



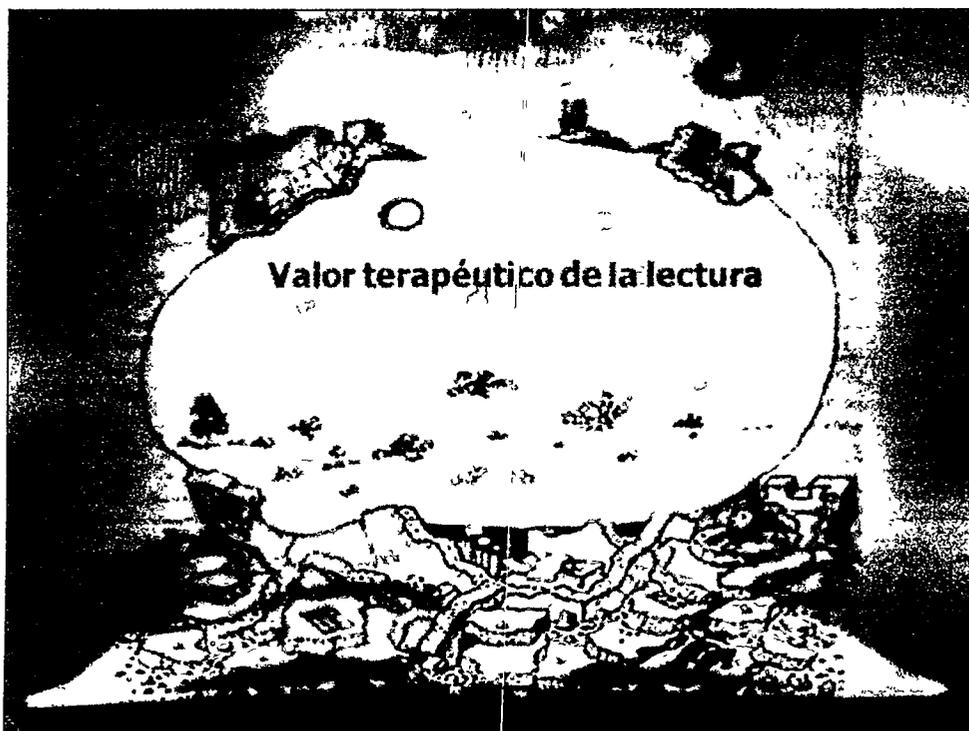
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES**

Departamento de Documentación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA LICAD

**TESINA PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
BIBLIOTECOLOGÍA Y DOCUMENTACIÓN**

Valor terapéutico de la Biblioterapia en la rehabilitación integral del paciente post injuria cerebral. El rol del profesional de la información. Estudio de caso en la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo" Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" Santa Rosa La pampa – República Argentina.



TESISTA
Alicia Susana Solodujin
DNI: 12608487 E-MAIL: bibliomolas@gmail.com
TUTOR
Mg. María Graciela Chueque

Santa Rosa, La Pampa Agosto de 2014

Servicio de Información Documental
Dra. Liliana B. De Boschi
Facultad de Humanidades
U.N.M.D.P.

INDICE

Dedicatoria	7
Agradecimientos	7
1. Fundamentación del tema	8
1.1. Resumen	10
1.2. Palabras Clave	11
1.3. Identificación	12
<u>CAPITULO I</u> MARCO DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN	
2. Introducción	14
2.1. Análisis de Situación	16
2.1.1 Biblioterapia	16
2.1.1.1 En Inglaterra	16
2.1.1.2 En los Estados Unidos	18
2.1.1.3 En España	19
2.1.1.4 Antecedentes en el Uruguay	20
2.1.1.5 Las bibliotecas hospitalarias en el Perú	20
2.1.1.6 En Venezuela	21
2.1.1.7 En Cuba	22
2.1.1.8 En Brasil	23
2.1.1.9 En Chile	23
2.1.1.10 En la Argentina	24
2.2. Planteo del Problema	27
3. Objetivos	27
3.1. Objetivos Generales	27
3.2. Objetivos particulares	27
3.3. Hipótesis de trabajo	28
3.4. Hipótesis auxiliares	28
<u>CAPITULO II</u> MARCO DESCRIPTIVO DE LA TESINA	
4. Marco teórico	29
4.1. Mapa Conceptual	29
4.2. Biblioteca de Hospital	29
4.2.1. Marco histórico	30
4.2.2. Recomendaciones de IFLA para Bibliotecas para Pacientes	33
4.2.3. Parámetros de estas pautas	34
4.2.4. Objetivos	35
4.2.5. Biblioteca para Pacientes	35

4.2.6. Misión	35
4.2.7. Objetivos	35
4.2.8. Recomendaciones Generales	36
4.2.9. Usuarios	36
4.2.10. Instalaciones	38
4.2.11. Equipamiento	45
4.2.12. Personal	46
4.2.13. Presupuesto	50
4.2.14. Colecciones	51
4.2.15. Programas y servicios	55
4.2.16. Consideraciones especiales para personas mayores y discapacitados	58
EL CEREBRO HUMANO	
4.3. El cerebro humano	64
4.3.1. El paciente con daño cerebral adquirido	64
4.3.2. Estimulación cognitiva: funciones	65
4.4. Traumatismo de cráneo	66
4.4.1. Traumatismo de Cráneo: Concepto	66
4.4.2. Problemas conductuales y emocionales	67
4.4.3. Traumatismo encefalocraneano	68
4.4.4. Disfunciones neurológicas post traumáticas	70
4.5. Fundación INECO	71
4.5.1. Unidad de Traumatismo de Cráneo de INECO	73
4.6. Evaluación Neuroconductual o Neuropsiquiátrica	74
4.6.1. Los cuadros más frecuentes	74
4.6.2. Evaluación de Funciones Cognitivas y Lenguaje	74
4.6.3. Evaluación de Terapia Ocupacional	74
REHABILITACION INTEGRAL	
4.7. Abordaje terapéutico	75
4.7.1. Rehabilitación cognitiva- conductual del traumatismo de Cráneo	75
4.7.2. Aspectos de la atención: Definición, clasificación	77
4.7.3. Estimulación Cognitiva y Rehabilitación neuropsicológica de la atención	78

4.7.4. Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en Caso de Patología Cerebral	79
4.7.5. Clínica de Afasias	79

TERAPIAS BASADAS EN ARTE

4.8. Arteterapia	80
4.8.1. Concepto	80
4.8.2. Antecedentes Históricos	81
4.8.3. Objetivos del Arteterapia	83
4.8.4. Musicoterapia	85
4.8.4.1. Concepto	85
4.8.4.2. Antecedentes Históricos	87
4.8.4.3. Objetivos de la Musicoterapia	88
4.8.4.4. Musicoterapia para pacientes con ACV	90
4.8.5. Danzaterapia	91
4.8.5.1. Concepto	91
4.8.5.2. Antecedentes Históricos	91
4.8.5.3. Objetivos de la Danzaterapia	92
4.8.6. Arteterapia Plástica: Arte Francés	93
4.8.6.1. Concepto	93
4.8.6.2. Antecedentes Históricos	94
4.8.6.3. Objetivos de las Artes Plásticas	94
4.8.7. Biblioterapia	95
4.8.7.1. Conceptos y Objetivos: Antecedentes Filosóficos	95
4.8.7.2. Breve Historia de la Biblioterapia	102
4.8.7.3. Objetivos y funciones	104
4.8.7.4. El aspecto pedagógico	104
4.8.7.5. División de la Biblioterapia	105
4.8.7.6. Papel terapéutico de la Biblioterapia	105
4.8.7.7. La mirada psicoanalítica según Cristina Deberti Martins	107
4.8.7.8. La Función Transformadora de la Lectura	108
4.8.7.9. Método Biblioterapéutico	110
4.8.7.10. Componentes Biblioterapéuticos	111
4.8.7.11. Aplicaciones de la Biblioterapia	112

4.9.	Experiencia en la Argentina	115
4.9.1.	Instituciones Públicas en nuestro país que llevan a la práctica la Rehabilitación Integral del paciente post Injuria Cerebral Adquirida	115
4.9.2.	INECO Instituto de Neurología cognitiva: Departamento de Terapias Basadas en las Artes	116
4.10.	Ley de creación del "Servicio de Rehabilitación Integral	117
4.11.	Estudio de caso	119
4.11.1.	Investigación Acción Participativa (IAP)	120
4.11.2.	Fases e instrumentación del proceso de la Investigación- Acción- Participativa	131
4.11.3.	El trabajo en equipo	132
4.11.4.	El concepto de grupo (grupo centrado en la tarea)	133
4.12.	Evaluación: Pruebas para valorar la atención: Sostenida, dividida y selectiva	135
4.12.1.	El <i>Trail Making Test</i> Parte "A"	137
4.12.2.	Caras	138
4.12.3.	Dígitos Directos	140
<u>CAPITULO III</u>		
5.	Investigación Aplicada	144
5.1.	Tipo de Estudio	144
5.2.	Unidad de Análisis	144
5.2.1.	Breve reseña histórica del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas"	144
5.3.	Población	150
5.4.	Muestra	150
5.5.	Métodos de recolección de información	150
5.5.1.	Análisis de los resultados de los tests	152
5.5.1.1.	Resumen de los resultados de los tests	157
5.5.2.	Encuesta a los Pacientes	158
5.5.2.1.	Resumen de los resultados de las Encuestas	168
5.5.3.	Entrevistas personales a profesionales	169
5.5.3.1.	Resumen de los resultados de las Entrevistas	171
6.	Observaciones	172
7.	Planificación del Taller de Biblioterapia	173
7.1.	Objetivos del taller	174

7.2.	Formación del equipo de trabajo	174
7.3.	Conformación de grupos	175
7.4.	Selección de textos	175
7.5.	Sesiones	175
7.6.	Evaluación	175
8.	Conclusiones	176
9.	Recomendaciones	177
10.	Modelo de planificación de talleres	178
11.	Bibliografía	180

ANEXOS

12. Anexo I: Ley 2784 de creación del “Servicio de Rehabilitación Integral”191

13. Anexo II: Bibliografía Utilizada en el transcurso del taller de Biblioterapia

13.1.	ROLDÁN, Gustavo. Sapo en Buenos Aires	196
13.2.	FONTANARROSA, Roberto. Viejo con árbol	198
13.3.	PATZAE, Pedro. Aguafuertes provincianas: Tierra Nuestra	202
13.4.	GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel. Ladrón de sábado	204
13.5.	Reflexiones - El Rey sin Dientes	206
13.6.	LIMA QUINTANA, Hamlet. Gente necesaria	208
13.7.	LIMA QUINTANA, Hamlet. La Breve Palabra	210
13.8.	ANDERSEN, Hans Christian. El patito feo	211
13.9.	BUCAY, Jorge. Recuentos para Demián.	213
	Las ranitas en la crema	
13.10.	BUCAY, Jorge. Hay que buscar un amante!	215
13.11.	Autor anónimo. La liebre y el tigre	217
13.12.	Autor anónimo. El billete de cien pesos	219
13.13.	VARGAS LLOSA, Mario. Día domingo	220
13.14.	BUCAY, Jorge. Recuentos para Demián	
	El elefante encadenado.	236
14.	Anexo III Encuesta a los pacientes	238
15.	Glosario	239

"El mayor error que los médicos cometen es intentar la curación del cuerpo sin intentar la curación del alma; sin embargo, alma y cuerpo son uno y no deberían ser tratados separadamente".

Platón¹

Esta Tesis está dedicada a mi mamá, Florita, que tanto desea ver culminada esta etapa de mi vida.

Y muy especialmente a Hernán, mi primer experiencia en el camino de la Biblioterapia, que en el año 2007, con sus apenas cuatro años, oyendo su querido Pinocho, comenzó a hablar...

Agradezco a mi compañero de vida Víctor y a mis hijos, Pablo, Martín, Rodrigo, Fernando y su flamante señora Agustina por la ayuda que cada uno supo darme en el momento preciso.

A las Doctoras Laura Vigliotta y Susana Pérez. A las Licenciadas Nancy Barreiro y Stella Maris Carreras, por haber hecho de este taller un espacio tan ameno.

A Patricia, María Cristina, Cristian, Néstor, Juan, Pedro, Karen, Miriam, Valeria y muy especialmente a Franco por haberme permitido asomarme a sus vidas para que busquemos juntos nuevos horizontes...

¹ Frases Célebres de filósofos importantes. En: media.wix.com/.../4d6938_195a37509409b5609d38b7c3dfc36b5f.pptx...

1. Fundamentación del tema

La relación que establece el paciente con la lectura, es compleja y constituye una experiencia única que brinda apoyo, entretenimiento, información y enriquecimiento espiritual. Estos factores pueden fomentar la rehabilitación de las personas enfermas.

La situación de enfermedad en una persona, ya sea física, psíquica, cognitiva, produce sobre el individuo una vulnerabilidad que no es otra cosa que la minusvalía o discapacidad para desarrollar normalmente su vida. El contexto emocional en el cual se encuentra dicha persona enferma es por lo demás y anteriormente expuesto, desfavorable con tendencia a la subestimación personal, al aislamiento y a la exclusión social.

Sus valores o bagaje cultural previo, incluso muchas veces su capacidad intelectual suelen estar intactas, pero la situación de enfermedad hace que dichas cualidades estén desestimadas por él mismo y por su entorno familiar y social. La productividad laboral está totalmente afectada o nula lo que genera mayor descenso de la autoestima personal, excesivas horas de ocio y dependencia de su familia perdiendo autonomía personal, uno de los valores más preciados del ser humano.

La lectura, leída, oída y/o a través de las diversas formas alternativas de acceso al texto, por ejemplo Sistema Braille, tiene un importante valor terapéutico: fomenta la imaginación, contribuye a la creatividad, mejora el estado anímico, fortalece las capacidades cognitivas (sobre todo la atención y la memoria) cualifica y dignifica el tiempo de ocio. En este contexto, considerando el valor terapéutico antes descrito, se vislumbra a la Lectura Terapéutica, como un recurso útil que puede ser utilizado en las más diversas situaciones cuyas características requieran de un servicio sencillo, económico y rápido en cuanto a sus condiciones de implementación.

El Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente, aprobado por unanimidad por el Poder Legislativo de la Provincia de La Pampa por Ley Provincial 2784 el 11 de Julio de 2014 (Ley pionera en nuestro país), contempla estos aspectos en la rehabilitación del paciente, utilizando entre otras, las terapias basadas en arte para la rehabilitación neurológica del paciente, donde la Biblioterapia podrá desarrollarse en forma integrada a las mencionadas terapias.

El Licenciado en Bibliotecología, en esta nueva función se integra al equipo de Salud, sobre todo en terapias de rehabilitación, adquiriendo un rol de relevante importancia ya que el bibliotecario se transforma en un agente activo y pro saludable.

Esta actividad, complementa los Servicios que usualmente presta una Biblioteca de Hospital, ofreciendo al paciente una opción más para mejorar su calidad de vida, optimizando y enriqueciendo de este modo la calidad del servicio prestado.

A su vez implica un nuevo desafío para el Profesional de la Información, quien al involucrarse en esta actividad, se verá recompensado al ser testigo de los logros que los pacientes alcanzan.

Factores al elegir el tema de la investigación:

En el mes de agosto del año 1996, en que inauguré la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo" perteneciente al Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de la Ciudad de Santa Rosa Provincia de La Pampa, donde desarrollo mi actividad laboral, he implementado la lectura con fines terapéuticos en su modalidades de Préstamo Domiciliario, Lectura en Sala y Pie de Cama, en la absoluta convicción de estar realizando una actividad útil y beneficiosa para los pacientes.

En marzo de 2013 me integro al Equipo de Rehabilitación Cognitiva del Hospital Lucio Molas, ante la urgencia de dar respuesta a las necesidades de los pacientes secuestrados post trauma, post injuria cerebral adquirida, de alta reciente del servicio de Terapia Intensiva del Establecimiento Asistencial antes mencionado.

Mientras cursaba el primer año de la Licenciatura en Bibliotecología, encontré bibliografía sobre los avances que de la aplicación de la biblioterapia se estaban haciendo en diferentes partes del mundo.

Hasta ese momento mi experiencia se limitaba a leerles o sugerir lecturas apropiadas a cada paciente.

Hubo una etapa de aprendizaje, contacto e intercambios con los diferentes sitios que trabajan con Biblioterapia. Posteriormente comenzamos a formar equipos de trabajo en diferentes áreas, Pediatría, Salud Mental y Clínica Quirúrgica. Cada grupo cuenta con Psicólogos, Médicos especialistas de cada servicio, Enfermeros y Asistentes Sociales. Luego de varios encuentros dejamos de ser "serie" para transformarnos en "Equipo", con roles y objetivos específicos.

En esta ocasión, alentados por la experiencia de la Fundación INECO ², institución en la que se han especializado las Doctoras Terapistas Laura Vigliotta (Especialista en Terapia Intensiva de adultos y Coordinadora del Equipo de Rehabilitación Cognitiva) y la Doctora Hilda Susana Pérez (Especialista en Terapia Intensiva Pediátrica), donde se realizan talleres de arteterapia, con resultados asombrosos, dimos inicio a nuestros talleres que consisten en: Musicoterapia (a cargo de la Musicoterapeuta Daniela Ortiz), Danzaterapia (A cargo de la Licenciada Nancy Barreiro), Arte Francés (a cargo de la Enfermera Josefa Castro) y Biblioterapia (a cargo de la Bibliotecaria Alicia S. Solodujin, tesista). Nos acompañan además

² Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina En: <http://www.fundacionineco.org/papers>

Licenciada en Psicología Stella Maris Carrera y los acompañantes terapéuticos de cada paciente.

Cabe señalar, que esta experiencia, impulsa la Ley Provincial 2784, por la creación, en el ámbito del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa, del "Servicio de Rehabilitación Integral", que tiene por objeto garantizar el acceso irrestricto y de manera ecuánime a todas las personas que requieran una rehabilitación integral, teniendo como finalidad lograr la reinserción social y familiar del paciente con lesión neurológica y/o física con la menor discapacidad y la mayor autonomía posible. Funcionará en todos los Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia, que tengan asignados el NIVEL VI o superior de complejidad y estructura orgánica.

Esta tesis intenta argumentar que la biblioterapia tiene una función terapéutica en el grupo de personas seleccionado para llevar a cabo la experiencia, con los objetivos de lograr que se integre la biblioterapia a los talleres de arteterapia en el marco de la rehabilitación integral del paciente y el de divulgar la experiencia a fin de que otros Profesionales de la Información la repliquen en los diferentes Centros de Salud de nuestro país.

1.1. **Resumen:**

En la presente Tesis se destaca el valor terapéutico de la Biblioterapia aplicada a Pacientes post injuria cerebral adquirida, integrando el Equipo de Arteterapia en el marco de la Rehabilitación Integral del Paciente.

Aborda la problemática de este tipo de pacientes y sus diferentes secuelas.

Enfatiza la importancia de las Bibliotecas de Hospital, el rol del Bibliotecario que se desempeña en ellas y las destrezas que debe cumplimentar el Biblioterapeuta para desempeñarse como tal.

Desarrolla el concepto de Biblioterapia, su historia su aplicación y función transformadora en el abordaje de diferentes problemáticas.

Detalla el proceso Biblioterapéutico en sus diferentes métodos y técnicas. Como así también de sus facetas (catarsis, humor, identificación, introyección, proyección e introspección)

Aplicando dicho proceso a pacientes secueledos post injuria cerebral para arribar a los logros deseados (aceptación de la propia discapacidad, la autoaceptación, mejorar los diferentes niveles de atención, tomar medidas compensatorias, aceptación por parte de los familiares y del entorno del paciente discapacitado) para mejorar su calidad de vida.

Esta investigación se ha desarrollado como Estudio de Caso, Investigación cualitativa, exploratoria en el marco del método Investigación Acción Participativa. La evaluación se realizó por medio de tres test: Dígitos directos, Trial Making Test A y Caras, que miden el nivel atencional en sus diferentes variantes (sostenida, dividida y selectiva) Se evaluaron con estos test standarizados y validados (probados en poblaciones agrupados por edad y sexo) a todos los pacientes, se repitieron dichos test tres meses más tarde. Se calificaron numéricamente. Se realizó una Encuesta a los pacientes y entrevistas personalizadas a las Profesionales que intervinieron en la experiencia. Se registraron además las Observaciones del Equipo.

Los resultados obtenidos fueron altamente satisfactorios, habiendo evidenciado una mejora significativa en los diferentes niveles de atención de las personas que participaron de la experiencia.

Queda comprobado que el rol Profesional de la Información, como asistente un equipo interdisciplinario, y, no ejerciendo de manera aislada –en ninguna de las modalidades- la biblioterapia, debe integrarse al grupo de trabajo, de este modo adquiere una noción real de las necesidades de recursos a utilizarse en cada sesión.

El servicio que brinda el bibliotecario se refiere a las fuentes necesarias, para que el psicoterapeuta y/o profesional interviniente, pueda ejercer la terapia a través de los libros. Desde esta perspectiva, el papel del bibliotecario en cuanto a la biblioterapia no se aparta del ejercido en función de otras especialidades.

De esta manera, se ubica el rol del bibliotecario cumpliendo con una función de asesoría. Esta se basa en la provisión de las fuentes de información idóneas para la práctica de la biblioterapia a través de libros u otros recursos, realizando un trabajo de diseminación selectiva de la información.

Por este motivo se recomienda a los Profesionales a cargo de los Servicios de Rehabilitación Integral del Paciente, que incluyan la Biblioterapia a los talleres de Arteterapia con finalidad clínica en el contexto del tratamiento.

