectives*. DHHS Publication No., (PHS) 91-50213.
- World Health Organization. (1983, 21-25 de Noviembre). *Health education in self-care: Possibilities and limitations*. Informe de consultoría científica. Geneva, Suiza.
- WILHITE, B. C. Y KELLER, M. J. (1992). *Cases and exercises in therapeutic recreation*. State College, PA: Venture.

# Documentos de Estudios de Ocio

Esta obra, traducida y editada por Susana Gorbeña Etxebarria, presenta seis modelos de intervención en ocio terapéutico, disciplina de amplia implantación en la cultura anglosajona y de reciente interés en nuestro contexto. Los modelos representan el esfuerzo de los autores más destacados en la materia por clarificar el marco conceptual, las herramientas, los ámbitos profesionales, las poblaciones y los objetivos de esta modalidad de intervención profesional.



Universidad de  
Deusto

Deustuko  
Unibertsitatea