1.2. Palabras clave:

BIBLIOTECAS PARA PACIENTES – BIBLIOTERAPIA –VALOR TERAPÉUTICO DE LA LECTURA – ARTES TERAPÉUTICAS – REHABILITACIÓN FUNCIONES EJECUTIVAS Y DAÑO CEREBRAL – REHABILITACIÓN INTEGRAL -- PROFESIONAL DE LA INFORMACIÓN

1.3. Identificación:

IDENTIFICACIÓN	
Denominación	“Valor terapéutico de la Biblioterapia en la rehabilitación integral del paciente post injuria cerebral. El rol del profesional de la información.” Estudio de caso
Tipo de investigación	Estudio de Caso”, Investigación cualitativa, exploratoria, basado en la metodología de “Investigación Acción Participativa” (IAP)
Tema	Indagar sobre el valor terapéutico de la lectura sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente, post injuria cerebral (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) apuntamos a mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar la calidad de vida.
Área/s desarrollada/s	Biblioteca para Pacientes; Biblioterapia: teoría, aplicación, trabajo interdisciplinario, formación de los profesionales de la información en biblioterapia; Arteterapia: concepto; Concepto de traumatismo de cráneo. Rehabilitación Neurocognitiva: concepto; Rehabilitación Integral del Paciente.
Metodología	Investigación Acción Participativa (IAP)
Unidad de Análisis	Pacientes del Servicio de Terapia

	<p>Intermedia:</p> <p>*víctimas de Accidente Cerebro Vascular (ACV)</p> <p>*víctimas de accidentes de tránsito</p>
<i>Instrumento/s recolección de datos</i>	<p>*Pruebas para valorar la atención: Sostenida, dividida, selectiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dígitos directos - Trial Making Test A - Caras <p>Se evalúan con estos test Standarizados y validados (probados en poblaciones agrupados x edad y sexo) a todos los pacientes, se repiten dichos test tres meses más tarde. Se califican numéricamente.</p> <p>*Observaciones del Equipo</p> <p>*Encuesta estructurada a los pacientes que participaron en el Taller de Biblioterapia.</p> <p>*Entrevistas a Profesionales que participaron en el Taller de Biblioterapia.</p>
<i>Lugar realización</i>	<p>Biblioteca “Dr. Francisco Pangallo”</p> <p>Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” Santa Rosa La Pampa</p>
<i>Período realización investigación</i>	<p>Septiembre 2013 – diciembre 2013</p>
<i>Palabras claves</i>	<p>BIBLIOTECAS PARA PACIENTES –</p> <p>BIBLIOTERAPIA – VALOR</p> <p>TERAPÉUTICO DE LA LECTURA –</p> <p>ARTESTERAPÉUTICAS –</p> <p>REHABILITACIÓN FUNCIONES</p> <p>EJECUTIVAS Y DAÑO CEREBRAL –</p> <p>REHABILITACIÓN INTEGRAL -</p> <p>PROFESIONAL DE LA INFORMACIÓN</p>

CAPITULO I MARCO DESCRIPTIVO DE LA SITUACIÓN

2. Introducción:

"Nada te puedo dar que no exista en tu interior. No te puedo proponer ninguna imagen que no sea tuya... sólo te estoy ayudando a hacer visible tu propio Universo"

Herman Hesse³

La presente tesis indaga sobre el valor terapéutico de la Biblioterapia en el paciente secueado post trauma, post injuria cerebral adquirida de alta reciente, en el marco de la Rehabilitación Integral del Paciente y como una de las disciplinas que integran el Equipo de Arteterapia del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas", de la Ciudad de Santa Rosa La Pampa, tras una mejor readaptación a su entorno social y por ende hacia una mejor calidad de vida.

La investigación fue llevada a cabo en estrecha colaboración con el Equipo de Rehabilitación Neurocognitiva del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas". Cabe destacar que por tratarse de una Investigación Acción Participativa, los pacientes sujetos de estudio, familiares y sus acompañantes terapéuticos formaron parte del Equipo.

Observando mi propia experiencia en el trabajo con los pacientes de nuestra institución, y la de la mayoría de los trabajos que se ocupan del tema, veo que se cita recurrentemente la "función terapéutica de la biblioterapia" como un hecho empírico.

En ocasiones, el equipo médico que tiene acceso a esta información, ha comprobado que los pacientes que participan de nuestros talleres, insumen menos ansiolíticos y calmantes que los que no lo hacen. Se ha observado además que sus altas son más prontas y su estancia de internación resulta mucho menos traumática.

En el presente trabajo, se expone una experiencia diferente, en el hecho particular de tratarse de pacientes dados de alta por haber superado la instancia que requería su internación, y padecen secuelas neurocognitivas.

Luego de una exhaustiva búsqueda de información, se concluye que sólo la Fundación INECO y el Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente. Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas. Santa Rosa La Pampa (tarea que se encuentra en su fase experimental) integran terapias basadas en el Arte e incluyen entre ellas a la Biblioterapia.

³ Recopilación de frases de Hermann Hesse. En: <http://www.proverbia.net/citasautor.asp?autor=483> (consultado:18 dic. 2012)

Considerando que el posible motivo por el que no se integra la biblioterapia y otras alternativas, especialmente las artísticas en la rehabilitación integral de los pacientes, sea el desconocimiento del efecto positivo que provocan (las terapias basadas en el arte, y en especial la lectura terapéutica), en el paciente y el rol que en estas terapias desempeña el Profesional de la Información como Biblioterapeuta, abordo esta temática con el objeto de difundir la experiencia para que la misma sea replicada en otros centros de Salud.

Por esta razón, y para que la idea no quede solo en una buena intención, facilitando de este modo la argumentación tendiente a la inclusión de estos talleres en las Bibliotecas de Hospitales, en el marco de la Rehabilitación Integral del Paciente, se eligió como tema "el valor terapéutico de la lectura".

En marzo de 2013 se configura un nuevo Equipo de trabajo, ante la urgencia de dar respuesta a las necesidades de los pacientes secuestrados pos trauma, pos injuria cerebral adquirida, de alta reciente del servicio de Terapia Intensiva del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas", con el objeto de ofrecerles una opción más para arribar a una mejor calidad de vida, se conforma un nuevo grupo.

Este grupo fue seleccionado para la investigación. Una vez expuesta la intención a los pacientes, diez de ellos acceden a formar parte del estudio.

La variedad de secuelas que éstos presentan, supuso una primer dificultad a la hora de definir que técnicas de evaluación de utilizarían. Encontramos entre otras: alteraciones en la concentración, atención, memoria, velocidad de procesamiento, abstracción y razonamiento. Afasia y déficit motor en el hemicuerpo contralateral a la lesión (paresia-plejía). También puede verse afectada la coordinación del movimiento y el equilibrio.

Luego de algunas reuniones con el equipo se concreta que los déficit atencionales son los parámetros a medir, puesto que en mayor o menor medida estas alteraciones afectan a todos los pacientes involucrados en la experiencia.

Se decidió la aplicación de test para diferenciar si las mejoras observadas se atribuyen a una mejoría clínicamente comprobada o si es parte del empoderamiento del paciente.

La investigación se realizó en el año 2013. En primer término, se procedió a identificar el problema de investigación, objetivos e hipótesis.

La estructura de esta Tesis está constituida de la siguiente manera: En primer término detalla el problema de investigación, objetivos generales, específicos e hipótesis. Continúa con un acercamiento a la problemática del paciente con daño cerebral adquirido. Aborda panorama sobre la visión de la biblioteca para pacientes en

diferentes partes del mundo, rol del bibliotecario que se ocupa de ellas, rol y características del biblioterapeuta, concepto, tipos y práctica de la biblioterapia aplicada a diferentes patologías, análisis de experiencias. Destaca la importancia del Bibliotecario Especializado en su rol de Biblioterapeuta en su trabajo como integrante de un Equipo de Arteterapia, especializado en el tema, en el marco de la Rehabilitación Integral del paciente post trauma. Luego define las características del paciente Neurocognitivo, paciente pos injuria cerebral adquirida, para introducirse mas tarde en el tema de la estimulación cognitiva y la rehabilitación cognitiva. Relata la experiencia del Instituto de Neurología cognitiva (INECO) y su Departamento de Terapias Basadas en las Artes, modelo que inspira de algún modo a la creación de los Talleres de Arte de la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo".

Continúa con el desarrollo del marco referencial, el diseño metodológico y el detalle de la experiencia realizada. Para finalizar se presentan el tratamiento de los datos, las observaciones del Equipo y conclusiones obtenidas.

Se espera que la presente Tesis despierte el interés de otros Profesionales de la Información e inspire para su aplicación en diferentes Centros dedicados a la Salud.

Hipótesis: La lectura produce efectos terapéuticos sobre el paciente durante su período de alta reciente.

2.1 Análisis de Situación

2.1.1 Biblioterapia

2.1.1.1 En Inglaterra

WHALEN, Jeanne cuenta en su artículo Libroterapia: Para tratar la depresión, receta lectura: "Cuando algunos doctores británicos ven a un paciente con ansiedad o una depresión leve a moderada, le prescriben un libro de autoayuda. Bajo un nuevo programa en más de una docena de condados en el Reino Unido, los pacientes toman esa prescripción a su biblioteca local y ahí sacan títulos reservados tales como "Superando la depresión" y "El manual para sentirse bien".

Los médicos afirman que comenzaron a prescribir libros porque estaban preocupados de que demasiadas personas con depresión estaban siendo medicadas apresuradamente con drogas antidepresivas como Prozac (fluoxetina), o no estaban siendo tratadas. También lo vieron como una estrategia de ahorro. El sistema estatal de salud, que es el principal en el Reino Unido, no puede costear sesiones de terapia individual para todos. Las listas de espera pueden llegar a ser de hasta 18 meses,

dejando la medicación o ningún tratamiento como las únicas opciones. Los programas, llamados "biblioterapia" o "autoayuda guiada", fueron aprobados en diciembre por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (*National Institute for Clinical Excellence*), una agencia de salud británica. Esa dependencia advirtió sobre el uso excesivo de antidepresivos en pacientes con depresión leve y recomendó a los médicos tratar con la autoayuda guiada u otros tipos de terapia antes de recetar fármacos a sus pacientes.⁴

Pero la biblioterapia también genera ciertas preocupaciones. Algunos pacientes no sacan o no leen los libros y esos casos se pierden al no tener seguimiento. Y algunas veces, se recomendó el programa de autoayuda a personas con depresión severa, cuando necesitaban un tratamiento más intensivo, dijeron los asesores. En muchos países ha surgido una gran preocupación respecto al uso excesivo de antidepresivos, y sobre la manera de tratar el creciente peso de la depresión en general. Por eso, el experimento británico se ha convertido en un caso de estudio que otros pueden observar.

Hasta hace poco, la única opción disponible para un médico era recetar un medicamento. Ahora el médico puede tener dos libretas de prescripción, dice Neil Frude, psicólogo de la Universidad de Cardiff que empezó la tendencia de los libros de autoayuda al establecer hace tres años un programa en Gales. La biblioterapia - agrega el autor- también libera más tiempo para que los terapeutas puedan tratar a pacientes con casos de depresión más severos o pacientes con enfermedades mentales. En Gran Bretaña, el Servicio de Salud Nacional cubre gratuitamente las medicinas y visitas médicas de todos los pacientes. Hasta ahora, la biblioterapia ha sido usada para tratar a miles de pacientes y, según estimaciones de Frude, en unos cuantos años más podría cubrir a un cuarto de millón de pacientes en todo el país. La mayoría de los casos de depresión y ansiedad son diagnosticados en la oficina del médico general. La visita promedio tiene una duración de apenas siete minutos. En cerca de 100 consultorios de salud en Devon, un condado en el sudoeste de Inglaterra, los doctores envían a los pacientes con depresión moderada o leve a un trabajador de salud mental que intenta determinar el problema principal. Después, éste prescribe un libro de autoayuda y se reúne cuatro veces más con el paciente para discutir el libro y sus ejercicios, y asegurarse de que el tratamiento esté funcionando. Sami Al-Haboubi, un empleado de la salud mental de 23 años que trabaja en Devon,

⁴ WHALEN, Jeanne. Libroterapia: Para tratar la depresión, recetan lectura. *The Wall Street Journal* oct. 19, 2005. [fecha de consulta; 25 de Julio 2013] Disponible en: http://labatichica.blogspot.com.ar/2005_10_01_archive.html

deja que sus pacientes hablen acerca de lo que les está molestando. Después, les hace catorce preguntas que le ayudan a establecer el nivel de depresión o ansiedad de la persona.⁵

2.1.1.2. En los Estados Unidos

Los EE.UU. ofrecen más servicios de biblioteca para los pacientes que el Reino Unido. Algunos se ejecutan en conjunto con personal de las bibliotecas, mientras que muchos están a cargo de los pacientes y / o voluntarios. El papel de las bibliotecas en el cuidado de los enfermos mentales sigue siendo bien reconocido, y los bibliotecarios a menudo toman parte en los programas de rehabilitación y biblioterapia. La financiación sigue siendo la principal barrera a su desarrollo, no hay requisitos para los hospitales que tienen bibliotecas, por lo tanto, los servicios pueden delimitarse cuando los costos deben reducirse.⁶

Russell describió el programa avanzado e integrado de la participación de la biblioteca en la rehabilitación en el Instituto McLean en Massachusetts. Los pacientes fueron evaluados a su llegada al hospital y se les recomendaron actividades terapéuticas. La información se consideró clave para el proceso, con el fin de asegurar que los pacientes tenían una comprensión de su enfermedad. En la época del EK Jones fueron censurados muchos temas, como el terror, el erotismo y libros médicos o de uso exclusivo en la biblioteca, pero se ha hecho ilegal censurar el material de lectura de los pacientes en muchos Estados norteamericanos. En cambio, fue utilizado un sistema de clasificación por el cual los materiales polémicos se mantuvieron juntos bajo supervisión.

McOuat de los beneficios de los servicios de biblioteca enfatiza lo importante que es '... para los bibliotecarios que trabajan con pacientes asegurarse de que la biblioteca se percibe como una fuente viable de ayuda en todo el proceso de rehabilitación'.⁷

La revisión histórica sugiere que el valor de la lectura y la educación a los usuarios de servicios de salud mentales ha sido asumido desde hace tiempo, aunque la mayoría de los informes son descriptivos o anecdóticos en lugar de basarse en la evidencia. Por otra parte, el tratamiento y la comprensión de la enfermedad mental ha progresado considerablemente desde el siglo XIX, cuando no había tratamientos

⁵ Ídem nota 4

⁶ CHAMBERLAIN. Historia y práctica de la biblioterapia y la prescripción de información: la información como soporte de la relación médico-paciente. [fecha de consulta: 2 jun 2014] Disponible en: J Psychiatr Ment Health Nurs en 2008

<http://medicinadefamiliartortuga.wordpress.com/2012/12/29/historia-y-practica-de-la-biblioterapia-y-la-prescripcion-de-informacion-la-informacion-como-soporte-de-la-relacion-medico-paciente/#>

⁷ Ídem Nota 6

disponibles psicofarmacológicos o psicoanalíticos. Sin embargo, la gran cantidad de material histórico y los ejemplos exitosos de los servicios modernos sugieren que los servicios bibliotecarios podrían desempeñar un papel más activo en la terapia. La dificultad es, quizá, la planificación estratégica involucradas. Los usuarios de los servicios de salud mental pueden estar hospitalizados, pero con el cierre de las grandes instituciones muchos de esos pacientes están atendidos ahora en la comunidad, en unidades especializadas o en centros protegidos. En algunos pacientes con problemas de salud mental no será necesaria la derivación a un especialista del servicio de salud mental y algunos simplemente podrán adoptar terapias de autoayuda, con o sin asesoramiento profesional y apoyo continuado.⁸

La revisión de la literatura sobre servicios bibliotecarios para los usuarios de servicios de salud mentales indica que la biblioterapia puede tener sus raíces en los servicios bibliotecarios para ayudar a los usuarios a sentirse mejor por sí mismos a través de la lectura lo que podría ser visto como la lectura por placer, pero que también contribuye a la terapia, tal vez de manera informal más que formalmente. La terapia de lectura para niños y adolescentes parece ayudar a los niños a desarrollar y hacer frente a los problemas, y los bibliotecarios han producido recomendaciones para tales servicios. Para los adultos, los servicios de las bibliotecas públicas están desarrollando un papel en el servicio de “prescripción de libros» para personas con problemas menores de salud mental. Los libros de autoayuda son un género muy popular en muchas bibliotecas públicas, y una encuesta de los préstamos en las bibliotecas de Devon indicó que más de la mitad de los encuestados consideraron que los libros relacionados con la salud prestados les había motivado o inspirado, y más de un cuarto estaban de acuerdo en que el libro les ayudó a cambiar su vida diaria. El papel actual de las bibliotecas ubicadas dentro de los servicios de salud mental en la asistencia a los usuarios del servicio de terapia parece menos claro. Varios de los estudios apuntan a la necesidad de formar personal de la biblioteca para hacer frente al comportamiento inusual o inquietante exhibido por algunos usuarios de los servicios de salud mental, pero son pocos los estudios que ofrecen o prueban nuevas ideas sobre el desarrollo del servicio.⁹

2.1.1.3 En España

En Alicante, Raquel Suriá Martínez propone la “Práctica de la biblioterapia en los foros virtuales para pacientes”, examina a varios grupos de pacientes para comprobar si obtienen beneficios con la lectura de los mensajes que escriben otros

⁸ Ídem Nota 7

⁹ Ídem Nota 7

usuarios. Los resultados indicaron que los pacientes encontraron útiles los mensajes disponibles en estos grupos. Asimismo revelaron que la lectura de los recursos analizados resultó de utilidad, ofreciéndoles menos satisfacción las páginas web. Los resultados sugieren que la lectura de los mensajes que intercambian los usuarios de los foros virtuales para pacientes, son un recurso útil y alternativo a otros recursos tradicionales para las personas que padecen alguna enfermedad. Asimismo compara la utilidad encontrada por los pacientes en estos foros con otros recursos como las revistas o las páginas web.¹⁰

2.1.1.4 Antecedentes en el Uruguay

Se realizó una experiencia en la década del 80 a cargo de dos estudiantes de bibliotecología que presentaron su tesis final sobre el tema. Luego en los meses de agosto y noviembre del 2006 se desarrolló una experiencia piloto en biblioterapia en el Portal Amarillo mediante un convenio firmado entre la Universidad de la República, el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de la Juventud.

La biblioteca Mario Benedetti del Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas Portal Amarillo es el primer espacio de lectura para usuarios de un centro de salud que fue creada por personal técnico especializado en bibliotecología y psicología de acuerdo con las normas de la Federación Internacional de Bibliotecas Asociadas. La experiencia consiste en utilizar al libro y la lectura como factores¹¹

2.1.1.5 Las bibliotecas hospitalarias en el Perú

En Perú existen bibliotecas médicas en los centros hospitalarios de Lima y provincias dedicadas a satisfacer las necesidades de médicos, investigadores, practicantes, personal administrativo y docentes del área médica, algunos de estos centros médicos, ubicados principalmente en Lima, cuentan además con bibliotecas para pacientes, pero no presentan profesionales biblioterapeutas o bibliotecólogos que se especialicen en esta área.

Instituciones peruanas que brindan programas para estos pacientes:

El Instituto Nacional del Niño Su población está conformada por 11.539 hospitalizaciones según los datos del portal del INN (Enero-diciembre 2007). El programa de voluntariado se realiza con el apoyo de la Asociación de Voluntariado del

¹⁰ SURIÁ MARTÍNEZ, Raquel. Práctica de la biblioterapia en los foros virtuales para pacientes. PSICOLOGIA.COM. 2009; 13(2) [fecha de consulta: 2 de Julio 2013] Disponible en: : http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/internet/47239/

¹¹ DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en:

<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaaaccientesconConsumoprobematicodesustancias.htm>

Hospital cuya labor social esta focalizada en los pacientes ambulatorios y hospitalizados en condiciones de extrema pobreza de todo el Perú. Se cuenta con un programa de actividades recreativas y de enseñanza, dispone de un ambiente de juegos para los niños, equipada con computadoras, televisores y material didáctico (videos, películas, biblioteca, juegos de mesa y equipo de sonido). Para los niños que no pueden desplazarse, se les llevan los juegos y libros a sus respectivos servicios. Asimismo, se promueve la confección de manualidades, como terapia y fuente de ayuda económica.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEM) brinda atención a sus pacientes a través del Programa Aprendo Contigo a partir del año 2000; es un programa educativo- recreativo acorde a las necesidades del niño paciente peruano. Ofrece programas educativos de acuerdo al grado asignado luego por lo que se le proporciona a cada niño tareas dentro de las áreas previstas por el Ministerio de Educación. No hay metodología única de trabajo; se trabaja según las necesidades del grupo lo cual permite la expresión de sentimientos e intereses. En las tardes el programa es recreativo, se cuentan con juegos educativos así como material para trabajos manuales y diferentes actividades. Se trabaja con los niños en forma individual o grupal, de acuerdo a su estado de salud y de ánimo. Con los niños impedidos de asistir al aula se trabaja en sus habitaciones. Asimismo existen talleres realizados por profesionales especializados en las diversas áreas (pintura, teatro, títeres, música, cerámica, robótica, dibujo).

En el Perú, aún no se hace uso de la biblioterapia en los hospitales dado que los bibliotecólogos no han incursionado en esta área. Lograr un avance en este campo es una necesidad en la que deben intervenir no solo los bibliotecólogos sino la mayoría de las instituciones vinculadas al tema.¹²

2.1.1.6 En Venezuela

Leer para Vivir surge a consecuencia del deslave y las inundaciones que afectaron a Venezuela, en diciembre de 1999. El Banco del Libro realizó actividades de promoción de lectura para atender a niños y jóvenes recluidos en los refugios de Caracas, inmediatamente inició también actividades en comunidades del litoral central Estado Vargas- la zona más afectada por la tragedia. El proyecto se desarrolló en el marco de la Biblioterapia, "no en su acepción clínica, sino más bien como la posibilidad

¹² 41ª Reunión Nacional de Bibliotecarios "Bibliotecas: Puentes hacia universos culturales más amplios" Buenos Aires, 20-23 de abril de 2009 Asociación de Bibliotecarios Graduados de la República Argentina Bejar Apaza, Teresa Rossio & Berrocal Quijua, Lidia. BIBLIOTECARIO DE HOSPITAL ¿UNA POSIBILIDAD EN EL PERÚ? [fecha de consulta: 14 de Junio 2012] Disponible en: http://www.abgra.org.ar/documentos/pdf/Bibliotecario_de_hospital.pdf

de establecer una relación humana y sensible con los libros, para lograr algunos cambios en la vida de las personas afectadas y construir positivamente ciertas realidades" Carmen Diana Dearden. Jornada Contemos nuestros cuentos. 2001.¹³

2.1.1.7 En Cuba:

Camagüey: Experiencias de la Sala Infantil de la Biblioteca Provincial "Julio Antonio Mella".

Zaida L. Montells Mendoza de la Biblioteca Provincial Julio Antonio Mella de Camagüey, da a conocer una experiencia de biblioterapia aplicada en niños, en *World Library And Information Congress: 73rd Ifla General Conference And Council 19-23 August 2007, Durban, South África*:

"Por su proyección social y humana, la Sala Infantil de la Biblioteca Provincial ha incorporado a sus actividades la biblioterapia para la atención a niños en condiciones sociales desventajosas y como alternativa sicoterapéutica con objetivos comunitarios de salud. A ella se unen los padres y familiares que reciben también los beneficios de nuestra labor...

... La aplicación de la biblioterapia en niños con alteraciones de conducta ha contribuido a la mejoría o atenuación de las patologías síquicas, pero es necesario continuar trabajando para la captación temprana de aquellos niños que no asisten a los círculos infantiles y en los que se detectan conductas inadaptativas y manejo familiar inadecuado..."¹⁴

La Habana:

Denise Ocampo Álvarez del Instituto Cubano de Investigación Cultural "Juan Marinello" en su publicación "Análisis semántico-modal de cuentos terapéuticos para niños" Biblioterapia y "cuento terapéutico" 20/06/2007, fundamenta la práctica de la biblioterapia basándose en una investigación que aborda el rol del cuento terapéutico en el tratamiento de niños con dificultades psico-sociales.¹⁵

¹³ MARTINEZ ROJAS, C., "Leer para vivir". Feria Internacional del Libro de Buenos Aires, Vol. 33, 2002. [fecha de consulta: 8 de Noviembre 2012] Disponible en: http://www.el-libro.com.ar/archivo_documental/PDFs/5-019-Rojas.pdf

¹⁴ ALFONSO SANCHEZ, Liliana M & COLMENARES SANCHO, Francisco. Congreso internacional de información. La evolución de las necesidades de la información. La biblioterapia como novedad terapéutica. Biblioteca Médica Hospital rmando E. Cardoso. Carretera Central Guáimaro. Camagüey Cuba [fecha de consulta: 25 de Marzo 2012] Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/archives/HASH6cb5.dir/doc.pdf>

¹⁵ OCAMPO ÁLVAREZ, Denise. Análisis semántico-modal de cuentos terapéuticos para niños. Instituto Cubano de Investigación Cultural "Juan Marinello" La Habana, Cuba P. 713 [fecha de consulta: 25 de Marzo 2012] Disponible en: <C:/Users/Alicia/Downloads/167-denise-ocampo.pdf>

2.1.1.8 En Brasil

En Brasil, son varios los profesionales que utilizan el libro como una terapia, entre ellos se puede mencionar a Bentes Pintos (2005) quien entre el año 1994-2000 desarrolló un proyecto de investigación en el Hospital Infantil "Albert Sabin" destinado a niños con cáncer En hospitales de San Pablo, en institutos para ciegos como en Joao Pessoa, lleva a cabo una investigación donde explora el rol del Profesional de la Información como biblioterapeuta¹⁶, proyectos en "Lar Torres de Melo" con personas con sida y experiencias parecidas con niños en la "Casa da crianza". Estas experiencias se realizan en forma interdisciplinaria con los cursos de Bibliotecología, Letras y Psicología-¹⁷

2.1.1.9 En Chile

Gabriel Díaz Morales presenta la Biblioterapia como práctica aplicable en el tratamiento psicoterapéutico de menores víctimas de abuso sexual. Una encuesta a psicólogos clínicos que tratan a menores abusados refleja que en ellos existe un interés por el tema, aun cuando una minoría declara tener conocimiento formal del mismo. Se ilustra el tratamiento de biblioterapia con un caso particular. Se recomienda, además, una selección de catorce libros que pueden ser usados en biblioterapia aplicada. Se concluye que el profesional bibliotecario no puede estar ajeno a la discusión de la temática del abuso sexual a menores, menos quienes trabajan en bibliotecas escolares (o CRA). Este puede también formar parte de un equipo interdisciplinario, colaborando con los psicoterapeutas en la selección de material y haciendo aportes desde las competencias propias de la profesión.¹⁸

El 2 de junio de 2011, se realizó el Primer Seminario de Biblioterapia, organizado por el *Goethe Institut*, la Biblioteca de Santiago y el Hospital Luis Calvo Mackenna, y que se enmarca dentro de las actividades del Modelo de Atención de Salud Amigable que realiza el Hospital. El seminario contó con la participación de profesionales que trabajan en el ámbito de la Biblioterapia, quienes expusieron su

¹⁶ GIUBERTTI GUEDES, Mariana. A Biblioterapia na Realidade Bibliotecária no Brasil: A Mediação da Informação. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Informação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Brasília 2013 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13659/1/2013_MarianaGiubertiGuedes.pdf

¹⁷ Actas de las 3ª Jornadas de Intercambios y Reflexiones acerca de la Investigación en Bibliotecología, La Plata, 28-29 de noviembre de 2013. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, 2013. ISSN 1853-5631. STEFANIZZI, Rafaela. La función de la lectura y del bibliotecario en las bibliotecas hospitalarias especializadas en la atención de niños de la ciudad de La Plata. Departamento de Bibliotecología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata 2013 [fecha de consulta: 15 de Julio 2014] Disponible en: www.jornadabibliotecologia.fahce.unlp.edu.ar/jornadas.../stefanizzi.pdf

¹⁸ Díaz Morales, Gabriel Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales. Serie Bibliotecología y Gestión de Información, 2006, n. 13, pp. 1-52. [Journal article (Print/Paginated)] [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/7597/>

experiencia en el ámbito de la lectura con niños hospitalizados. En esta oportunidad se presentaron las directrices de la Línea Educativa y Recreativa, que orientará las actividades que se desarrollan con los pacientes en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.¹⁹

El programa Biblioterapia que desarrolla la Biblioteca Pública N° 27 "Carlos María Sayago". El Salvador. Región de Atacama, no pretende "sanar" sino brindar la posibilidad a un grupo de mujeres para efectuar "terapia" Interactuando entre ellas y formando una red de apoyo para ayudar al bienestar físico, emocional y espiritual. Se utiliza la literatura como agente en el cambio creativo y a través de la lectura se proporciona el bálsamo tan necesario para el espíritu. Todo esto en complemento con un espacio físico adecuado y una actividad especialmente creada de acuerdo a las necesidades que se van detectando.²⁰

2.1.1.10 En la Argentina:

El profesor Pedro D' Alfonso (1979). Parte del valor de la biblioterapia en dos sentidos. Primero, el libro como espejo, metaforizado por medio de la expresión "el libro aconteció en mí", que se refiere al descubrimiento por medio del libro de diferentes formas de resolver problemas. Segundo, la palabra como certeza, función de la biblioterapia de permitir el acceso a mensajes personales. Define el concepto de logotipo como aquellas verbalizaciones negativas o positivas que refuerzan o debilitan las decisiones o la toma de decisión del sujeto. Estas verbalizaciones constituyen consignas íntimas que condicionan el comportamiento. Estos logotipos habitualmente vienen inscriptos en la persona desde la infancia constituyendo un lenguaje interior o endofasia y sistematizando las imágenes del propio Yo. Como la mayoría de las veces son de contenido negativo terminan constituyéndose en un obstáculo para la expresión libre de la personalidad. El sujeto, antes de actuar o cuando se decide a la acción, se habla a sí mismo y se estimula o refrena con estas fórmulas ya estereotipadas. Estos logotipos se "escriben" en el individuo de una manera tan imperceptible, generalmente desde la infancia, que no se es consciente de este verdadero lenguaje interior. Pero una vez descubiertos, corresponde desarticularlos para culminar con su efecto perturbador. Es precisamente la biblioterapia uno de los recursos más interesantes para lograrlo, en tanto que se puede localizar en una frase un contenido asertivo, energético o incentivo.²¹

¹⁹ Biblioteca Pública N° 27 "Carlos María Sayago". El Salvador. Región de Atacama. Biblioterapia. [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: <http://www.biblioredes.cl/elsalvador>

²⁰ 1° Seminario de Biblioterapia: Libros, un medicamento para niños hospitalizados 2 junio 2011 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en:///C:/Users/Alicia/Downloads/Boletin_F.pdf

²¹ Ídem Nota 20

ARIAS, María Luisa; MIGUEZ, Lilitiana Beatriz; MOLFINO, Élide y REGA, Liliana Laura de la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Bibliotecología y Documentación. Publica un artículo en el mes de junio del año 2000, en el que estudia las diferentes orientaciones actuales de la biblioterapia, con el objetivo de realizar una síntesis del material bibliográfico localizado y ubicar el alcance actual de la biblioterapia dentro de la bibliotecología.²²

TOMAINO, Valeria Beatriz, en su tesina para obtener el Título de Licenciada en Bibliotecología y Documentación en la Facultad de Humanidades de La Universidad Nacional de Mar Del Plata en el año 2008: "Biblioterapia: una propuesta innovadora en Mar del Plata para niños y adolescentes con cáncer" Resalta la importancia de la Biblioterapia como recurso para mejorar la calidad de vida de niños y adolescentes con cáncer asistidos por el Grupo de Extensión Universitaria PAANET. Detalla la capacitación realizada a los voluntarios del Grupo, llevada a cabo con el objetivo de implementar la práctica de la Biblioterapia.²³

MINOLDO, Francisca, presenta su tesis para obtener el Título de Licenciada en Bibliotecología y Documentación en el año en la Facultad de Humanidades de La Universidad Nacional de Mar Del Plata en el año 2008: "Bibliotecas y adultos mayores: Las bibliotecas como centro de información, educativo e integrador de las personas de la tercera edad al medio social – Caso de Estudio en la Ciudad de San Nicolás (Prov. De Buenos Aires)."²⁴

STARKLOFF, Adriana Elisabet, en su tesina para obtener el Título de Licenciada en Bibliotecología y Documentación en La misma institución, en el año 2010: "Biblioterapia aplicada en centros psiquiátricos de la ciudad de Bahía Blanca: análisis de sus fines curativos y progreso en la calidad de vida de los pacientes", analiza la Biblioterapia o la lectura curativa, destinada principalmente a personas con serios problemas de comportamiento social, emocional, etc., recluidos en organizaciones de salud mental ofreciéndoles una mejor calidad de vida y el rol que

²² ARIAS, María Luisa; MIGUEZ, Lilitiana Beatriz; MOLFINO, Élide y REGA, Liliana Laura de la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Bibliotecología y Documentación. Biblioterapia. Buenos Aires jun. 2000 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: Información, cultura y sociedad versión On-line ISSN 1851-1740 Inf. cult. soc. N° 2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2000 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-17402000000100006&script=sci_arttext

²³ TOMAINO, Valeria Beatriz. Biblioterapia: una propuesta innovadora en Mar del Plata para niños y adolescentes con cáncer. Mar Del Plata 2008. [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/18945/1/Tesis%20Valeria%20Tomaino.pdf>

²⁴ MINOLDO, Francisca Bibliotecas y adultos mayores: Las bibliotecas como centro de información, educativo e integrador de las personas de la tercera edad al medio social – Caso de Estudio en la Ciudad de San Nicolás (Prov. De Buenos Aires) Material facilitado gentilmente por la jefa de tesis Mg. María Graciela Chueque

en este sentido puede desempeñar el profesional de la información, para mejorar la perspectiva de vida de los pacientes.²⁵

STEFANIZZI, Rafaela, en noviembre de 2013 y en el marco de la culminación de estudios de Licenciatura en Bibliotecología y Ciencia de la Información, analiza la función terapéutica del libro y el rol que cumplen los bibliotecarios y los voluntarios de las bibliotecas para pacientes que centran su atención en los niños en la Biblioteca Ambulante del Hospital de Niños "Sor María Ludovica" y la Biblioteca del Hospital "Noel Sbarra" (ex Casa Cuna) de la ciudad de La Plata. En ambas instituciones desde hace algunos años se llevan a cabo actividades relacionadas con la lectura para brindarle al niño hospitalizado una mejor calidad de vida ²⁶

COLL CASALS, Olga (Documentalista) y VALL CASAS, Aurora (Profesora. Departamento de Biblioteconomía y Documentación. UB) Publican un Estudio: "Biblioterapia infantil: la literatura al servicio de la salud" con el objetivo de promover la aplicación generalizada de la biblioterapia en hospitales materno infantiles. Los objetivos específicos son: promocionar la participación activa de las bibliotecas de ciencias de la salud como centro de recursos para la biblioterapia; y promover la intervención del bibliotecario como responsable del análisis, selección, localización y evaluación de los recursos literarios.²⁷

En nuestro país sólo la Fundación INECO incorpora Terapias basadas en Arte y entre ellas la Biblioterapia.

En Santa Rosa La Pampa se realiza esta tarea de manera experimental en la intención de que sean incorporadas a las terapias contempladas en la Ley del "Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente"

²⁵ STARKLOFF, Adriana Elisabet Biblioterapia aplicada en centros psiquiátricos de la ciudad de Bahía Blanca: análisis de sus fines curativos y progreso en la calidad de vida de los pacientes", Material facilitado gentilmente por la jefa de tesis Mg. María Graciela Chueque

²⁶ Actas de las 3ª Jornadas de Intercambios y Reflexiones acerca de la Investigación en Bibliotecología, La Plata, 28-29 de noviembre de 2013. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, 2013. ISSN 1853-5631. STEFANIZZI, Rafaela. La función de la lectura y del bibliotecario en las bibliotecas hospitalarias especializadas en la atención de niños de la ciudad de La Plata. Departamento de Bibliotecología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata 2013 [fecha de consulta: 15 de Julio 2014] Disponible en: www.jornadabibliotecologia.fahce.unlp.edu.ar/jornadas.../stefanizzi.pdf

²⁷ COLL CASALS, Olga (Documentalista) y VALL CASAS, Aurora (Profesora. Departamento de Biblioteconomía y Documentación. UB) "Biblioterapia infantil: la literatura al servicio de la salud" : [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: Bibliosalud 2014 <http://jornadasbibliosalud.es/wp-content/uploads/2014/04/8-BIBLIOTERAPIA.pdf>

2.2 Planteo del Problema

El propósito de la Bibliotecas para Pacientes, es alcanzar el bienestar y la recuperación de los pacientes poniendo a su disposición el material de la Biblioteca y sus servicios como una forma de evasión, terapia, cultura, educación y en los casos que se considere apropiado brindarle información sobre temas de salud o de enfermedades específicas.

De sus innumerables ventajas para el desarrollo de las personas, se destaca, en este trabajo, específicamente el rol de la biblioterapia en la Rehabilitación integral del Paciente y el valor terapéutico de la lectura, su efecto curativo o reparador, preventivo y profiláctico, con los objetivos de lograr que se integre la biblioterapia a los talleres de arteterapia en el marco de la rehabilitación integral del paciente y el de divulgar la experiencia a fin de que otros Profesionales de la Información la repliquen en los diferentes Centros de Salud de nuestro país.

3. Objetivos

3.1. Objetivos generales:

- Indagar sobre el valor terapéutico de la lectura sobre la atención sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente, post injuria cerebral (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, calidad de vida. Concientizar sobre la necesidad de establecer un vínculo entre la lectura y el paciente con estrés, post injuria cerebral, guiado por un equipo de Profesionales de la Salud (compuesto a tal fin), utilizando como nexo, al bibliotecario especializado, profesional capacitado para tal propósito, integrando la Biblioterapia a los talleres de Arte Terapia del "Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente".

3.2. Objetivos particulares:

- Conocer el efecto de la Biblioterapia o lectura terapéutica sobre la atención sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente post injuria cerebral. Egresados del Servicio de Terapia Intensiva, integrando la Biblioterapia a los talleres de Arte Terapia del "Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente" del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa, (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) en la mejora del nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar su calidad de vida.
- Proponer, en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa, la utilización de la Biblioterapia, integrada a otras artes curativas, en

otros pacientes de variadas patologías, para lograr una nueva forma de rehabilitación a través de la lectura.

3.3. Hipótesis de trabajo:

La lectura produce efectos terapéuticos sobre los pacientes en general y el paciente post injuria cerebral de alta reciente, incorporada en el tratamiento integral de rehabilitación del paciente –junto con otras terapias basadas en el arte.

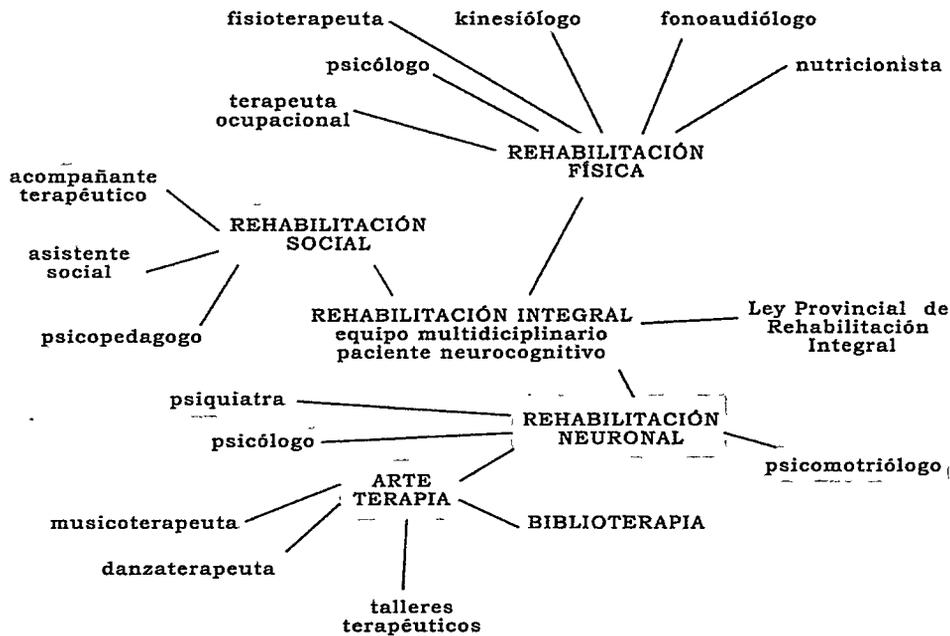
3.4. Hipótesis auxiliares:

Los pacientes que participen de sesiones de Biblioterapia, incorporada en el tratamiento integral de rehabilitación del paciente –junto con otras terapias basadas en el arte- registrarán mejoras en sus niveles de atención (sostenida, dividida y selectiva), memoria auditiva (Inmediata o de trabajo, a corto y largo plazo)

CAPITULO II MARCO DESCRIPTIVO DE LA TESINA

4 Marco teórico

4.1 Mapa conceptual de la tesina



4.2 Biblioteca de Hospital:

La denominación de 'biblioteca de hospital' según el equipo de trabajo dirigido por Nancy Mary Panella²⁸ bajo los auspicios de la Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. "Durante el transcurso del estudio preliminar, al grupo de trabajo, le llamó la atención, cómo el concepto de biblioteca de hospital difiere tanto en diferentes partes del mundo. Por ejemplo, en algunos países, el concepto de 'biblioteca de hospital' casi siempre hace referencia a una biblioteca de Ciencias de la Salud y de Biomedicina, en cambio en otros, significa con frecuencia una biblioteca que proporciona materiales de lectura para el tiempo libre de los pacientes. En otros países, 'biblioteca de hospital' puede significar tanto una biblioteca sobre Ciencias de la Salud y de Biomedicina como una biblioteca para pacientes, proporcionando tanto colecciones de lectura para el tiempo libre como materiales de información de la salud.

²⁸ PANELLA, Nancy Mary (dir.). Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de Hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Prólogo pág. 4 [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible En: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

Por lo tanto, reconociendo la ambigüedad del concepto, estas pautas han tratado de evitar su uso. En algunos casos no ha sido posible, por ejemplo, al tratar la historia de las bibliotecas para pacientes. El lector debe saber entonces que cuando se usa el concepto 'biblioteca de hospital' nos queremos referir a una biblioteca para pacientes, que diariamente proporciona colecciones de lectura para el tiempo libre, a menudo en combinación con materiales de información de la salud.”

4.2.1. Marco histórico

La evolución de las bibliotecas para pacientes de hospital

Bibliotecas y servicios bibliotecarios para pacientes han disfrutado de una historia larga y llena de éxito. Y, hasta cierto punto, sus éxitos han estado unidos al reconocimiento permanente de que los libros y la lectura (por su capacidad para distraer, divertir, inspirar, apoyar, y elevar el espíritu) pueden fomentar la rehabilitación de las personas enfermas.

Proporcionar libros y lectura como ayuda terapéutica data al menos desde la última mitad de la Edad Media (una época de gran crecimiento hospitalario, sobre todo en Europa). Por, ejemplo, Bruce-Porter, médico inglés, escribió un discurso apasionante (hacia 1276 d. C) al importante hospital Califa Al Mansur en el Cairo sobre la necesidad de las bibliotecas para pacientes como parte de la medicina curativa. Egipto proporcionó no sólo atención quirúrgica y médica, sino también religiosos para leer de día y de noche el Corán a los pacientes que desearan escucharlo; a los pacientes que no podían dormir, se les proporcionaba música y cuentos. Bruce-Porter vio esto como la primera idea de una biblioteca de pacientes y su función en el proceso de curación.

En los siglos XVIII y XIX²⁹, los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, Francia, Alemania, y Escocia contaban con bibliotecas para pacientes ya que los médicos que trataban enfermedades psíquicas en estos países recetaban la lectura como terapia. En la primera mitad del s.XIX, como se consideraba bastante importante en los Estados Unidos la lectura para enfermos psíquicos, los centros de acogida y los asilos contaban con organizadas bibliotecas de pacientes. De hecho, durante ese tiempo, los servicios bibliotecarios eran una parte significativa de los programas terapéuticos para enfermedades psíquicas.

En la segunda mitad del s.XIX, era corriente encontrar tanto hospitales generales como psiquiátricos que publicaban catálogos impresos de sus libros para pacientes. Y a finales del s.XIX y principios del XX, guiados por la creencia en la importancia de las bibliotecas para pacientes, los profesionales comenzaron a realizar estudios sobre el tema. En Gran Bretaña, por ejemplo, justo antes de 1895, Dorothy Tylor elaboró un

²⁹ Ídem Nota 28

estudio sobre setenta servicios bibliotecarios para pacientes y posteriormente comunicó los resultados en la 18ª Conferencia anual de la Asociación Bibliotecaria (Cardiff, 1895). Entre sus conclusiones, su estudio reflejaba que la mayoría del personal médico consultado, creyendo que los libros y la lectura contribuían a la atención del paciente, solicitaban con insistencia que se les proporcionase material bibliotecario.

También se realizaron estudios en Alemania; dos de los más extensos fueron los análisis de Schultze (1907) e Irene Chromse (1913) sobre los servicios bibliotecarios del hospital. Y, en 1911, en los Estados Unidos, Edith Jones publicó los resultados de un estudio que había dirigido acerca de los servicios bibliotecarios en unos 121 hospitales psiquiátricos. (Los resultados mostraban lo que ella creía: que las condiciones eran menos que óptimas, por lo que posteriormente exigió a las asociaciones bibliotecarias del país dedicar más atención a las bibliotecas para los enfermos psíquicos internos.)

A pesar de los esfuerzos de médicos y bibliotecarios que creían profundamente en el valor terapéutico de los libros y de la lectura, las bibliotecas de pacientes, sobre todo aquellas de hospitales generales, evolucionaron lentamente durante la primera parte del s. XX. Sin embargo, la Primera Guerra Mundial demostró ser un catalizador muy importante para su desarrollo porque los resultados de varios programas de ayuda durante la guerra propiciaron un reconocimiento más claro y generalizado de que los libros y la lectura podían contribuir al bienestar y a la recuperación.

Estos programas suponían la unión de esfuerzos para proporcionar tanto al personal de las fuerzas armadas como a los heridos, enfermos u hospitalizados, libros y otros materiales de lectura. Aunque, la literatura publicada no permitía conocer todos estos programas, existen dos muy bien descritos, y que se desarrollaron en Gran Bretaña y en los Estados Unidos. En Gran Bretaña, los programas de ayuda durante la guerra empezaron en 1914 y se organizó como un programa de voluntarios, compuesto principalmente por bibliotecarios de la biblioteca londinense. Funcionó bajo la dirección de Helen Mary Gaskel, y recibió el apoyo financiero de la Orden de St. John y la Cruz Roja británica. Al principio, el programa suministraba libros al ejército convaleciente que se encontraba en hospitales y barcos que se utilizaban como hospitales. Pero, en 1918, los hospitales civiles empezaron a incorporarse al programa; ese año, la increíble producción del programa fue de dos millones de libros, revistas y periódicos. En los Estados Unidos³⁰, el programa comenzó en 1917 y estuvo organizado por la *American Library Association* (ALA, Asociación de bibliotecas Americana). En un

³⁰ Ídem Nota 28

principio, la ALA suministró materiales de lectura principalmente a los campamentos y a las bases de las fuerzas armadas estadounidenses de todo el mundo. Pero, en 1918, extendió sus servicios a los hospitales y a los trenes hospitalarios fuera del continente utilizados por el personal del ejército estadounidense. La ALA contó con bibliotecarios profesionales para dotar de personal a las bibliotecas en los hospitales más importantes, en cambio, los servicios bibliotecarios en los hospitales menos importantes tuvieron que ser supervisados por el personal de las bibliotecas municipales. A finales de su segundo año, el programa había proporcionado materiales de lectura a unos 3.981 puntos, en el apogeo del servicio, más de 170 bibliotecarios estaban trabajando en la sección del programa de bibliotecas de hospital.

En ambos países, (y al menos en Alemania), los resultados del programa tuvieron un enorme éxito, principalmente por el efecto positivo que los materiales de lectura habían tenido entre el personal de las fuerzas armadas. El informe de la Sección de Bibliotecas de hospital de la ALA quizá lo describa mejor:

« No muchos, si acaso algunos... tenemos recuerdos personales del enorme valor terapéutico de las bibliotecas de pacientes que milagrosamente aparecieron de la noche a la mañana en los hospitales militares de la Primera Guerra Mundial... muchos de estos grupos de hombres heterogéneos aguantaban sus dolores de una manera más fácil gracias a la lectura que tanto les divertía o les alentaba de un modo inexplicable. Quizá, por primera vez desde los tiempos de Tebas se comprendió a gran escala el hecho de que los libros podían ser la medicina para el alma, y, por lo tanto, para el cuerpo.»³¹

La biblioteca británica creada durante la guerra llegó a su final en 1919, pero la Cruz Roja y la biblioteca del hospital de la Orden de St. John, se dieron cuenta de la importancia que los materiales de lectura tenían para las personas hospitalizadas y continuaron trabajando con Gaskell para ampliar los servicios bibliotecarios en los hospitales civiles durante el periodo de paz. En los Estados Unidos, después de la Guerra, la ALA retiró los equipos y los libros del ejército pero continuó trabajando con los hospitales para la reconstrucción del Servicio de Salud Pública. El gobierno federal finalmente, tomó el control de las bibliotecas en estos hospitales: se convirtieron en el primer (antes de 1919) *Veteran's Bureau Facility Libraries*, hoy conocido como *Veteran's Administration Libraries*. Debido en gran parte a los resultados de estos servicios, inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial se produjo un espectacular crecimiento en la creación de bibliotecas de pacientes y el material

³¹ Ídem Nota 30

publicado demuestra que esto fue así en los Estados Unidos. Pero, el progreso en este campo se advirtió también en Australia, Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, España, y Suecia.

El interés generalizado por las bibliotecas de pacientes pronto llevó a la formación de comités bibliotecarios de hospitales tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Sin embargo, hacer un balance de su labor sería ir más allá del objetivo de esta introducción, pero sí que cabe, al menos, hacer una mención de sus comienzos. En 1916, la ALA organizó el primer comité y se le llamó informalmente "*Institutions Libraries Committe*". Aunque vino a representar a las bibliotecas en los hospitales, en las instituciones correccionales y de la caridad, en 1923, inundada de tantas actividades bibliotecarias, la ALA tuvo que crear un segundo comité- el "*Hospital Libraries Committe*"- con el fin de trabajar exclusivamente acorde con estas necesidades. (El "*Institutions Libraries Committe*" continuó trabajando con las bibliotecas de las instituciones no hospitalarias.) Al año siguiente, también dentro de la ALA pero por razones desconocidas, apareció una entidad llamada el *Hospital Libraries Roundtable*. Se convirtió rápidamente en el más productivo de los dos grupos dando lugar a las primeras normas conocidas de la asociación bibliotecaria profesional para las bibliotecas de pacientes de hospital. Durante varios años, el *Hospital Libraries Committee* y el *Roundtable* trabajaron estrechamente y continuaron manteniendo objetivos parecidos.

4.2.2. Recomendaciones de IFLA para Bibliotecas para Pacientes ³²

Desde 1960 hasta 1984, IFLA editó cuatro publicaciones con recomendaciones para bibliotecas para pacientes.

Las primeras fueron publicadas en 1960 en Libri (10[2]: 141-147) como *Memoire indecateur sur les bibliotheques d'hopitaux*, o Memorándum sobre las bibliotecas de hospital; una versión más reducida aparece recogida en inglés en el *Hospital Abstracts*, 1961/1963.

Las segundas recomendaciones, IFLA *Standards for Libraries in Hospitals*, fueron publicadas en el Boletín para Bibliotecas de la UNESCO, vol.23, nº 2, Marzo/Abril, 1969, páginas 70-75.

³² PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

Las terceras recomendaciones de IFLA se publicaron como párrafos 53-61 de las *Standards for Public Libraries* de la Sección de Bibliotecas Públicas de la IFLA (*Verlag Dokumentation*, 1973). Estas recomendaciones no sólo incluían a pacientes de hospital, sino también a lectores que no pueden salir de casa, discapacitados visuales, centros diurnos especializados en el cuidado de ancianos, discapacitados, etc., clubes y residencia de ancianos, prisiones, prisiones preventivas y centros de rehabilitación. Por último, en 1984, IFLA publicó *Guidelines for Libraries Serving Hospital Patients and Disabled People in the Community*. Esta revisión se amplió para cubrir los servicios a otros grupos de discapacitados, que incluyen: sordos, discapacitados mentales/ enfermos mentales, afásicos/disléxicos y aquellos con discapacidad del aparato locomotor. Las prisiones y prisiones preventivas no se incluyeron porque en ese momento, estaban fuera del nuevo alcance definido por la Sección.

Puesto que era imposible preparar normas aplicables universalmente, el documento de 1984 resultó ser, en cambio, un conjunto de pautas sugerentes basadas en el trabajo y la experiencia de bibliotecarios en este campo. Las Pautas tomaron en cuenta todo el trabajo que ya se había realizado por las asociaciones bibliotecarias nacionales.

4.2.3. Parámetros de estas pautas ³³

Propósito

Estas pautas reconocen que, debido a las diferentes necesidades y recursos de los países y a las variantes sociales, culturales y políticas, ningún método o plan puede ser recomendado como universal. Por lo tanto, estas pautas apuntan a describir los niveles a los que deberían aspirar los servicios bibliotecarios para pacientes y se han organizado de tal modo que se puedan usar simplemente para identificar las características esenciales de estos servicios. El equipo de trabajo cree sinceramente que estas pautas serán de gran ayuda para casi todas las situaciones, y será cada institución la que determinará por sí misma la viabilidad y la conveniencia de los servicios que prevea ofrecer.

³³ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

4.2.4. **Objetivos** ³⁴

Promover la creación de bibliotecas / servicios bibliotecarios para pacientes.

Enfatizar la importancia que tienen los programas existentes o en marcha.

Animar a los organismos externos a proporcionar servicios bibliotecarios a personas en centros de atención de larga duración.

Campo de aplicación

Las pautas están enfocadas para aplicarse a bibliotecas y a servicios bibliotecarios para pacientes de todas las edades, en todo tipo de instalaciones de atención sanitaria, para ancianos y discapacitados en residencias de atención prolongada, asilos y otras instituciones.

Supuestos

Las pautas indican que:

-los libros y otros materiales bibliotecarios tienen una importancia intrínseca para todos, cualquiera que sea la edad, el nivel educativo, la posición social, incapacidad física o mental

-en un sentido más personal, los libros y otros materiales bibliotecarios proporcionan la oportunidad de informarse, entretenerse, reflexionar y aprender.

-en todas las sociedades todos los individuos, incluidos los que están temporal o permanentemente confinados en centros de salud u otras instituciones, deben tener derecho a acceder a libros y materiales bibliotecarios adecuados a sus necesidades e intereses.

-los libros, la lectura, y los materiales bibliotecarios pueden ejercer un efecto positivo en el estado o la recuperación de aquellos que estén enfermos física y mentalmente.

4.2.5. **Bibliotecas para Pacientes** ³⁵

Pautas para la planificación de bibliotecas y servicios bibliotecarios para pacientes.

4.2.6. **Misión**

-ser compatible con la misión de la institución que la acoge, con el fin de proporcionar a los pacientes el mayor número posible de materiales y servicios bibliotecarios.

4.2.7. **Objetivos**

-favorecer el bienestar y la recuperación de pacientes mediante:

³⁴ Idem Nota 33

³⁵ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

- la adquisición, organización, conservación y/o suministro de materiales y servicios bibliotecarios que pueden, conforme a las necesidades de cada paciente, resultar medios de diversión, terapia, cultura y, en su caso, educativos y formativos;
- el suministro de información acerca de la salud y el bienestar, enfermedades específicas, trastornos u otros problemas relacionados con la salud que incluyen la etiología, el diagnóstico y el tratamiento;
- el trabajo conjunto con otros servicios de la institución para la atención al paciente.
- promover la idea:
 - de que los materiales bibliotecarios son uno de los únicos medios que los pacientes tienen para compensar el extrañamiento, y para algunos, terrible ambiente del hospital;
 - de que la lectura es a menudo uno de los pocos- y quizá el mejor apoyo- de los que cuentan las personas hospitalizadas;
 - animar al reconocimiento de que, en el concepto de una completa atención al paciente, las bibliotecas y los servicios bibliotecarios deben ser una parte fundamental de cualquier institución al cuidado de pacientes a largo o corto plazo.

4.2.8. Recomendaciones Generales³⁶

Las siguientes recomendaciones representan niveles ideales de servicio.

Pueden y deben usarse selectivamente, de acuerdo a las necesidades de cada institución y de los recursos con los que cuenta para llevarlos a cabo.

4.2.9. Usuarios

Tipos de usuarios

Los usuarios de estas bibliotecas incluirán a pacientes o residentes y sus familiares; puede que también atiendan a pacientes no hospitalizados o que reciban tratamiento domiciliario e incluso al personal del hospital.

Es probable que los familiares, los pacientes externos o aquellos que reciben atención en el centro busquen, principalmente, materiales de información de la salud; en cambio, los residentes pueden utilizar la biblioteca para distintas cuestiones. Sin embargo, los recursos para proporcionar estos materiales varían enormemente de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país. En algunos casos, la biblioteca médica del hospital es la encargada de proporcionar esta información a los pacientes ingresados, mientras que las bibliotecas públicas cubren las necesidades de los pacientes no internos; incluso algunas veces, las bibliotecas médicas atienden a todos. En otros casos, es una institución o servicio ajeno al hospital el principal proveedor de materiales de información sobre la salud. E incluso otras veces, esa responsabilidad residirá en la biblioteca para pacientes.

³⁶ Ídem Nota 35

En cualquier caso, serán las necesidades de cada centro las que determinen el tipo de usuarios.

En cuanto al uso por parte del personal del hospital, esta interacción es importante, en la medida en que permite al personal conocer, de primera mano, qué materiales y servicios están disponibles para los pacientes. Además, les posibilita una oportunidad para conocerse, charlar sobre un tema no profesional, en un ambiente distendido, propiciando un clima que permita el fortalecimiento de sus relaciones.

Consideraciones para la planificación³⁷

Puesto que los pacientes hospitalizados o residentes van a ser los principales usuarios, la planificación de estos servicios deberá enfocarse hacia este grupo. Representan un grupo amplio de la sociedad variando enormemente según- la edad, posición social, económica, nivel cultural, raza y su formación cultural. Sin embargo, será común a todos la enfermedad o trastorno que pueden sufrir: pérdida de la concentración, debilidad, agotamiento, depresión, escasa movilidad y coordinación, dificultad en sujetar y manejar las cosas; respiración insuficiente y por consiguiente actividades desarrolladas con mayor esfuerzo, pérdidas de la vista y del oído. Con los ancianos, el padecimiento de enfermedades crónicas, produce igualmente pérdidas de vista, oído, movilidad, equilibrio, dinamismo y fuerza.

La biblioteca como ayudante terapéutico para este tipo de pacientes, debe además tener presente que es un medio para distraerlos de su enfermedad y animarlos de forma muy positiva a fomentar su curación. Allí donde el objetivo sea la atención más que la curación, la biblioteca posibilita al menos la terapia de puntos de vista nuevos. Puede ayudar incluso a eliminar el sentimiento de inutilidad y dependencia y puede enseñar o informar.

Las pautas para pacientes de hospital del Instituto alemán de Biblioteconomía señalan: «Toda estancia en el hospital significa una carga emocional muy fuerte en los pacientes e influye en su estado psicológico. Esto viene causado por la pérdida súbita de la privacidad, el entorno familiar, y la interacción social de la vida diaria de una persona;... por medio de la intervención de personas, del ofrecimiento de libros y medios audiovisuales, [la biblioteca ayuda] a la relajación y a la descarga emocional de los pacientes acelerando su recuperación.»

³⁷ Ídem Nota 36

4.2.10. INSTALACIONES ³⁸

Ubicación

En atención a todos sus usuarios, la biblioteca debe estar ubicada en la parte central del hospital en una zona fácilmente accesible por los pacientes desde sus propias plantas y al alcance del tránsito de pacientes no ingresados, así como del personal y del tráfico de visitantes. Si no fuera así, la institución debe instalar señalizaciones visibles por todo el edificio indicando la ubicación de la biblioteca.

Cuando sea una agencia externa la encargada del servicio de biblioteca para pacientes, la institución ha de acondicionar* un área de almacenamiento céntrica para albergar una parte importante de la colección y que pueda cerrarse adecuadamente. Para facilitar la rotación de la colección, la zona debe estar cerca de la entrada principal y debe tener fácil acceso a las plantas de los pacientes. También debe establecerse una zona segura para guardar el material, por ejemplo, equipos audiovisuales, carros para libros, así como aparatos valiosos. Según las situaciones propias de cada centro, podría ser útil contar con pequeños espacios de almacenaje en las plantas de pacientes.

* El mobiliario debe incluir estanterías, un escritorio o mesa de trabajo así como archivos y otros enseres.

Acceso y ambientación

La entrada de la biblioteca debe estar libre de umbrales o escalones elevados y ser lo suficientemente amplia para permitir el paso de sillas de ruedas y camillas.

Para identificar fácilmente el servicio e invitar a entrar, se debe instalar puertas total o parcialmente acristaladas; en tales casos, el cristal debe estar marcado para que las personas con visión deficiente no tropiecen. Las puertas deben ser fáciles de abrir: por ejemplo, mediante sistema deslizable o automáticas. Por otra parte, las puertas pueden tener un dispositivo que las mantenga abiertas cuando sea necesario. Resulta muy útil tanto para el personal bibliotecario como para los usuarios la instalación de un buzón para la devolución de libros, un tablón de anuncios, y un buzón de sugerencias colocados en el exterior de la entrada. Se debe procurar crear en la biblioteca un ambiente acogedor y cordial.

³⁸ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

Favorecerá también este propósito un personal amable y sensibilizado, el uso de plantas, flores, cuadros y pósters, la realización de exposiciones interesantes, decorar la biblioteca según las estaciones del año y muestras de material bibliográfico.

Utilización³⁹

El espacio de la biblioteca nunca debe compartirse con ningún otro departamento o servicio. Para lograr su función, la biblioteca debe proporcionar un ambiente tranquilo y relativamente pacífico y esto no se puede cumplir si en parte de ese espacio se realizan otras actividades.

Capacidad⁴⁰

La biblioteca debe disponer de asientos tanto individuales como para grupos; la posibilidad de permanecer largo tiempo sentado es particularmente importante en instituciones de atención de larga duración donde debe cuidarse además la organización de actividades para grupos.

En las instituciones de estancia de larga duración, el número de puestos debe suponer entre el 15 y el 20% del número de camas, mientras que en las bibliotecas de hospitales de corta duración será suficiente disponer de entre el 5 al 10%. El número de asientos será mayor si se espera que la utilicen los familiares de los enfermos, los pacientes no hospitalizados y el personal hospitalario.

Cuando se planifica el espacio para una biblioteca de pacientes, es importante recordar que los pacientes que están en cama necesitan más espacio que los pacientes ambulatorios. Estas consideraciones adquieren sobre todo importancia en las instituciones de atención de larga duración que a menudo cuentan con un alto número de discapacitados físicos.

Por último, recordar que el espacio común entre la biblioteca de pacientes y el dedicado a otras actividades debe ser el mínimo ya que ello facilitará que todos puedan usar el servicio de forma segura y confortable.

Distribución

La distribución depende del espacio disponible y del tipo de institución, de los usuarios así como de los objetivos de la biblioteca, de los programas previstos y de los servicios que se ofrezca. Teniendo en cuenta estas premisas, se pueden considerar las siguientes áreas:

³⁹ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

⁴⁰ Ídem Nota 39

* Área de estudio/lectura

Esta debe ser una zona silenciosa, lejos de la entrada principal, del mostrador de información/circulación y de otras zonas con ruidos y actividades que distraigan. Debe ser confortable y a ser posible con iluminación natural.

El espacio mínimo recomendado para cada puesto de lectura es de 2,5 m² y de 4 m² para puestos de estudio.

Como se ha mencionado anteriormente, cuando la biblioteca espera incluir un número significativo de pacientes en cama, no únicamente de ambulatorio, el mínimo de espacio requerido será mucho mayor.

* Área de audiovisuales

En esta zona los pacientes pueden utilizar material audiovisual: diapositivas, cintas de vídeo o *cassette*, y *CDs*. La sala debe estar equipada con arreglo al tipo de materiales que forman la colección: mesas grandes y amplias para instalar el material y debe estar equipada de material electrónico. También debe disponerse de un método de desinfección básico como el alcohol para que los usuarios puedan limpiar los accesorios, por ejemplo los auriculares.

El espacio por cada puesto deberá ser de 4m².

* Área informática:

Esta sección estará mejor emplazada en una zona donde el personal de la biblioteca pueda acceder fácilmente. Cada puesto de ordenador deberá tener las instrucciones de uso y disponer de espacio adicional para documentos u otros materiales que pueda estar utilizando el usuario; todos los ordenadores deben estar conectados a una impresora.

* Zona de información/préstamo:

Esta zona alberga el mostrador de información/préstamo, que debe estar situado de tal manera que permita la supervisión amplia de la biblioteca, incluida la entrada. Independientemente del tamaño de la biblioteca, el mostrador debe tener espacio para dos personas.

La zona de referencia debe estar justo al lado del mostrador para colocar los catálogos de fichas, o el catálogo automatizado así como materiales de referencia general como enciclopedias, diccionarios, directorios y anuarios.

* Aseos adaptados a personas discapacitadas.⁴¹

Si es posible, el aseo debe estar dentro del espacio de la biblioteca o bien junto a la entrada.

* Zona para las relaciones sociales.

⁴¹ Ídem Nota 40

Esta zona es particularmente importante en las instituciones de atención de larga duración donde las probabilidades para las relaciones sociales son más altas. En definitiva, las bibliotecas para pacientes tienen una función social, que debe reconocerse y fomentar, ya que permite a los pacientes desarrollar actividades y utilizar recursos como si estuvieran en el exterior.

* Sección para niños.

Parte de la biblioteca debe adaptarse a las necesidades de los niños, no sólo de los pacientes, sino también de los familiares que los visitan. El tamaño y la disposición del espacio dependerá del número de usuarios a atender; de los materiales y de las actividades que se planifiquen: vídeos, teatro de títeres, cuentacuentos, visita de payasos, etc. En algunos casos, el espacio de la biblioteca puede además ser útil para que los niños continúen sus clases, proporcionado por tanto, un vínculo entre su hospitalización y la actividad escolar.

* Zonas de administración, unidad central de proceso y depósito.⁴²

Para la gestión y coordinación de las actividades se requiere un espacio separado. Así se asegura la tranquilidad que exigen las charlas y consultas propias del trabajo.

La sala para la unidad central de proceso debe disponer de una mesa de trabajo, armarios para archivos y estantes adecuados para desembalar, procesar y guardar los materiales. Puede contar además con fregadero, agua caliente y fría.

Se debe destinar una tercera zona para almacenaje de material técnico, auxiliares de lectura y carros de libros.

El número y el tamaño de estas tres salas dependen del tamaño de la biblioteca, el número de su personal, y los campos de aplicación de sus actividades. Por lo general, para el espacio de la oficina se recomienda 12m² por cada empleado.

* Sala de estar

Las bibliotecas que cuenten con apoyo de voluntarios pueden considerar la conveniencia de destinar una sala anexa a la oficina como cuarto de estar para voluntarios o el personal equipándolo con mesas y sillas cómodas. Un sencillo equipo de cocina humanizaría esta parte de la biblioteca que atraería a más voluntarios.

* Iluminación⁴³

Se debe proporcionar toda la iluminación natural posible, pero cuidando que la luz del sol no deslumbre a determinadas horas del día, sobre todo en la zona de estanterías y sala de lectura. Si la luz del sol no se puede evitar en estas salas, se recomienda poner persianas graduables.

⁴² Ídem Nota 40

⁴³ Ídem Nota 40

La luz artificial debe ser igualmente agradable y adecuada siendo un complemento de la luz natural; debe utilizarse cuando la luz del sol sea mínima o al atardecer. Debe instalarse luz directa y suficiente entre los pasillos que contengan estanterías modulares.

Mobiliario y estanterías

*** Mobiliario**

Algunos elementos del mobiliario elegidos para la biblioteca dependerán de las necesidades de los usuarios. Sin embargo, todos deben ajustarse a las directrices de la institución sobre seguridad, servicio, y medios de conservación.

A continuación se señalan algunas recomendaciones:

*** Mesas.**

Puesto que los requisitos de los pacientes pueden variar significativamente, es difícil recomendar medidas ya que las mesas suelen tener una altura estándar. Por ejemplo, un paciente en silla de ruedas necesita una mesa ligeramente más alta que la que podría necesitar una persona que está incorporado en una camilla o sentado. (Véase apéndice para las dimensiones de la mesa). Los niños, naturalmente, necesitan mesas más pequeñas que las habituales.

Dadas las diferentes necesidades de los usuarios, es preferible consultar los catálogos de empresas especializadas en mobiliario para bibliotecas y/o para discapacitados con el fin de establecer descripciones exactas y diseños adecuados.

Independientemente de las dimensiones, todas las mesas deben estar sólidamente construidas para soportar el peso de una persona sin apoyo.

*** Lámparas.**

Las lámparas pueden proporcionar un entorno agradable y hogareño, y son a menudo un complemento valioso a la iluminación del techo. Cuando se utilizan lámparas de mesa como luz complementaria, deben sujetarse con tornillos o fijarse permanentemente a la superficie para evitar que se vuelquen. Los cables de las lámparas deben recogerse y asegurarse cuidadosamente para evitar que los pisen.

*** Sillas.**

Las sillas deben ser cómodas, seguras y resistentes y estar bien equilibradas para soportar el esfuerzo adicional que supone acomodar a personas débiles. Por lo general, deben tener reposabrazos que permitan sentarse con facilidad y ser ligeramente más altas de lo normal para que los pacientes en sillas de ruedas puedan ser trasladados y para que las personas más débiles puedan levantarse o sentarse.

En la sala de lectura pueden instalarse sillas cómodas, a ser posible agrupadas alrededor de pequeñas mesas de café o en los extremos de las mesas. En las zonas

de estudio y prensa se utilizarán sillas rectas con reposabrazos, respaldos, y asientos acolchados pudiéndose colocar también algunas en la entrada principal para los pacientes que están esperando a familiares o amigos.

Las sillas tapizadas deben estar confeccionadas en un material que pueda tratarse fácilmente con desinfectante. El departamento del hospital encargado del control de las desinfecciones debe proporcionar orientación sobre esto.

* Suelo.

Existe una gran variedad de tipos de suelo adecuados para bibliotecas de pacientes, por ejemplo el linóleo y el vinilo. Ambos son lavables, una de las características primordiales en los hospitales y otras instituciones de atención al paciente con requerimientos de control de infecciones.

El linóleo, disponible con un componente adhesivo a la base, es una buena elección para reducir el desgaste y aumentar el confort. Además, como sus juntas están selladas térmicamente, se puede fregar y desinfectar a fondo sin peligro de filtración en el suelo. El linóleo resiste bien la limpieza mecánica y el barrido.

En la sala infantil se debe optar por la instalación de alfombra de goma decorativa, resistente y vitrificada de las que se presentan en piezas que se unen y en varios colores. Son fáciles de desinfectar y el acolchado permite que los niños se sienten en el suelo.

Se deben evitar las alfombras que puedan abrigar bacterias y gérmenes aunque sean desinfectadas regularmente.

Estanterías⁴⁴

Si es posible, la mayor parte de la colección debe estar en estantes adosados a la pared, puesto que proporciona un acceso más fácil a los pacientes en sillas de ruedas o en camillas así como para los que utilizan muletas o andadores. Debe haber espacio suficiente entre los estantes y cualquier otro mueble adyacente con el fin de permitir a los pacientes que se muevan con mayor seguridad.

Si se emplean librerías modulares, los pasillos que las separan deben tener 460 cm de ancho, para permitir tanto a los pacientes que están en camilla como a los que no, pasar de una a otra sin problemas. Puesto que las personas que utilicen la biblioteca tendrán probablemente limitaciones para alcanzar las cosas y para inclinarse, las estanterías no deben tener una altura superior a 460 cm ni inferior a 20 cm desde el nivel del suelo, el término medio es de cinco baldas por estantería.

Las baldas no deben ocuparse en más de sus tres cuartas partes que permita dejar un espacio para colocar, abrir u hojear un libro.

⁴⁴ Ídem Nota 40

Los formatos de los materiales de la biblioteca (libros, revistas, periódicos, materiales audiovisuales y especiales) determinarán los tipos de estanterías que deban utilizarse al igual que el espacio y las asignaciones presupuestarias. Un esquema de referencia útil puede ser el siguiente:

Para LIBROS, las estanterías más prácticas son las de madera o láminas de metal con estantes graduables. Por lo general, estantes de 90 cm lineales pueden albergar siete volúmenes de ficción/ no ficción, seis obras de referencia, y cinco de medicina o bien treinta libros de ficción/ no ficción.

Los PANFLETOS Y FOLLETOS son más fáciles de alcanzar de las estanterías si se colocan en cajetines montados en la pared o sobre una mesa de altura media o bien en paneles giratorios.

Los PERIODICOS se pueden colocar sobre rejillas adosadas a la pared a una altura baja, con varillas ideadas para ejemplares sueltos, o podrían estar esparcidos sobre una mesa amplia para hojearlos.

Las REVISTAS se pueden almacenar de muchas formas; una de las más prácticas tiene baldas móviles, e inclinadas para colocar el último número y un depósito para los números atrasados. Los materiales muy grandes y especiales como los libros en braille necesitan sus propios espacios de almacenamiento.

Los catálogos de distribuidores y fabricantes proporcionan una abundante información sobre este tipo de soportes.

La colocación de los MATERIALES DE REFERENCIA debe contemplar igualmente las limitaciones de los enfermos y de los discapacitados. Las fichas de los catálogos, por ejemplo, deben estar en una cajonera horizontal mejor que vertical, con no más de tres cajones de altura, y deben estar situados sobre un soporte abierto de no más de 65 cm de alto. Pueden también situarse sobre una mesa lo suficientemente alta que permita encajar una silla de ruedas.

Los catálogos informatizados deben ser accesibles tanto para pacientes en silla de ruedas como para pacientes ambulantes, por lo que deben disponerse en soportes de 75 a 80 cm y 90 cm de alto respectivamente. También, pueden situarse sobre una mesa normal lo suficientemente alta para permitir el acceso desde silla de ruedas.

Siempre que sea posible, los catálogos informatizados se conectarán a una impresora; y si no fuese así, la sala debe disponer de un espacio amplio para que los pacientes tomen notas.

El MATERIAL AUDIOVISUAL requiere un almacenamiento que lo proteja de los factores ambientales como el polvo, el calor, y los campos magnéticos. En el mejor de los casos, deben conservarse a temperatura y humedad constante. Los actuales

catálogos de fabricantes y distribuidores son las mejores guías para conseguir el sistema más apropiado. No obstante, las instituciones que cuentan con un amplio material audiovisual suelen disponer de las condiciones óptimas recomendadas hoy día.

4.2.11. Equipamiento⁴⁵

Dependiendo del presupuesto, y de las necesidades del personal y de los usuarios, se debe tener en cuenta el siguiente material:

- * Se supone que los teléfonos están disponibles para el uso del personal, pero al menos uno debe destinarse a uso de los pacientes; si fuese necesario, se adaptarán para que los discapacitados puedan oír y hablar.
- * Una fotocopiadora es fundamental, no sólo para las tareas de la biblioteca, sino también para los pacientes que necesiten fotocopiar partes de libros o revistas, sobre todo para fotocopiar materiales de información de la salud.
- * El fax ha llegado a convertirse en parte indispensable del material de oficina, sobre todo en las bibliotecas que realizan préstamo interbibliotecario. Es un método alternativo de comunicación interna muy eficaz.
- * Los carros de libros deben estar disponibles en varios tamaños, incluyendo uno pequeño para las estanterías y otras funciones de mantenimiento de la biblioteca; se optará por un modelo ligero y de gran capacidad para llevar materiales a las plantas de los pacientes (para colocarlos a la cabecera de la cama, estos serán verticales con estantes inclinados horizontalmente) y otros de gran capacidad para llevar materiales a las clínicas, y salas de espera. Siempre que sea posible, debe contemplarse carros motorizados, sobre todo para transportar grandes bloques de material. Cuando sea un servicio bibliotecario externo el suministrador de libros, el hospital debe proporcionar un número suficiente de carros de libros ligeros (preferiblemente con motor) y de gran capacidad para transportar materiales desde el depósito hasta las plantas de los pacientes.
- * Taburetes: se debe disponer de gran cantidad de ellos, tanto fijos como de ruedas.
- * Un Ordenador personal o máquina de escribir: debe estar disponible aunque la elección dependerá de las preferencias del personal. Si bien, según las condiciones propias, es aconsejable disponer de una máquina de escribir para uso de los pacientes, al menos en las instituciones de estancia prolongada, ya que la experiencia demuestra que muchas personas adultas y mayores prefieren escribir de esta manera.

⁴⁵ Ídem Nota 40

Se debe disponer de ordenadores personales conectados a la red del centro, así como a otras redes e Internet, sobre todo porque la información sanitaria más fiable se suele encontrar en las propias instituciones y también en Internet. Al menos un ordenador debe estar equipado con mecanismos auxiliares para los pacientes discapacitados. Todos deben estar conectados a una impresora y tener entrada para unidades de disquetes, discos compactos o *DVD*.

El Departamento de Informática de la institución puede ayudar facilitando conexiones a Internet y a su propia red; para mayor seguridad de la red, esa colaboración será obligatoria en algunas instituciones. Si fuese posible, el Departamento de Informática además debe considerar el que los pacientes tengan acceso al correo electrónico en los ordenadores de la biblioteca, una ventaja especialmente importante para estudiantes, personas de negocios o para aquellos cuyas familias o amigos vivan lejos.

* Los ordenadores portátiles con acceso a Internet pueden distribuirse por las plantas, lo que ayudará enormemente a los pacientes que desean escribir, llevar sus negocios, o permanecer en contacto con sus familiares y amigos.

* Los aparatos auxiliares deben estar disponibles cuando haya un gran número de personas discapacitadas; estos aparatos llegan sobre todo a ser indispensables para este grupo cuando los catálogos de la biblioteca y los recursos importantes se encuentran sólo en formato electrónico. Los catálogos de fabricantes y distribuidores disponibles normalmente en Internet, proporcionan una ayuda enorme en este campo. También se encontrará información en las páginas web de los centros académicos, instituciones, organizaciones y asociaciones enfocadas hacia un tipo u otro de discapacidades.

* Televisión: Se debe disponer de televisión con decodificador de títulos conectada a emisoras internas y externas para uso de los pacientes. Las televisiones tendrán una importancia adicional en países que han comenzado a proporcionar correo electrónico a través de la televisión.

* Debe abundar quipos de VIDEO-AUDIO para uso de materiales audiovisuales. Se incluirán: auriculares u otros elementos de audición, aparatos para libros hablados; aparatos de lectura de libros y reproductores de cintas, vídeos, lectores de CD y DVD (el reproductor de algunos DVD también sirve para los CD).

4.2.12. Personal ⁴⁶

⁴⁶ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para

Características del personal: perfil y número

Los factores locales determinarán el tamaño de la plantilla y su configuración considerando: 1) el tamaño y características de la institución; 2) el número y tipo de personas que se espera utilicen el servicio de biblioteca; 3) los materiales, las actividades y los servicios que se prevea ofrecer. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que trabajar con pacientes de hospital y especialmente con discapacitados y ancianos hospitalizados requiere de una dedicación exclusiva:

-habrá probablemente un gran número de pacientes en cama que soliciten a menudo servicios regulares;

-muchos de los pacientes o internos que están capacitados para visitar la biblioteca pueden estar impedidos o limitados por otras causas y necesitan una asistencia especial.

-los enfermos o discapacitados físicos solicitarán frecuentemente audiovisuales y colecciones de aparatos auxiliares que requieren personal especializado para su uso:

- las valoraciones biblioterapéuticas requieren tiempo, sin embargo compensan.

- el personal bibliotecario deberá disponer de tiempo para mantener una buena relación con otros servicios o departamentos de atención al paciente, para asistir a reuniones de dirección de grandes instituciones, y para consultar a menudo con el personal administrativo.

Considerando que la eficacia de toda biblioteca o servicio bibliotecario depende en gran medida de contar con un número idóneo de personal cualificado, se deben tomar en cuenta las siguientes categorías de personal:

- uno o más bibliotecarios profesionales

- uno o más auxiliares de bibliotecas

- auxiliares técnicos (personal experto en el manejo de aparatos audiovisuales, auxiliares y ordenadores)

- personal administrativo

La responsabilidad administrativa debe residir en un bibliotecario profesional que tenga los conocimientos y la formación necesaria tanto si es una biblioteca independiente como un servicio facilitado desde el exterior.

Si fuese imposible emplear a tiempo completo a un bibliotecario, el hospital debe contratar un asesor bibliotecario (un bibliotecario profesional) para proporcionar una

Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

completa orientación técnica. En el mejor de los casos, la persona debe proceder de una biblioteca pública municipal, donde la mezcla de personas y los gustos de lectura de la comunidad son bien conocidos. El hospital puede considerar la posibilidad de compartir un bibliotecario con otra institución.

Además, este personal debe estar familiarizado con la propia comunidad.

En cualquier caso, el personal de la biblioteca, auxiliares de bibliotecas, auxiliares técnicos y personal administrativo, nunca funcionarán con eficacia sin una orientación profesional.

Requisitos⁴⁷

El bibliotecario gestor debe poseer las siguientes cualidades:

- conocimiento completo de biblioteconomía y nociones de administración;
- habilidad para organizar y planificar;
- buen criterio sobre el modo en que los servicios y los materiales bibliotecarios pueden contribuir a la atención del paciente;
- ser consciente de los problemas que padecen las personas enfermas, ancianos y discapacitados, así como de sus necesidades bibliotecarias;
- conocimiento del trabajo médico, psicológico y de términos psiquiátricos;
- habilidad para escribir y hablar claramente, sabiendo definir con eficacia la contribución de la biblioteca a la atención de pacientes;
- buen juicio y flexibilidad.
- Todos los miembros de la plantilla deben tener conocimientos básicos de los métodos y necesidades bibliotecarias de las personas enfermas, ancianos y discapacitados. Además, deben tener también algunos conocimientos técnicos, sobre todo si la biblioteca cuenta con servicio informático y con acceso a Internet.

El personal que trabaje directamente con los pacientes debe además tener:

- total comprensión de los problemas y necesidades de las personas a las que atienden, sean niños, enfermos mentales o físicos, ancianos o discapacitados;
- ser accesible y agradable;
- ser paciente, comprensivo, y con empatía;
- habilidad para escuchar.

Voluntarios

Los voluntarios pueden ser una fuente de asistencia enorme en casi todos los aspectos de las tareas de la biblioteca. Según la habilidad de la persona, y con un cuidadoso aprendizaje, pueden proveer de personal al mostrador de préstamo, facilitar servicios de información o referencia básica, suministrar el servicio de carros de libros

⁴⁷ Ídem Nota 46

a los que estén en cama, tramitar préstamos interbibliotecarios, ayudar a expurgar la colección, elaborar estadísticas, mantener los archivos verticales, tramitar petición de nuevos materiales y organizar los envíos a los talleres de encuadernación.

Cuando la ayuda de voluntarios sea posible, se deben reclutar no sólo por medio del departamento de voluntarios del hospital sino también a través de organizaciones de voluntariado que pueden especializarse en servicios o trabajos relacionados con el hospital.

Descripción de los puestos⁴⁸

La biblioteca debería desarrollar y mantener una descripción de los puestos de trabajo remunerados y de los puestos para el personal voluntario (en el caso de los voluntarios, podría ser una categoría genérica). En instituciones donde la biblioteca funciona como un departamento independiente, debería incluso ser obligatoria dicha descripción de categorías.

Las normas de la institución y el manual de procedimiento que complementa o define la descripción de funciones, deben estar siempre disponibles en la biblioteca tanto para consulta del personal como para los voluntarios.

Formación y reciclaje

Se debe realizar un esfuerzo para estimular y facilitar cursos de formación a todo el personal incluyendo a los voluntarios, dados los cambios continuos que se están produciendo en los servicios bibliotecarios. Siempre existen nuevos métodos, técnicas y recursos que hay que aprender.

El aprendizaje continuo es vital para el personal que trabaja con niños, ancianos y discapacitados, puesto que los métodos para conocer a estos usuarios también cambian constantemente.

Los programas de formación continuada podrían incluir:

- los propios programas de la institución
- seminarios facilitados por las bibliotecas públicas o por consorcios de bibliotecas (redes);
- cursos patrocinados por las asociaciones bibliotecarias profesionales;
- visitas a otras bibliotecas de pacientes;
- seminarios impartidos por diferentes grupos u organismos;
- cursos a distancia organizados por Escuelas de biblioteconomía y apoyados con materiales de estudio enviados por correo electrónico o postal.

⁴⁸ Ídem Nota 46

No obstante, a falta de estos cursos, se puede recurrir al autoaprendizaje mediante la lectura regular de libros y revistas especializadas e incluso a través de catálogos de fabricantes y de distribuidores.

4.2.13. Presupuesto⁴⁹

La institución debe disponer de fondos económicos suficientes para hacer frente a los gastos derivados de la colección, incluido el material impreso y no impreso, los salarios, los aparatos auxiliares cuando sean necesarios así como otros equipos, proveedores, operaciones técnicas, programas, y servicios como el préstamo interbibliotecario, conexión a la red y otros gastos.

Cuando la biblioteca esté mantenida por un convenio de cooperación, los gastos se compartirán. Dado el recorte fiscal que tienen que afrontar muchos hospitales, instituciones de atención prolongada y bibliotecas públicas, parece prudente recomendar que los gastos sean los mínimos. La permanencia de estas instituciones depende en gran medida de una exitosa gestión del gasto y de la perspicacia que el personal bibliotecario emplee para reducir gastos.

Los gastos podrían disminuir mediante la reducción de tareas rutinarias; prescindir del papel salvo que sea estrictamente necesario; automatizar procesos u operaciones concretas; establecer convenios de cooperación para la catalogación y los servicios técnicos, etc.; reducir personal cualificado, compartir personal, utilizar personal de otras partes de la institución.

Para lograr una eficacia contable a largo plazo, el bibliotecario gestor debe saber contabilidad, ser flexible y lo suficientemente creativo para probar métodos nuevos y eficientes. Debe además examinar de forma continuada los programas y los servicios bibliotecarios para comprobar cuáles son los más importantes y cuáles podrían ser recortados o eliminados.

En el caso de ser un servicio externo, los gastos serán significativamente más bajos: se necesita menos personal, no hay costes de equipamientos importantes, el mantenimiento de la instalación será mínimo y por tanto los gastos de suministro; en resumen, habrá menos gastos de infraestructura.

En cambio, una biblioteca independiente o un servicio bibliotecario propio tendrá gastos obligatorios de personal y de la colección. Para esto, las siguientes pautas pueden servir de ayuda.

-los salarios del personal deben ser comparables a los mismos puestos de otras bibliotecas.

⁴⁹ Ídem Nota 46

-el presupuesto de gastos para iniciar una colección debe calcularse en el número de libros por cama (aproximadamente de 6 a 8 por cama) por el número total de camas y multiplicado por el coste medio de un libro; para mantener una colección ya existente, el presupuesto debe basarse en un porcentaje de incremento anual de nuevas adquisiciones del 10% al 15% de la colección actual. Por ejemplo, un incremento anual del 10% en una colección de 3.000 libros significaría unos 300 nuevos libros al año (por tanto, presupuesto anual = 300 por el coste medio de un libro).

- Si existiera una gran demanda de aparatos audiovisuales y auxiliares, se debe aplicar el método anterior para asignar los recursos necesarios.

4.2.14. Colecciones ⁵⁰

Las bases para una selección racional para las bibliotecas de pacientes se propusieron en las pautas del Instituto alemán de Bibliotecarios. Las pautas señalaban: «La enfermedad es uno de los pocos fenómenos sociológicos que no tiene en cuenta las diferencias económicas, educativas, de edad o de nación. Por ello, los enfermos... representan a un grupo significativo de toda la sociedad.»

Al igual que toda biblioteca, las colecciones de las bibliotecas para pacientes se deben organizar según las necesidades y las preferencias de sus usuarios. Es básico para esta planificación el establecimiento de unos criterios de incremento de la colección que no sólo definan el grupo de usuarios, sino que también contemple sus necesidades. Además, estos criterios deben contemplar los tipos y los formatos de materiales adecuados, así como temas relacionados con el canje, las donaciones y el expurgo. ⁵¹

Los materiales seleccionados deben tener las siguientes características:

- todos deben estar en buenas condiciones;
- todos deben ser de buena calidad;
- los libros deben ser ligeros y fáciles de manejar;
- se debe destinar un porcentaje de la colección para los pacientes con deficiencias visuales, es decir, deben ser de letra grande y con líneas a doble espacio, y, si fuese necesario, debe disponerse de otros formatos como cintas, CDs o libros en sistema braille;
- los materiales de información sobre la salud y la literatura de no-ficción deben ser algo corriente y obligatorios destinándose un porcentaje en formatos diferentes.

El contenido de las colecciones debe orientarse hacia la información sobre la salud y la lectura de entretenimiento en formatos tanto impresos como no impresos.

⁵⁰ Ídem Nota 46

⁵¹ Ídem Nota 46

- Los materiales impresos para la lectura de entretenimiento deben incluir: libros de tapa dura y libros en rústica; periódicos de ámbito local, provincial y nacional; materiales en lenguas extranjeras y bilingües; para los deficientes visuales, libros en sistema braille³⁶, también libros prácticos y otros libros de lectura; material de Lectura-Fácil³⁷ ideados para los discapacitados mentales; para lectores principiantes o lentos, libros con niveles de lectura 1, 2 y 3; una amplia gama de libros y revistas para niños, incluyendo libros de pintura y ejemplares múltiples de sus cuentos favoritos.

En las instituciones de atención de larga duración, se debe poner énfasis en la conservación de libros y revistas de interés general que pueden animar y permitir a los internos a compartir experiencias y conocimientos en actividades de grupo.

Se debe mantener un buen equilibrio entre los libros de ficción y no ficción.

Los libros de ficción deben incluir: *best sellers*, clásicos, libros de ingenio, libros de evasión como las novelas de aventuras, romances y misterio.

Los libros de no-ficción deben incluir: biografías, literatura, sobre todo relatos y poemas; libros de interés especial, como libros de cocina, de viajes y de pasatiempos; libros de auto-aprendizaje, por ejemplo, libros de informática, de pintura, de jardinería y de carpintería.

- Los materiales impresos de información sobre la salud pueden ayudar a los pacientes a entender su enfermedad o trastorno, permitiéndoles por tanto, estar informados de los tratamientos que pueden seguir durante el curso de su enfermedad. La información sobre la salud puede enseñar a los pacientes cómo afrontar las enfermedades crónicas o cómo enseñarles a conseguir y tener una buena salud.

Con respecto a esto último, la colección sobre información de la salud debe incluir obras de referencia general como: diccionarios, enciclopedias y directorios (guías de atención de la salud, guías para los médicos, guías para las fuentes del servicio social); terminología médica, acrónimos y abreviaturas; bibliografías de temas específicos.⁵²

Los formatos deben incluir: libros, revistas, informes, panfletos y folletos.

Las materias representadas podrían depender de si el hospital proporciona atención especial o general. Por lo tanto, y en líneas generales, una colección de información sobre la salud incluirá: anatomía y fisiología, medicamentos, medicina interna, sobre todo tratamientos y diagnósticos actuales, nutrición, cirugía, ortopedia, psiquiatría y salud mental en general, obstetricia y ginecología, geriatría, otorrinolaringología, oftalmología, odontología, enfermedades y trastornos raros o poco conocidos, salud del hombre y de la mujer.

⁵² Ídem Nota 46

Dado que los niveles de comprensión de los pacientes /usuarios varía enormemente, los materiales que conformen la colección deberán contener desde los niveles básicos a los niveles profesionales.

Las asociaciones y los organismos profesionales son excelentes fuentes de información sobre la salud, y las bibliotecas para pacientes deben beneficiarse de ellas; a menudo, sus materiales son multilingües y a veces gratis o muy baratos.

Por último, se debe instalar un panel que señale las colecciones de información sobre la salud. El empleo de los paneles puede ser obligatorio en algunas instituciones.

El número de libros que se necesitan para la colección variará según la condiciones de cada centro. Aunque no existe una regla fija se deberían considerar las siguientes pautas generales.

Para un hospital con:

menos de 300 camas 8 libros por cama

de 300 a 500 camas 7 libros por cama

más de 500 camas 6 libros por cama

para las instituciones de atención de larga duración 8 libros por cama

Se debe seguir un criterio regular para el expurgo de la colección, principalmente para renovar las obras de referencia anticuadas, los libros que estén en malas condiciones y los que no se han usado. Cada año se debe reemplazar aproximadamente el 20% de la colección, aunque variará según la frecuencia de uso.

Cuando los materiales de la biblioteca sean facilitados mediante una colección de depósito, dicha colección deberá ser «refrescada» con frecuencia. Aquí, la Biblioteca de Norfolk (U.K.) y las Normas de la Biblioteca para Pacientes del Servicio de Información proporciona un esquema útil de referencia. Las normas obligan a la siguiente proporción:

Libros en las estanterías Mínimo % a renovar

más de 1000 15%

de 700 a 999 20%

de 450 a 699 25%

de 150 a 499 30%

Las normas también indican que la colección debe renovarse cada tres meses y que los libros no deben tener más de ocho años.

- Los materiales de entretenimiento no impresos deben incluir: libros en otros formatos como libros hablados en formato analógico (cintas) o digital (cintas, *CDs*, *DVD*); periódicos y revistas habladas; cintas de vídeo que contengan películas, obras de teatro y espectáculos, todas preferiblemente bien precintadas y con su etiqueta

correspondiente; CDs de música; radios portátiles y *discmans (walkmans)*; juegos, puzzles, juegos de cartas, etc. sobre todo para los niños y los que estén en instituciones de atención de larga duración; artes y oficios; en especial para los ancianos hospitalizados, cintas de casete o de vídeo autodidácticas (tituladas cuando sea necesario); para los discapacitados sensoriales en atención prolongada, juguetes y muñecos adaptados para enseñar las habilidades de interacción social y cognitivas; para aquellos con problemas de aprendizaje, programas de ordenador enfocados a enseñar a leer, desarrollo del lenguaje, ortografía, vocabulario, gramática, y comprensión lectora; si fuese útil, una «ludoteca».⁵³

- Los materiales no impresos de información sobre la salud incluirán las mismas categorías que las de la colección impresa. Aunque, en gran medida, la información sobre la salud no impresa se concentra en base de datos internas y externas así como en otros recursos electrónicos incluido Internet. Para el bibliotecario, Internet se ha convertido en una bendición y al mismo tiempo en una carga puesto que absorbe muchísimo tiempo localizar y evaluar toda la cantidad de información que contiene. Por razones de calidad y tiempo, se debería mirar primero las páginas de Internet de las asociaciones médicas locales, provinciales y nacionales; son fuentes de información de la salud de alta calidad y normalmente proporcionan enlaces con otras fuentes fiables. Los nuevos portales de Internet pueden ayudar a identificar fuentes de información fiable; las páginas de muchos consorcios bibliotecarios y bibliotecas de la ciencia de la salud / biomédicas harán lo mismo.

No obstante, la biblioteca y el hospital pueden considerar la posibilidad de hacer firmar a los pacientes una cláusula de no responsabilidad por la información de la salud encontrada y usada a través de la conexión a Internet de la biblioteca. El hospital o la biblioteca pueden además exigir a los pacientes que no hagan un mal uso del servicio; como alternativa se podrían utilizar filtros.

Todas las colecciones no impresas deben disponer del soporte electrónico correspondiente y estar en buenas condiciones.

Por último, y si fuese preciso, debe disponerse de aparatos auxiliares.

Estos pueden incluir ayudas básicas como lentes de aumento hasta soportes de lectura (atrilés), pasa-páginas electrónicos, aparatos de lectura de libros, y libros hablados. Pueden además incluir aparatos de ayuda más sofisticados como tele-máquinas de escribir TTYs especiales para sordos y con problemas de audición, amplificadores para teléfonos, decodificadores de subtítulos; pantallas táctiles para

⁵³ Ídem Nota 46

ordenadores, soportes que alargan la pantalla, sintetizadores de voz, impresoras y teclados en sistema braille, y sistemas de lectura impresa con salida de audio.

El campo de los aparatos auxiliares ha crecido espectacularmente y no hay duda que continuará creciendo. Para mantenerse informado de los avances tecnológicos, la biblioteca debe estar en contacto con las bibliotecas nacionales y provinciales para discapacitados físicos y visuales. Para un conocimiento exhaustivo, los catálogos y páginas en Internet sobre fabricantes y distribuidores de aparatos prestan una ayuda completa.

4.2.15. Programas y servicios⁵⁴

Aparte de la creación y circulación de un conjunto de materiales bibliotecarios, la biblioteca para pacientes debe facilitar, al menos, otros servicios y programas. Su implantación dependerá probablemente del personal y de los recursos disponibles, sin embargo, su cantidad y tipos estarán en función de las necesidades del usuario.

A continuación se exponen algunos ejemplos de servicios y programas implantados comúnmente en instituciones de atención al paciente. Algunos son básicos y requieren recursos mínimos; otros son más complejos y necesitan de personal con dedicación exclusiva.

-Servicio permanente y regular de carros de libros a las plantas de pacientes. Debería ser un servicio fundamental en todas las instituciones que atienden a personas en cama y ambulatorias. En el mejor de los casos, el servicio se debe realizar dos veces por semana, aunque las propias circunstancias podrían establecer en última instancia cuándo se facilitará el servicio. Pero, sea cual sea el servicio que se fije (dos veces más o menos por semana), debe tener una continuidad: los enfermos, ancianos y personas discapacitadas que están hospitalizadas a menudo sufren cuando se les cambian los horarios y no se cumplen las expectativas.

-Además de este servicio, los materiales bibliotecarios siempre deben estar a disposición de los pacientes mediante petición telefónica.

-Recientemente se debate acerca del beneficio que supone alentar a los ancianos encamados y a algunos pacientes de psiquiatría a que visiten la biblioteca en lugar de que reciban el servicio en sus camas, con la idea de que estas visitas a la biblioteca favorece la socialización. Pero estas decisiones se deben hacer siempre de acuerdo a las necesidades propias y teniendo en cuenta las circunstancias individuales de cada paciente.

-Si es preciso, debe disponerse de pequeñas colecciones de libros y otros materiales impresos en unidades de diálisis y de quimioterapia, en salas de día, de espera, y de

⁵⁴ Ídem Nota 53

tratamiento especial. Los libros en rústica que no necesitan ser devueltos a la biblioteca son idóneos ya que la probabilidad de pérdida del libro en estos lugares es normalmente muy alta. Por otro lado, si fuese posible asumir estas pérdidas, se podría también facilitar libros de tapa dura y baratos. Las revistas actualizadas y los periódicos diarios son también idóneos, sobre todo para aquellos que tienen un tiempo limitado para leer.⁵⁵

-Un servicio de préstamo interbibliotecario proporcionará a los usuarios materiales que no se encuentran en la propia colección de la biblioteca. El préstamo interbibliotecario es más eficaz a través de una red bibliotecaria: en estos casos, el proceso está centralizado, por lo que la biblioteca se beneficia de la facilidad de utilizar una única vía para acceder a muchas colecciones diferentes.

-El servicio de referencia es especialmente importante cuando la biblioteca facilita materiales y fuentes de información sobre la salud, ya que existe tanta información que puede fácilmente abrumar al inexperto. Los usuarios pueden necesitar ayuda, por ejemplo, no sólo para responder preguntas específicas, sino para sortear el laberinto de información disponible.

También pueden necesitar ayuda para identificar las mejores fuentes de información y, en general, para aprender a manejar los ricos recursos de Internet.

-El asesoramiento de lectura (o guía de lectura) es importante, en especial en las instituciones de atención de larga duración donde los pacientes suelen participar en programas individualizados de lectura. El asesoramiento implica un conocimiento de las necesidades e inquietudes de los pacientes y de los materiales disponibles que pueden elegir. Los objetivos de este asesoramiento pueden ser educativos, de entretenimiento o terapéuticos.

-Siempre que sea posible, las bibliotecas para pacientes deben producir bibliografías comentadas de materias específicas sobre temas como la enfermedad, la salud, el bienestar o el ocio. Entre otras ventajas, las bibliografías propias están generalmente más actualizadas que las elaboradas en el exterior.

-La biblioteca para pacientes debe proporcionar materiales de apoyo a programas de rehabilitación y de educación de la propia institución: programas de terapia ocupacional, escolares y lúdicos. Con estos programas no sólo se benefician los

⁵⁵ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

pacientes y el personal, sino que el trabajo cooperativo viene a reforzar el papel de la biblioteca como un servicio de atención al paciente.

-Para los pacientes de atención prolongada⁵⁶, se debe pensar en ofrecer formas apropiadas de entretenimiento. Esto lo puede hacer la propia biblioteca o en colaboración con otros servicios o departamentos y pueden incluir debates sobre libros, talleres, películas o diapositivas, actuaciones musicales, juegos, lecturas de poesías por parte de los pacientes o de los internos, charlas y debates, etc.; para los niños, talleres, cuentos, teatro de marionetas, lectura en voz alta de cuentos, que incluyan el sistema braille así como otras actividades.

-Como se apuntaba en el prefacio de estas pautas, la musicoterapia sigue utilizándose en la atención del paciente como un complemento de medicina paliativa para estimular, tranquilizar y aliviar el dolor, el estrés y la tensión. El espacio para realizarla puede ser desde las habitaciones de los pacientes, las salas de operación y de postoperatorio e incluso en la atención domiciliaria y en residencias.

-Se debe realizar un esfuerzo para apoyar estos programas de musicoterapia: la creación y mantenimiento de una colección de cintas musicales no es muy costosa y apenas ocupa tiempo, y sin embargo beneficia enormemente a los pacientes y al personal que los atiende.

-Cuando los conocimientos del personal lo permitan, la biblioteca para pacientes debe fomentar y apoyar los programas de biblioterapia. Según la definición terapéutica, la biblioterapia es más estructurada y profunda que el asesoramiento de lectura y, como tal, requiere un compromiso positivo y a largo plazo de la biblioteca. Pero, puesto que esta antigua herramienta se sigue considerando altamente eficaz, sobre todo para niños hospitalizados, ancianos, y personas depresivas, todos los esfuerzos que se hagan en este sentido merecerán la pena.

-Por último, cuando el espacio físico lo permita, se debe dedicar un espacio tranquilo y separado de la biblioteca para la celebración de encuentros y debates entre los pacientes, los familiares y el personal especializado sobre temas sanitarios y otros de interés común. Ya que la biblioteca puede ser el centro de información sanitaria de la institución, el lugar sería el adecuado. Si su uso fuese bastante privado, el espacio podría emplearse también para las para las reuniones de biblioterapia en grupos.

⁵⁶ Ídem Nota 55

4.2.16. Consideraciones especiales para personas mayores y discapacitados ⁵⁷

Personas mayores

No parece estar universalmente reconocido el significado de los términos "persona mayor" o "anciano". Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "persona mayor" para referirse a aquellas que tienen más de sesenta y cinco años, aunque también incluye a veces, a los de sesenta. En cambio mantiene constante su clasificación de «ancianos» referido a aquellos que tienen más de ochenta años.

Por otra parte, la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, el principal referente de la literatura biomédica internacional, ha utilizado durante algún tiempo sólo dos categorías para las personas mayores: los mayores de sesenta y cinco años y los mayores de ochenta años.

Estas pautas utilizan el término «mayores» y no «ancianos» o «de edad avanzada» y la clasificación de la OMS de sesenta y cinco+ y de ochenta años +, especialmente desde que son las utilizadas por los actuales descriptores bibliográficos internacionales.

A pesar de las clasificaciones, parece claro que el número de personas mayores está incrementándose en todo el mundo. A principios de 1999, la OMS señaló:

En 1955, 12 de cada 100 personas superan los 65 años. En 1995, la proporción era del 16%, en el 2025 será del 31%... alcanzando el 10% de la población.

Las personas mayores cumplen cada vez más años con lo que se incrementa el número y los porcentajes de ancianos. En muchos países del mundo, el crecimiento más rápido de población corresponde a los ancianos de más de ochenta años. En 1993, la población mayor de 65 años constituía el 16%... Estos porcentajes aumentarán durante los próximos 30 años en un 30% en los países «más viejos».

Estas tendencias tienen implicaciones importantes en el campo de la biblioteconomía, tanto en términos cuantitativos como cualitativos en relación a la prestación de servicios bibliotecarios a una población que ahora más que nunca necesita que se le garanticen recursos.

⁵⁷ PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

Para proporcionar servicios bibliotecarios⁵⁸ útiles a los mayores es imprescindible comprender que, en el fondo, muchos seguirán siendo las personas que fueron durante toda su vida. De hecho, al estar libres de responsabilidades como alimentar a una familia y ganar unos ingresos, muchas de estas personas entrarán en una fase de sus vidas en la que perseguirán sus propios intereses. Para una gran mayoría, estos intereses serán probablemente fijos: los que están preocupados por la política, por los acontecimientos sociales e históricos, continuarán probablemente en esta línea; los que están preocupados por el arte querrán seguir creando; y a los que les guste aprender seguirán aprendiendo.

También debe tomarse en consideración las debilidades que las personas mayores puedan sufrir relacionadas con la edad. Por ejemplo, la experiencia nos dice que mientras que unos mantienen con el paso de los años sus facultades mentales intactas, otros padecerán de manera gradual deficiencia mental o demencia. Aunque, casi todos, probablemente experimentarán algún tipo de debilidad física. Por tanto, al planificar servicios bibliotecarios para los mayores deberá tenerse en cuenta estas consideraciones. Por lo general, las limitaciones mentales y físicas pueden abarcar: un deterioro de la salud que conlleva un decaimiento de la energía y de la fuerza física, limitaciones sensoriales y en la movilidad; reducción de la capacidad mental (mala memoria o concentración) y a veces el problema de la soledad. También, es evidente que las personas mayores sufren depresión más que la gente joven.

Los diseños de servicios bibliotecarios para personas mayores deben tener en cuenta las terapias que estas personas pueden recibir. Por ejemplo, deberán estructurarse actividades de fisioterapia, terapia recreativa u ocupacional que tengan en cuenta información sobre anatomía básica, actividad del cuerpo, manualidades y otras habilidades. La psicoterapia podría completarse con la biblioterapia o la lectura dirigida.

Por último, y al igual que en el resto de la población, las habilidades de lectura de los ancianos y sus intereses variarán: algunos serán lectores activos, otros estarán interesados de una manera razonable en la lectura; algunos podrían ser apáticos o poco receptivos, otros no tendrán ningún interés y algunos habrán perdido totalmente las habilidades para la lectura.

Por tanto, para que un servicio bibliotecario dirigido a este grupo de personas sea eficaz, debe ofrecer lectura y materiales que:

- animen y apoyen sus intereses individuales
- compense las limitaciones mentales y físicas

⁵⁸ Ídem Nota 57

-se complemente con actividades o terapias específicas

-proporcionen diferentes niveles de lectura

Las colecciones que respondan a estas necesidades incluirán algunos de los materiales señalados. Aunque si bien, podría considerarse particularmente importante lo siguiente:

-libros y revistas impresos en letra grande; textos a doble espacio entre las líneas - libros ligeros o fáciles de manejar

-

variedad de periódicos, sobre todo diarios que puedan facilitar un marco de referencia sobre el paso del tiempo

-para personas con deficiente concentración interesan libros con poco vocabulario, por ejemplo, libros con fotografías o dibujos y con poco texto

-libros de viajes con grandes fotografías a color-libros didácticos (arte, carpintería, informática)

- libros con un interés particular (historia local, cocina, jardinería y otras aficiones)

- materiales culturales

-historietas gráficas, crucigramas y rompecabezas; juegos de cartas, juegos de mesa

-un abundante número de audiovisuales; cintas de vídeo, música, películas, espectáculos así como vídeos formativos de nivel básico y avanzado (subtitulado para los sordos)

-cuando sea posible, libros con distintos formatos: libros hablados, periódicos, revistas y otros

-libros de información básica sobre la salud, revistas, panfletos y folletos

-información sobre temas específicos de enfermedades y trastornos

-diccionarios y enciclopedias relacionadas con la medicina y la salud

-guías para el bienestar y el saber vivir

-libros sobre relajación, ejercicios, gerontología y envejecimiento

Como ocurre con los más jóvenes⁵⁹, algunas personas mayores necesitarán también aparatos auxiliares, por tanto, se les debe proporcionar al menos ayudas básicas de lectura, como aumentadores fijos y portátiles, lupas, atriles para libros y pasadores de páginas electrónicos. Según las necesidades, se debe prestar atención a los aparatos más sofisticados señalados, sobre todo los que compensan las limitaciones sensoriales.

La OMS busca el objetivo universal de lograr el «envejecimiento activo», es decir, el envejecimiento como un proceso natural que continúa durante toda la vida del

⁵⁹ Ídem Nota 57

individuo. Señala que tal envejecimiento implica «una participación continua de las personas mayores en todas las facetas de la interacción social». En apoyo a este objetivo, establecer servicios bibliotecarios para los mayores no sólo favorece la educación continua durante toda la vida sino que además facilita el acceso a la necesaria información social, cultural, de la salud, etc.

Los discapacitados

La calificación de « discapacidad » tiene una base universal a diferencia del término «persona mayor»: aceptado por la comunidad internacional, las Naciones Unidas (NN.UU) clasifica como discapacitadas a aquellas personas que poseen discapacidad física, sensorial o mental. Además las NN.UU. distinguen entre los términos «discapacidad», «daño» y «minusvalía»:

- daño es una irregularidad o pérdida de la estructura o función fisiológica, psicológica o anatómica. Esencialmente, los daños son lesiones en los órganos, por ejemplo, la ceguera, la sordera, la parálisis;

- discapacidad, que causa un daño, es la «restricción o falta de habilidad para llevar a cabo una actividad dentro de lo que se considera normal para el ser humano». Es una limitación de la función a nivel personal, por lo tanto las discapacidades incluyen dificultades en la vista, en el oído, en el movimiento;

- minusvalía, «perjudicado como consecuencia de una... discapacidad». Existe dentro del contexto de los roles socioeconómicos, que sitúa a las personas discapacitadas en desventaja con las personas que no lo están. Ejemplos de minusvalías: imposibilidad para utilizar un transporte público, estar aislado socialmente o estar confinado en cama.

Las Naciones Unidas⁶⁰ calcula que existe más de medio billón de personas, entre un 7 a 10 % de la población mundial que son discapacitados, y de ellos, cinco de cada diez sufren problemas mentales. Preocupados desde hace tiempo por los derechos de los discapacitados, se han elaborado recomendaciones con respecto a su acceso a la información y la cultura, incluyendo el uso de las bibliotecas y la disponibilidad de libros adaptados.

Proporcionar servicios bibliotecarios a un grupo tan diverso es uno de los mayores retos en este campo. Porque la discapacidad en sus diferentes lesiones, afecta también a todas las edades, desde los niños hasta los ancianos, y todos ellos necesitan de un especial tratamiento bibliotecario.

Dada la complejidad del campo, está más allá del fin de estas Pautas un debate detallado sobre los servicios bibliotecarios para las discapacidades específicas y para

⁶⁰ Ídem Nota 57

grupos de discapacitados de una edad determinada. Sin embargo, este apartado puede ofrecer consideraciones generales y recomendaciones. El lector que necesite más información podrá remitirse a libros y revistas profesionales, que cubren estas áreas con más detalle. Además, los documentos de las conferencias presentadas en las reuniones anuales de la IFLA están disponibles a través de su página de Internet (actualmente, www.ifla.org) que son una fuente excelente de información sobre materiales y servicios bibliotecarios para discapacitados.

Consideraciones generales

La clave para trabajar con personas discapacitadas debe partir de la comprensión de que, discapacidad aparte, son iguales al resto de las personas.

Tienen predilecciones y aversiones, esperanzas y sueños. A menudo querrán trabajar por una alta calidad de vida, tienen aptitudes y curiosidades que sorprenderían a los que no se han iniciado en este campo.

Muchas de las personas discapacitadas buscarán información sobre su propia discapacidad, sobre sus derechos y sus oportunidades, y de forma más general sobre el mundo en el que viven. La experiencia demuestra que algunos buscan esa información con energía y determinación.

Y, como cualquier otra persona, los discapacitados quieren vivir una vida con sentido, y buscarán cosas que mantengan su mente y su espíritu activos. La lectura aparece como una de las actividades fundamentales en esa lista porque, a través de los libros y los multimedia, pueden soñar, planificar e integrarse en la sociedad.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, las colecciones para discapacitados deberán proporcionar materiales con un formato adecuado.

Hacerlo así requiere un conocimiento, no sólo de la persona y sus intereses, sino del grado de discapacidad, las limitaciones que tiene, y de los recursos que posee para compensar esa discapacidad.⁶¹

A parte de los materiales bibliotecarios señalados, las colecciones para discapacitados deberían incluir algunas de las siguientes cosas:

- para discapacitados visuales: libros en sistema braille, libros y cintas habladas; periódicos hablados que cuenten noticias actuales y les proporcionen un marco de referencia del paso del tiempo; gran cantidad de libros impresos, con grandes espacios entre líneas, libros táctiles; máquinas lectoras Kurtzweiler (máquina lectora con salida de voz); varios tipos de música; impresoras y máquinas de escribir en sistema braille; auxiliares de lectura como lentes de aumento y vídeo-aumentadores;
- para niños con problemas de visión , juguetes y otros objetos que puedan tocar y

⁶¹ Ídem Nota 57

sentir; libros en sistema braille acompañados por objetos tridimensionales, cuentos en sistema braille;

-para personas con problemas de audición: la televisión con subtítulos, sobre todo los canales de noticias; vídeos subtitulados; cuentos contados, conferencias y charlas; equipos electrónicos adaptados a sus necesidades;

-para discapacitados congénitos: libros de fácil lectura, sobre todo libros hablados adaptados, por ejemplo, para los afásicos, libros que lean más despacio; películas con argumentos sencillos, libros con fotografías, juegos sencillos, juguetes adaptados como marionetas y muñecos para que aprendan las habilidades cognitivas y sociales;

-una gran variedad de juegos, programas de artes y oficios;

-cuando haya catálogo *on line* realizar impresiones aumentadas;

-en general, materiales para el ocio, educativos y culturales que estén adaptados a las necesidades de los pacientes.

Internet es cada vez más una importante herramienta para personas discapacitadas, no sólo como fuente de información sino también para la lectura en el tiempo libre. Siempre que sea posible, los pacientes deberían disponer de acceso a la red, en cuyo caso implicará solucionar las barreras de accesibilidad a Internet.

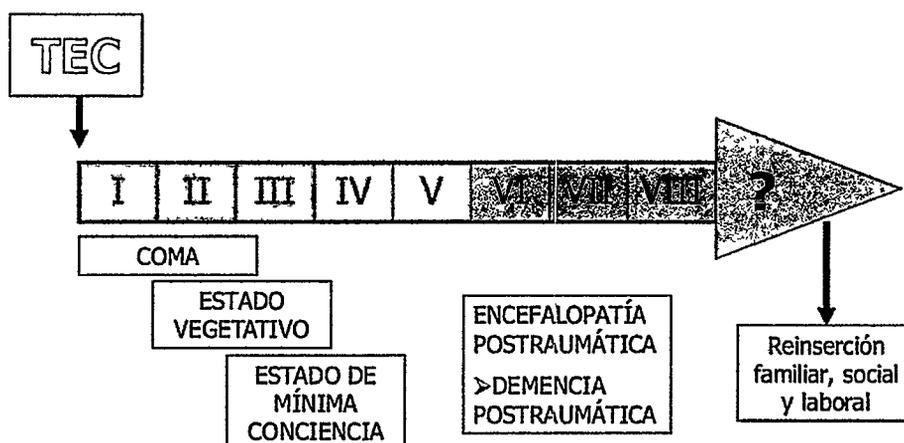
EL CEREBRO HUMANO

4.3. El cerebro humano

El cerebro humano es el objeto más complejo del universo. Dicta toda nuestra actividad mental: desde procesos inconscientes como la respiración hasta los pensamientos filosóficos y conductas que nos permiten formar parte de una comunidad.

Cuando cualquiera de estas funciones se ve afectada, como sucede en las enfermedades neurológicas y psiquiátricas, el impacto es imponente tanto para los pacientes como para sus familias, cuidadores y la sociedad en su conjunto.

La vida del paciente se transforma abruptamente y luego de superar la etapa crítica de su enfermedad se encuentra con una realidad diferente, donde sus roles en la familia, en la sociedad y en su trabajo, ya no son los mismos...⁶²



Cuadro demostrativo de la evolución del paciente ingresado por Injuria Cerebral Adquirida⁶³

4.3.1. El paciente con daño cerebral adquirido:

El lóbulo frontal⁶⁴ es una de las áreas del cerebro que más comúnmente se ve afectada luego de una lesión cerebral. Las lesiones en estas áreas se caracterizan por la aparición de una gran variedad de problemas físicos, emocionales y cognitivos.

A nivel cognitivo es común encontrar que estas personas presenten alteraciones en su habilidad para iniciar, modular o inhibir la atención y la

⁶² INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 20 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacionineco.org/papers>

⁶³ LVEIRA BRUSSAINDR, Alicia; DANSILIOPSIC, Sergio & MADRIAGA, Cecilia. Actualización en pronóstico y tratamiento de repercusiones cognitivas del TEC. NatolinPower. En: <http://es.scribd.com/doc/100107324/Neurotrauma-Cog- Rivera>. Consultado 26/5/12

⁶⁴ Ídem Nota 63

conducta; dificultades para interactuar productivamente con otros en discusiones y conversaciones; y alteraciones para planificar y controlar la conducta dirigida al resultado.

Las funciones ejecutivas han sido definidas como las capacidades para transformar los pensamientos en acción. Las mismas hacen alusión a una amplia variedad de procesos cognitivos entre los que se incluyen la iniciación, secuenciación, organización, categorización, planificación, abstracción, fluidez verbal y autorregulación del comportamiento.

4.3.2. Estimulación cognitiva: funciones

Durante décadas se ha conocido la increíble capacidad del cerebro para adaptarse y seguir ejerciendo sus funciones después de accidentes traumáticos que le han afectado seriamente. Sin embargo, solo recientemente se ha aplicado el concepto de "plasticidad cerebral" a enfermedades que conllevan el deterioro progresivo del cerebro y sus funciones. Cada vez está más aceptado que la estimulación cognitiva, basada en el anterior concepto de la plasticidad cerebral, puede mejorar las funciones mentales y calidad de vida de pacientes con deterioro cognitivo leve, demencias leves o moderadas.

En las últimas dos décadas, han sido creados diferentes programas de rehabilitación cognitiva con el fin mejorar o compensar estos problemas de forma efectiva.

La utilización de auto-intrusiones, ejercicios de estimulación cognitiva, técnicas de solución de problemas, los programas de economía de fichas, el reforzamiento diferencial, la técnica de "tiempo fuera", la extinción, el control de estímulos, los programas de entrenamiento en habilidades sociales, los dispositivos electrónicos, y la adaptación del entorno entre otros han resultado de ser de gran utilidad a la hora de tratar estas alteraciones.

Aunque diferentes estudios han encontrado que el uso de estas técnicas es eficaz para mejorar y/o compensar los problemas ejecutivos, es recomendable que los programas de rehabilitación para personas con alteraciones en las funciones ejecutivas se lleven a cabo como parte de un programa de rehabilitación integral que incluya, terapia, física, terapia ocupacional, terapia vocacional, psicoterapia, trabajo con familias y tratamiento farmacológico.⁶⁵

⁶⁵ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 20 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacionineco.org/papers>

El término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cálculo, etc.), ya sea ésta en sujetos sanos o pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Ahora bien, en algunos contextos se usa el término rehabilitación, que va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Esto incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social (WHO, 2001).⁶⁶

4.4. Traumatismo de cráneo

4.4.1. Concepto de traumatismo de cráneo:⁶⁷

Un traumatismo de cráneo o encéfalocraneano (TEC) es el daño cerebral que ocurre en forma súbita a causa de un golpe en la cabeza o por un elemento que la atraviese. El daño puede ser causado al golpear la cabeza fuertemente contra un objeto como el panel de un auto (TEC cerrado) sin ruptura del cráneo o por algo que lo atraviesa perforándolo, como una herida por arma de fuego (TEC penetrante o abierto). Los TEC constituyen la causa más frecuente de injuria cerebral en personas jóvenes, sanas previamente, especialmente como consecuencia de accidentes automovilísticos y en motocicleta, de hechos delictivos (armas) y en forma menos frecuente en la práctica de deportes de alto riesgo. En las personas de edad avanzada se suelen presentar como consecuencia de caídas.

La recuperación inicial por lo general requiere un período de tratamiento en unidad de terapia intensiva, con un lapso más o menos prolongado de coma, un período de rehabilitación interdisciplinaria en internación y otro en hospital de día, continuando luego la recuperación en forma ambulatoria, con una frecuencia menor que permita el reintegro paulatino a la vida previa.

Frecuentemente se plantea como problema luego de tan arduo trabajo de rehabilitación, que la mayoría de los pacientes presentan en mayor o menor grado

⁶⁶ LUBRINI, Genrry, PERIAÑEZ, José A. y RIOS-LAGO, Marcos. Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. MUÑOZ Marrón, Elena (coor.) Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. UOC. Oct. 2009 pág. 13 ISBN: 978-84-9788-862-2 [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en http://books.google.com.ar/books?id=6QOamavNnc8C&pg=PA13&lpg=PA13&dq=el+concepto+de+grupo+en+la+rehabilitaci%C3%B3n+cognitiva&source=bl&ots=I2s8PwTrVX&sig=IvEJlwsOFFU_rzC68PhB79CghV0&hl=es&sa=X&ei=UCfIU4zfE-jJsOT3xYH4Dg&ved=0CCcO6AEwAO#v=onepage&q=el%20concepto%20de%20grupo%20en%20la%20rehabilitaci%C3%B3n%20cognitiva&f=false

⁶⁷ SILVEIRA BRUSSAINDR, Alicia; DANSILIOPSIC, Sergio & MADRIAGA, Cecilia. Actualización en pronóstico y tratamiento de repercusiones cognitivas del TEC. Natolin Power. [fecha de consulta: 5 de febrero 2012] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/100107324/Neurotrauma-Cog-Rivera>.

secuelas neuropsiquiátricas y cognitivas que se constituyen a lo largo del tiempo en uno de los problemas fundamentales que deterioran la calidad de vida del paciente y su familia.

4.4.2. Problemas conductuales y emocionales: Causas por las que se producen. Causas por las que estos trastornos se presentan en algunos pacientes otros no luego del TEC. Factores de los cuales depende la severidad de los mismos⁶⁸

Si bien no hay respuestas definitivas a estos interrogantes se conocen factores de riesgo que predisponen a la aparición de trastornos Neuropsiquiátricos post-injuria cerebral. Entre estos encontramos:

Antecedentes psiquiátricos previos a la injuria cerebral.

Pobre funcionamiento social previo.

Edad avanzada.

Alcoholismo, consumo de sustancias.

Aterosclerosis.

Valores muy bajos en algunas escalas que se registran durante el período inicial de pérdida de conocimiento (Ej. Glasgow).

Abandono de pareja.

Inestabilidad económica.

Relaciones interpersonales pobres.

Bajo nivel de educación previo.

Reclamos de indemnizaciones pendientes.

A estos factores predisponentes se suma el efecto mismo de la lesión cerebral sufrida. Los cambios físicos, de conducta o mentales que pueden ser resultado de un TEC varían de acuerdo a las áreas del cerebro que estén dañadas. La mayoría de las lesiones causan daño cerebral focal, es decir limitado a un área pequeña del cerebro. El daño focal se produce con mayor frecuencia en el punto donde la cabeza golpea un objeto o donde un elemento extraño, como una bala, penetra el cerebro.

Además del daño focal, los TEC cerrados causan con frecuencia lesiones cerebrales difusas o daño a varias otras áreas del cerebro. El daño difuso ocurre cuando el impacto de la lesión hace que el cerebro se mueva para adelante y para atrás bruscamente golpeando contra el interior del cráneo. Los lóbulos frontales y temporales del cerebro están más expuestos a impactar contra el cráneo y por lo tanto a lesionarse. Dado que estas áreas están implicadas en los procesos de lenguaje y memoria, como así también en el control de las conductas, estas funciones

⁶⁸ Ídem Nota 67

se verán afectadas después de un TEC cerrado. Además pueden presentarse problemas motores de diversa índole.

De lo expresado, se desprende la importancia de la evaluación detallada del paciente en su estado actual como así también sus antecedentes psiquiátricos, médicos y sociales. Todos estos factores incidirán directamente en las posibilidades de recuperación y control de estas manifestaciones conductuales.

Trastornos Mentales Orgánicos (TMO)⁶⁹

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de 1992, de la OMS, considera como Trastornos Mentales Orgánicos (TMO) a un amplio, variado y complejo conjunto de desórdenes psicológicos y conductuales que se originan en una pérdida o anomalía de la estructura y/o función del tejido cerebral. Fueron llamados anteriormente síndromes orgánicos cerebrales.

Esta disfunción puede ser calificada como primaria, en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan el cerebro de un modo directo y selectivo, o secundaria, cuando otras enfermedades sistémicas o alteraciones orgánicas determinan el mal funcionamiento cerebral.

4.4.3. Traumatismo encefalocraneano ⁷⁰

La enfermedad traumática representa un grave problema de salud pública en los países desarrollados. Dentro de este grupo de procesos el traumatismo encefalocraneano (TEC) constituye la primera entidad como causa de mortalidad, muy particularmente en pacientes hombres menores a 45 años. Conlleva una elevada morbilidad e incapacidad con un elevado costo sanitario, social y económico.

Los siniestros de tránsito representan la causa más frecuente de enfermedad traumática. De acuerdo al informe del año 2010, emitido por la Unidad de Seguridad Vial (UNASEV) sobre Siniestralidad vial, fallecieron en ese año 556 uruguayos y resultaron heridos casi 28000 como consecuencia de accidentes de tránsito.

Definición: es la alteración de la función neurológica a causa de una fuerza traumática externa que ocasiona un daño físico en el cerebro.

Los TEC se dividen en abiertos o penetrantes y cerrados:

⁶⁹ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

⁷⁰ Ídem Nota 69

En el TEC abierto se produce una apertura traumática de las envolturas cerebrales, el hueso y daño cutáneo simultáneo o por comunicación con el exterior a través de los senos paranasales. Surgen como resultado de heridas por arma de fuego y fracturas de cráneo con hundimiento. Los proyectiles y fragmentos óseos generan daño del tejido cerebral en su trayecto, resultando en zonas con hematomas, hinchazón y destrucción del mismo. Muchas veces requieren de cirugía en agudo.

Las manifestaciones neurológicas en la evolución dependen de las zonas cerebrales afectadas.

En el TEC cerrado no hay comunicación con el exterior. Se pueden dividir en focales o difusos.

El daño traumático focal afecta una o varias regiones concretas del encéfalo, siendo los lóbulos frontales y temporales los más frecuentemente afectados.

Las lesiones pueden ser:

- ✓ Extracerebrales (hematomas extradurales y sudurales) que dependiendo de su extensión y volumen pueden requerir cirugía de urgencia.
- ✓ Intracerebrales que afectan el propio tejido cerebral (contusiones hemorrágicas) y también, dependiendo de su volumen, extensión y localización, pueden requerir de cirugía de urgencia.

En el daño cerebral difuso se afecta de manera más o menos general al conjunto del encéfalo, ejemplo de este tipo lesional es la lesión axonal difusa (LAD) donde se produce un daño en las vías que conectan las diferentes áreas del cerebro. No tiene tratamiento quirúrgico.

En un TEC grave de cráneo pueden coexistir lesiones focales y difusas.

Mecanismos de producción de los TEC:

Objeto que impacta en forma directa sobre el cráneo (ej: agresión directa con objeto contundente)

Cráneo que impacta sobre objeto fijo (por ej.: una pared) en el curso de agresión física o en el curso de una aceleración-desaceleración brusca como sucede en los accidentes de tránsito. En estos casos son frecuentes las lesiones de golpe y contragolpe en donde el daño cerebral es en el lugar del impacto y en el lado opuesto del golpe.

Acción de fuerzas inerciales de aceleración rotacional-desaceleración sin impacto directo sobre el cráneo. Este es el mecanismo de producción de la LAD.

Los TEC de acuerdo a su gravedad se clasifican en:

Leves. Cuando el paciente post trauma no presenta alteraciones en la conciencia, es decir está lúcido o presenta un grado leve de confusión mental.

Moderados.

Severos o graves. Cuando el paciente se presenta en coma espontáneamente, es decir sin haber recibido medicación depresora del sistema nervioso central. Estos traumatismos requieren de cirugía en algunos casos, pero en todos se necesita el sostén de funciones vitales, por lo cual ingresan por un período variable a un Centro de Tratamiento Intensivo (CTI)

Una vez que el paciente egresa de CTI se inicia un período de recuperación, en general prolongado, que se inicia en sala y continúa en forma ambulatoria en domicilio.

4.4.4. Disfunciones neurológicas post traumáticas⁷¹

Una lesión cerebral determina una disfunción neurológica que varía según el daño sea focal o difuso. La pérdida de funciones depende del área del cerebro que resulte afectada.

En la LAD las áreas más frecuentemente afectadas son la sustancia blanca subcortical, el cuerpo caloso y el mesencéfalo. Esto puede determinar alteraciones en la concentración, atención, memoria, velocidad de procesamiento, abstracción y razonamiento.

La afectación de las vías motoras determina distintos grados de déficit motor en el hemicuerpo contralateral a la lesión (paresia-plejía). También puede verse afectada la coordinación del movimiento y el equilibrio.

Lóbulo frontal:⁷²

Las lesiones que se producen a este nivel pueden generar:

- ✓ Alteraciones de conducta (falta de moderación: impulsividad - apatía)
- ✓ Dificultad en la planificación, inicio y sostén en el tiempo de tareas (trastornos disejcutivos)
- ✓ Déficit de atención y concentración

Lóbulo temporal:

- ✓ Trastornos en el lenguaje
- ✓ Trastornos en la memoria
- ✓ Irritabilidad, cambios de conducta

⁷¹ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

⁷² Ídem Nota 71

Lóbulo parietal:

- ✓ Trastornos visuoespaciales y visuoconstructivos.
- ✓ Apraxia
- ✓ Afasia, alexia, agrafia

Lóbulo occipital:

- ✓ Agnosia visual

La rehabilitación en los pacientes con déficits difusos es más lenta pero puede alcanzar muy buenos resultados.

Las alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales están presentes en la mayoría de los pacientes en mayor o menor medida y se constituyen a lo largo del tiempo en uno de los problemas fundamentales que deterioran la calidad de vida del paciente y su familia.

La neuropsicología juega un rol fundamental en la rehabilitación de este tipo de pacientes. Mediante la rehabilitación cognitiva se busca aumentar la conciencia de las propias dificultades, modificar los problemas conductuales, desarrollar estrategias compensatorias que le permitan mejorar su calidad de vida.

Tener en cuenta sobre el paciente...

Estos pacientes se enfrentan a varios duelos:

- . Pérdida de independencia
- . Rol en la familia y en la sociedad
- . Diferentes habilidades

4.5. Fundación INECO: Polo de investigación y divulgación en neurociencias cognitivas y trastornos conductuales:⁷³

La Fundación INECO nació como resultado del crecimiento exponencial en las tareas de investigación y educación a profesionales y a la comunidad del Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). INECO había nacido a fines de 2005 con el objetivo de generar un espacio en el cual la interdisciplina profesional fuese fundamental para abordar tanto a los pacientes neurológicos y psiquiátricos como a sus familias. Desde ese momento, INECO combinó una alta especialización clínica con una producción de investigaciones científicas de repercusión internacional en el campo de las

⁷³ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

neurociencias cognitivas y de la neuropsiquiatría. Además tuvo como objetivo educar a profesionales de la salud y a la comunidad en temas de neurociencias.

Este incremento sostenido tanto en las líneas de investigación, el número de investigadores y la docencia generó la necesidad de lograr una sustentabilidad que fuera más allá de la actividad clínica. Es por eso que en el 2008 se creó la Fundación INECO, una organización sin fines de lucro, cuyo objetivo es apoyar y promover programas de investigación sobre la prevención, detección y tratamiento de trastornos neurológicos y psiquiátricos como la enfermedad de Alzheimer, el autismo, la depresión, la ansiedad, la enfermedad de Parkinson, el accidente cerebrovascular, el traumatismo de cráneo, entre otros. Además, para seguir apoyando la formación científica de profesionales de la salud y continuar brindando educación a la comunidad en neurociencias.

En pocos años, INECO y la Fundación INECO han logrado consolidar, en nuestro país, un polo de investigación de referencia internacional en neurociencias cognitivas y trastornos conductuales a nivel internacional, en el que profesionales de las ciencias básicas y otras disciplinas (biólogos, matemáticos, físicos, estadísticos, filósofos, economistas) trabajan en forma interdisciplinaria junto a profesionales de la salud mental para el estudio de procesos básicos de funcionamiento del cerebro humano. En Argentina, campos de estudio como la psicología experimental y la neurociencia cognitiva eran raramente materia de estudio, debate y conocimiento en círculos académicos y profesionales.

INECO⁷⁴

Entre las contribuciones más importantes de este grupo de investigación que la Fundación INECO hizo posible se encuentran la identificación de las áreas cerebrales relacionadas con el proceso de toma de decisiones en humanos, los mecanismos neurales de la agresión, el rol de la ínsula en los procesos cognitivos y emocionales, las áreas cerebrales involucradas en el desarrollo de los síntomas del déficit de atención e hiperactividad (ADHD), la caracterización de un nuevo síndrome denominado Amnesia Epiléptica Transitoria, y el desarrollo de una batería neuropsicológica -hoy utilizado en diferentes continentes- para detectar en forma temprana deterioro cognitivo. Además, nuestro grupo describió, por primera vez, el procesamiento emocional de pacientes con deterioro de conciencia mínima.

El capital máspreciado de la labor científica es la formación de quienes la llevan adelante. La Fundación INECO es una institución interesada por formar talentos

⁷⁴ Ídem Nota 73

nacionales en los mejores centros del mundo y por estimular su retorno para contribuir al desarrollo de las neurociencias cognitivas en nuestro país.

La divulgación social es un elemento crucial para que ese impacto científico sea de largo alcance. Es por eso que, con el aporte de la Fundación INECO, se realizan todas las semanas Charlas abiertas a la Comunidad sobre cómo prevenir y cómo tratar diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas y sus consecuencias coordinadas por los profesionales de INECO. Por otra parte, se realiza un Taller semanal para Familiares de las personas que padecen dichos trastornos. La Fundación INECO también realiza campañas masivas de concientización en lugares públicos a propósito de los Días Mundiales de diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas (como el Parkinson, Autismo, ACV, Traumatismo de Cráneo, Esclerosis Múltiple y Alzheimer). Generar conciencia sobre el funcionamiento del cerebro y sus enfermedades contribuye a acelerar su diagnóstico y tratamiento (esto se evidencia en el dato de que poblaciones informadas sobre temas relacionados con la salud se enferman menos y tienen una menor mortalidad que aquellas con menor información). Por este motivo, hacer saber de qué se trata a la comunidad es una de las tres prioridades de la Fundación INECO, junto con la investigación y la capacitación a profesionales.

4.5.1. Unidad de Traumatismo de Cráneo de INECO⁷⁵

La Unidad de Traumatismo de Cráneo del Instituto de Neurología cognitiva INECO, perteneciente al Departamento de Neurociencias Cognitivas y Neuropsiquiatría, se especializa en la evaluación y el tratamiento de las consecuencias del TEC mediante un enfoque abarcador e interdisciplinario a cargo de profesionales con amplia experiencia en este campo.

La evaluación del paciente en la etapa post-aguda, es decir cuando el paciente ya ha regresado a su hogar y su estado general es más estable, debe ser interdisciplinaria para establecer qué recursos terapéuticos serán útiles en esta etapa y dónde deberán implementarse (en la institución, en su hogar, en su lugar de trabajo, en forma combinada, etc.)

⁷⁵ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 20 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacionineco.org/papers>

4.6. **Evaluación Neuroconductual o Neuropsiquiátrica**⁷⁶

La realiza un neurólogo o psiquiatra especialmente entrenado en neuropsiquiatría quién determinará el estado conductual y emocional del paciente así como qué otras evaluaciones se deberán realizar.

Tiene por objetivo establecer cuáles son los problemas emocionales y conductuales actuales, así como las características y problemas psiquiátricos previos del paciente y su familia. El modo de funcionamiento familiar previo y actual será muy importante para superar las dificultades planteadas a partir del TEC.

4.6.1. **Los cuadros más frecuentes son:**⁷⁷

Trastornos del ánimo

Trastornos de ansiedad

Apatía, falta de motivación o desinterés,

Psicosis

Cambios en la personalidad

Desinhibición y cuadros conductuales que combinan varios síntomas psiquiátricos y cognitivos de diversa gravedad.

4.6.2. **Evaluación de Funciones Cognitivas y Lenguaje**⁷⁸

Esta evaluación permite tener una medida objetiva del funcionamiento a nivel intelectual (atención, memoria, capacidad de planificación y organización, de control y monitoreo de su conducta, de iniciar finalizar tareas, etc.) y de su capacidad de comunicación verbal y no verbal. Esto nos dará idea de las posibilidades de cambio y aprendizaje no solamente en el plano académico o laboral, sino también en el control de conductas inadecuadas o no funcionales. La realiza una neuropsicóloga entrenada en traumatismo de cráneo y de acuerdo a las dificultades que se presenten en el lenguaje se realizará una evaluación específica a cargo de una fonoaudióloga.

4.6.3. **Evaluación de Terapia Ocupacional**⁷⁹

La terapeuta ocupacional evaluará el desempeño del paciente en diversas tareas y actividades de la vida diaria, desde las elementales hasta las de mayor requerimiento cognitivo. De este modo establece en qué tareas se deberá entrenar el paciente y cómo se realizará su reinserción en la actividad previa al accidente o bien su reorientación vocacional y/o laboral mirando al futuro.

⁷⁶ Ídem Nota 75

⁷⁷ Ídem Nota 75

⁷⁸ Ídem Nota 75

⁷⁹ Ídem Nota 75

REHABILITACION INTEGRAL

4.7. Abordaje terapéutico⁸⁰

El abordaje terapéutico desde la neuropsiquiatría comprende:

Psicoeducación del paciente y su familia que les permita comprender el porqué de las conductas y problemas observados.

Psicoterapia cognitivo-conductual para el paciente con el objetivo de que adquiera habilidades de control y manejo de emociones y conductas.

Uso de psicofármacos indicados con un criterio racional por un profesional especializado en injuria cerebral.

Soporte para pacientes y familiares en forma grupal o individual ofreciéndole diversos recursos y estrategias para mejorar la calidad de vida.

Estos recursos terapéuticos estarán coordinados con el tratamiento del paciente desde otras disciplinas que están disponibles para los pacientes en INECO: rehabilitación cognitiva, fonoaudiología y terapia ocupacional. De este modo, se apunta a un abordaje holístico que integre objetivos y técnicas para lograr la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Dinámica de la Evaluación

4.7.1. Rehabilitación cognitiva y conductual del traumatismo de cráneo

"Rehabilitación implica el restablecimiento de los pacientes a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y permitir a la gente discapacitada alcanzar un nivel óptimo de integración social" Definición de la O.M.S.⁸¹

Los tratamientos de rehabilitación neurológica se fundamentan en una propiedad intrínseca del Sistema Nervioso Central: la de adaptarse a los cambios en su entorno. La Plasticidad Cerebral involucra modificaciones estructurales y funcionales en las neuronas y en las redes neuronales y para su comprensión es necesario contemplar lo que sucede en diferentes niveles, considerando asimismo los factores genéticos y no genéticos que pueden influir en estos procesos. En la actualidad existen técnicas electrofisiológicas y por imágenes que permiten el

⁸⁰ LICHTENSZTEJN, Marcela. Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales>

⁸¹ INRERNARTONAL FEOERATION Op LRNRÁRV ASSOCIATIONS ANO INSTITUTE (IFLA) en: «Guidelines for libraries serving hospital patients and disabled people in the community». [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=170049>

estudio de la Plasticidad Cerebral en los seres humanos sanos y con lesiones cerebrales. Una mayor comprensión de los fenómenos que ocurren en el Sistema Nervioso luego de una lesión puede posibilitar la aplicación de intervenciones terapéuticas adaptadas a las necesidades de cada individuo.⁸²

Tanto durante el desarrollo cerebral fisiológico como en los procesos subsiguientes a una lesión se ponen en juego diferentes mecanismos plásticos que incluyen cambios en las corrientes iónicas, liberación de neurotransmisores, modificaciones citoarquitectónicas, remodelación sináptica y adaptaciones en la conectividad de las redes neuronales. Los tratamientos de entrenamiento, estimulación y rehabilitación cognitiva en pacientes con daño cerebral adquirido se fundamentan en esta característica fundamental del Sistema Nervioso Central de adaptación dinámica al entorno.⁸³

Existe cierta tendencia a equiparar el concepto de rehabilitación neuropsicológica con el de estimulación cognitiva, Sin embargo, el concepto de rehabilitación neuropsicológica es más amplio e incluye diferentes tipos de intervención, que se pueden encuadrar en cuatro grandes grupos: rehabilitación cognitiva (que implica también estimulación cognitiva), modificación de conducta, intervención con familias y readaptación vocacional o profesional.⁸⁴

La rehabilitación neuropsicológica abarca cualquier estrategia de intervención que tenga como objetivo permitir a los pacientes que han sufrido una lesión cerebral, y a sus familiares, reducir las alteraciones cognitivas y conductuales, manejar estas dificultades y reducir su impacto en la vida cotidiana. Dicho de otro modo, la rehabilitación neuropsicológica comprende un sistema de actividades terapéuticas, basado en las relaciones cerebro-conducta, dirigido a alcanzar cambios funcionales mediante:

- El restablecimiento o refuerzo de patrones de conducta y de actividad cognitiva previamente aprendidos.
- El establecimiento de nuevos patrones de actividad cognitiva, por medio de estrategias sustitutorias.
- La introducción de nuevos patrones de actividad gracias a mecanismos compensatorios internos o externos.

⁸² Demey, I., Allegri, R. & Barrera-Valencia, M. (2014). Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. CES Psicología, 7(1), p. 130 [fecha de consulta: 15 de Julio 2013] Disponible en: <file:///C:/Users/Alicia/Downloads/Bases%20Neurobiologicas.pdf>

⁸³ Demey, I., Allegri, R. & Barrera-Valencia, M. (2014). Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. CES Psicología, 7(1), p. 136 [fecha de consulta: 15 de Julio 2013] Disponible en: <file:///C:/Users/Alicia/Downloads/Bases%20Neurobiologicas.pdf>

⁸⁴ Ídem Nota 83

- La ayuda al paciente y a su familia para adaptarse a la nueva condición de discapacidad y mejorar el funcionamiento global.

Todos estos aspectos recogen algunas características que vale la pena poner de relieve. La rehabilitación neuropsicológica implica un esfuerzo de un "equipo terapéutico" en el que están implicados diferentes participantes: los pacientes, que han de estar motivados y tener una cierta conciencia de sus dificultades; los familiares, que han de implicarse un el proceso rehabilitador, y los terapeutas que aportan el conocimiento y la experiencia y ayudan en el proceso de toma de decisiones (Anderson, Winocur y Palmer, 2003). De este modo, la rehabilitación neuropsicológica ha de ser concebida como un proceso interactivo. McLellan (1991) propuso que la rehabilitación no es algo que los terapeutas hacen o dan a los pacientes; no es como la cirugía o el suministro de medicamentos, sino un proceso dinámico, que incluye tanto a la persona con deficiencias como al equipo terapéutico, familiares y miembros de la comunidad cercana. De esta forma la rehabilitación neuropsicológica es un proceso que posee características similares a cualquier intervención psicoterapéutica en la cual el paciente trabajará de forma conjunta con el especialista para restablecer o aliviar las dificultades que surgen como producto de una alteración cerebral.⁸⁵

4.7.2. Aspectos de la atención: Definición, clasificación

Definición: El establecimiento de definiciones y clasificaciones de la atención resulta especialmente difícil al considerar las tareas de la vida cotidiana en que dichos procesos están implicados y sus diferentes concepciones se entremezclan. Sin embargo, desde que Willam James en 1982 abordara el problema de la definición de la atención, y hasta el momento actual, el intensivo trabajo experimental realizado desde distintos campos de la patología cognitiva, la neuropsicología y, de forma más reciente, desde el campo interdisciplinar que representa la moderna neurociencia cognitiva, se han proporcionado importantes fuentes de luz al cada vez menos oscuro campo de la investigación sobre atención.

Recientemente, Ríos y Perláñez, han definido la atención de forma amplia como "la habilidad mental de generar y mantener un estado de activación tal que permita un adecuado procesamiento de la información. La atención permite la selección de información específica entre múltiples fuentes disponibles. Ello incluye estimulación interna y externa, memorias, pensamientos e incluso acciones motoras. En este sentido la atención debe ser considerada como un complejo sistema de sub-

⁸⁵ Ídem Nota 83 págs. 14-16

procesos especializados que proporcionan precisión, velocidad y continuidad de la conducta" (Ríos y Perlañez)⁸⁶

4.7.3. Estimulación Cognitiva y Rehabilitación neuropsicológica de la atención

De entre todos los procesos cognitivos que tienen lugar en el cerebro humano, quizá, la atención sea uno de los que ocupa un lugar más central. Cuando los mecanismos atencionales resultan alterados como consecuencia de lesiones estructurales del sistema nervioso, o bien a consecuencia de alteraciones funcionales como aquellas ligadas a determinadas patologías psiquiátricas, la integridad de otros procesos cognitivos, tales como la percepción, la memoria o el lenguaje, puede resultar también comprometida. Sin duda. La atención supone un prerrequisito funcional para el desempeño de la mayoría de actividades de nuestra vida cotidiana. A la hora de abordar el estudio de la atención existen al menos dos problemas fundamentales: el conceptual y el funcional. Por un lado, la atención es un constructo multifacético y no unitario que a menudo se utiliza para describir fenómenos muy diversos que comprenden desde mecanismos automáticos hasta los aspectos más controlados del procesamiento de la información, por lo que se hace difícil su operativización. El segundo problema viene marcado tanto por la dificultad experimental como aplicada de desligar la atención del resto de procesos con los que interactúa, como también a la hora de establecer límites entre diferentes mecanismos atencionales que interactúan entre sí.⁸⁷

La confluencia de estas dos circunstancias ha tenido repercusiones históricas directas sobre los intentos de integrar en una visión unitaria la gran dispersión existente en este campo de estudio. A día de hoy hemos de reconocer que no existe ni una definición única ni tampoco una teoría que pueda aunar los datos disponibles. Desde una perspectiva pragmática distintas áreas de investigación en psicología y neurociencia cognitiva han tratado de fraccionar este constructo en sus componentes más simples para, así, simplificar la labor de comprensión de sus propiedades y relaciones mutuas.⁸⁸

⁸⁶ Ídem Nota 83 pág. 37

⁸⁷ LUBRINI, Genny; PERLAÑEZ, José A. y RÍOS-LAGO, Marcos. Rehabilitación neuropsicológica de la atención UOC pág. 35-36 [fecha de consulta: 15 de Julio 2013] Disponible en: http://books.google.com.ar/books?id=6QOamavNnc8C&pg=PA13&lpg=PA13&dq=el+concepto+de+grupo+en+la+rehabilitaci%C3%B3n+cognitiva&source=bl&ots=l2s8PwTrVX&sig=TvEJ1wsOFFU_rzC68PhB7

⁸⁸ Ídem Nota 83 pág. 36

4.7.4. Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en Caso de Patología Cerebral:⁸⁹

Según Juan Carlos Arango Lasprilla y Mario Alfredo Parra Rodríguez, "las funciones ejecutivas han sido definidas como las capacidades para transformar los pensamientos en acción. Las mismas hacen alusión a una amplia variedad de procesos cognitivos entre los que se incluyen la iniciación, secuenciación, organización, categorización, planificación, abstracción, fluidez verbal y autorregulación del comportamiento. En su artículo presenta una revisión actualizada de las diferentes técnicas y/o programas que existen en la actualidad para rehabilitar los principales problemas ejecutivos que resultan luego de una lesión cerebral en los lóbulos frontales. La utilización de auto-intrusiones, ejercicios de estimulación cognitiva, técnicas de solución de problemas, las técnicas de modificación de la conducta, los programas de entrenamiento en habilidades sociales, los dispositivos electrónicos, y la adaptación del entorno entre otros han resultado ser de gran utilidad a la hora de tratar estas alteraciones. Igualmente, se habla de la importancia que tiene el tratamiento farmacológico y el trabajo con la familia a la hora de llevar a cabo este tipo de programas de rehabilitación. Para ello, el terapeuta desarrolla un plan de acción que:

- 1) Hace énfasis en aquellas áreas que se encuentren más conservadas, con el fin de apoyarse en ellas a la hora de intervenir en las que se encuentren más afectadas, y revisa el plan de tratamiento periódicamente para observar la posible existencia de beneficios y adaptar el programa a las circunstancias nuevas que vayan surgiendo.
- 2) Tiene en cuenta el tipo y gravedad de la alteración cognitiva, ya que muchas de las técnicas que se emplean no suelen ser útiles en todo tipo de pacientes.
- 3) Evalúa el grado de conciencia de la enfermedad y la motivación del paciente, puesto que algunas de las estrategias cognitivas que se utilizan requieren de una participación activa del mismo y, finalmente, involucra a la familia en todo el proceso de rehabilitación del paciente.

4.7.5. Clínica de Afasias⁹⁰

La afasia es la pérdida total o parcial de la capacidad para utilizar el lenguaje. Dado que se considera que éste funciona por una interconexión de diferentes procesos, cuando existe una alteración del lenguaje tras una lesión cerebral (afasia),

⁸⁹ INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

⁹⁰ Ídem Nota 89

existe la posibilidad de que el cerebro reorganice sus funciones y, por lo tanto, nunca debe desestimarse el valor de la rehabilitación.

Las personas con afasia pueden tener dificultades en la producción y/o en la comprensión del lenguaje. Su principal causa es el accidente cerebrovascular (ACV); sin embargo, también puede producirse como consecuencia de un traumatismo de cráneo (TEC), o por la presencia de un tumor o de una enfermedad neurodegenerativa.

TERAPIAS BASADAS EN ARTE

4.8. ARTETERAPIA

4.8.1. **Concepto:** Según la Asociación Argentina de Arteterapia, es una disciplina del campo de la Psicoterapia en la que se emplean recursos de las artes con objetivos terapéuticos. Ella resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología y las técnicas y conocimientos artísticos, abarcando así las especialidades de Musicoterapia, Danza/movimiento terapia, Psicodrama, Biblioterapia y Arte Terapia (plástica) Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya puesta en palabras resulta incompleta o dificultosa por diversas causas, apelando a medios no verbales.⁹¹

Según la Asociación Americana de Arte Terapia (AATA), el Arte Terapia es una profesión de salud mental que utiliza el proceso creativo de "hacer arte" para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. Se basa en la creencia que el proceso creativo involucrado en la expresión artística, ayuda a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, a manejar el comportamiento, a reducir el estrés, a fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar el conocimiento de uno mismo.⁹²

Para la Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT), el Arte Terapia es una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal.⁹³

Caroline Case y Tessa Dalley describen la arteterapia como "una terapia que usa los medios artísticos con los que el cliente expresa y trabaja situaciones y problemas. En la relación terapéutica, el arteterapeuta y el cliente están comprometidos a trabajar juntos para entender el significado del trabajo artístico

⁹¹ Asociación Argentina de Arteterapia. Dr Carlos Caruso. Arteterapia. Buenos Aires, nov. 2007 [fecha de consulta: 14 de ago. 2014] Disponible en: <http://www.asoarteterapia.org.ar/institucional.php>

⁹² AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: <http://www.arttherapy.org/>

⁹³ Asociación Chilena de Arteterapia [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: http://www.arteterapiachile.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=27

producido. Para muchos clientes es más sencillo utilizar la comunicación no verbal y por medio del relato encontrar sentido de su propia experiencia a través del objeto artístico que es el foco de discusión, análisis y reflexión.”

4.8.2. Antecedentes Históricos⁹⁴

M. Edwards traza la evolución de los diferentes modelos de arteterapia describiendo las visiones de los orígenes del arte, la locura y el psicoanálisis de los siglos XVIII y XIX, y del uso del arte ritual, costumbres religiosas y antropológicas. Por una parte en el neoclasicismo del siglo XIX, existía la creencia sobre que el estado mental de una persona podía leerse en un dibujo. En el siglo XIX durante el romanticismo, hubo una concepción positiva del valor artístico y la imaginación como una representación de experiencias internas relacionado con la creencia de las capacidades naturales de la sanación del arte.

A finales del XIX las vanguardias artísticas experimentan nuevas aproximaciones y representaciones de la valoración artística. El expresionismo, dadaísmo y surrealismo vuelven a valorar la espontaneidad y el arte de culturas primitivas, el arte infantil y el arte de enfermos mentales. Fue una época en la que hubo un incremento en la preocupación sobre los alcances de la experiencia humana en el mundo del arte.

El arteterapia ha cambiado significativamente desde sus comienzos. Los países pioneros en el estudio de arteterapia son EEUU e Inglaterra.

Durante el periodo de 1930s y 1950s, el trabajo artístico elaborado por personas con psicosis aparecía como una necesidad general para entender asuntos con mayor profundidad.

En EEUU,⁹⁵ la arteterapia surgió en la década de los 30s por medio de Margaret Naumburg, Edith Kramer y Florence Cane. Naumburg fue una de las primeras personas que emplearon el término y ejercicio de la arteterapia como profesión. Margaret fue una psiconalista, artista y educadora neoyorquina quien basó su trabajo en la teoría de Freud, el simbolismo universal de Jung y las ideas de psiquiatría interpersonal de Sullivan. Como educadora observó el valioso discurso simbólico y comunicativo en los dibujos de sus alumnos. Publicó en 1928 uno de los primeros libros concernientes al uso terapéutico de la expresión gráfica llamado *The Child and The World*.

⁹⁴ Asociación Chilena de Arteterapia [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: http://www.arteterapiachile.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=27

⁹⁵ Ídem Nota 94

Naumburg menciona que "el proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras".

Edith Kramer, de origen austriaco, impulsó la arteterapia norteamericana en el ámbito escolar con adolescentes y niños. En 1958 publica su libro *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Kramer guía su trabajo en la integración y curación del proceso creativo, el cual requiere de poca elaboración verbal por el paciente. Kramer impartió clases de expresión plástica a niños refugiados de la Alemania nazi.

En este mismo contexto, otra figura importante es Florence Cane hermana de Margaret Naumburg quien realiza un acercamiento importante del arte enfocado desde la educación.

Naumburg, Kramer y Florence Cane trabajaron juntas gracias a sus criterios pedagógicos y artísticos.

Las dos guerras mundiales mostraron la sensación de la insuficiencia del entendimiento de la experiencia humana y en medio de este contexto mundial el arteterapia emergió en Europa.

En Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial, el artista Adrian Hill al encontrarse convaleciente en un hospital se dedicó a pintar, lo cual le ayudó en su recuperación. Posteriormente en apoyo con el hospital, colaboró para que el arte fuera utilizado para ayudar a los soldados traumatizados por las experiencias de la guerra. Esta visión junto con la idea de educación, influenciaron para remarcar al arte en términos de posibilidades emocionales de la comunicación y del potencial inherente del trabajo terapéutico.

El trabajo de Adrian Hill⁹⁶ se desarrolló en un acercamiento al ámbito educativo, el cual poco a poco se convirtió en algo más psicológico. Trabajó con artistas y profesores en contexto hospitalario. Se le reconoce como el que aparentemente acuñó el término de arteterapia.

Arthur Segal intentó forjar lazos entre médicos y artistas.

Otro pionero Edward Adamson trabajó en el Hospital psiquiátrico Netherne en Surrey durante la Segunda Guerra Mundial. En éste estableció un estudio donde el equipo para cada persona incluía un caballete, una silla de madera y un contenedor de materiales de arte.

Influencias innovadoras en el rubro educativo apoyaron la visión del arte. El escritor Herbert Read en su libro *Educación por el arte* entendió al arte como "un modo de integración –el más natural para los niños- y como tal, su material es la totalidad de

⁹⁶ Ídem Nota 94

la experiencia. Es el único modo que puede integrar más cabalmente la percepción y el sentimiento”.

Jean Dubuffet, pintor y escultor francés acuñó el término del *art brut* en 1945 como el arte fuera del “arte cultural”, el arte producido por personas ajenas a una formación o intención formativa académica del arte, tales como pacientes mentales, prisioneros, niños, autodidactas, inadaptados y ancianos.

Después de la Segunda Guerra Mundial, la filosofía sobre el cuidado permitió el desarrollo de algunos aspectos dentro de la comunidad del cuidado. Pacientes y personal trabajaron juntos para establecer una comunidad terapéutica donde los métodos tradicionales de las instituciones fueron desafiados. Una comunicación honesta y una responsabilidad compartida fueron fomentadas para el trabajo terapéutico.

En 1950 se realizó el 1º Congreso Mundial de Psiquiatría en París con la 1ª Exposición Internacional de Arte Psicopatológico. Se expusieron 2000 obras de 300 pacientes que provenían de 17 países diferentes.

En 1964 se fundó la Asociación Británica de Arte Terapeutas (BAAT).

En 1969 se fundó la Asociación Americana de Arteterapia (AATA).

Peter Cole⁹⁷, un arteterapeuta de la comunidad de Henderson del sur de Londres, describe en *Inscape* (1976) la inclusión y aceptación gradual de la arteterapia dentro de la comunidad terapéutica.

Los países donde el arteterapia está reconocido por el Ministerio de Salud y como profesión oficial son EEUU, Canadá, Inglaterra e Israel.

Cada vez son más los países que han ido introduciendo la profesión de Arteterapia en la enseñanza pública de forma regulada. Algunos de estos son Australia, Canadá, Estados Unidos, España, Holanda, Inglaterra e Israel.

Actualmente, son muchas las asociaciones y organizaciones de arteterapia que se han ido constituyendo alrededor del mundo. Algunos de los países que las han creado son EEUU, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Brasil, Chile, Inglaterra, Francia, Italia, Irlanda, Alemania, Rumania, Suecia, Israel, China, Corea, India, entre otros.

4.8.2. **Objetivos del Arteterapia:**

El arte permite acceder a la posibilidad de nombrar y significar aquellos contenidos que no están disponibles fácilmente - por las razones que fueran - para trabajar sobre ellos, aunque si bien no todos los pacientes, por su patología particular, están en reales condiciones de verbalizar, el trabajar solamente desde el nivel de la imagen, mantiene su potencial expresivo y terapéutico

⁹⁷ Ídem Nota 94

- Desarrollo de la capacidad expresiva en un encuadre terapéutico a fin de poder comunicar de manera no verbal y mediante técnicas expresivas, problemáticas internas.
 - Facilitar, mediante el uso de un lenguaje coherente y utilitario, la particularidad del Ser Humano en sus expresiones: *Mente Cuerpo Alma*
 - Posibilitar la emergencia de contenidos inconscientes arquetipales simbolizados que serán esclarecidos por el Arte Terapeuta convirtiendo el opus artístico en un instrumento terapéutico pero sin re significar a la misma.
 - Operar como catalizador del descubrimiento del significado de las producciones sin interpretación por parte del terapeuta sino a través del esclarecimiento alentado al paciente a hallar sus propios significados personales y elementos biográficos en las producciones, dando acceso a su acontecer interior. También se apunta a revelar el universo simbólico intra-personal.
 - Mediatizar por medio de las producciones grupales, la problemática emergente como en el trabajo del grupo.
 - Mediante el trabajo corporal, al inicio de cada sesión, acompañado de una ambientación adecuada –iluminación, uso de color, etc.-lograr la emergencia del mundo imaginario del paciente y de sus capacidades creadoras.
 - A través de las distintas producciones –gráficas, literarias, dramáticas- integrar aspectos escindidos del paciente a una imagen integrativa y holística del *Selbst* (de sí mismo).
 - Impartiendo consignas orientadoras, inducir al paciente a lograr una organización interna.
 - Por la elección del medio expresivo adecuado, apuntar a la problemática particular del paciente.
 - Lograr una sensibilidad abierta que conecte al paciente con lo transpersonal, con el repertorio de experiencias “impresas en el cuerpo”, construidas a través de las generaciones. Las imágenes arquetípicas en un estado de relajación psico-físico, aparecen en forma de imágenes.
- Medios expresivos: Corporales. Plásticos o Gráficos. Dramáticos. Literarios. Musicales
- Su aplicación en:
- Psico Terapia Grupal con orientación Analítica (Junguiana y Post-junguiana) (previo trabajo corporal al que siguen las dramatizaciones, actividades pláticas o literarias)

· Para provocar la emergencia de conflictos latentes y resolver, mediante recursos no verbales temáticas ligadas a la emoción.⁹⁸

Para los miembros del Foro Iberoamericano de Arteterapia ⁹⁹ Los objetivos de la arteterapia son diversos y pueden variar según el contexto de la práctica. Los objetivos generales del uso de los materiales en la arteterapia ayudan a los individuos de las siguientes maneras:

Expresando sentimientos difíciles de hablar

Incrementando el autoestima y la confianza

Desarrollando habilidades confrontativas saludables

Identificando los sentimientos y bloqueos de expresiones emocionales y de crecimiento

Proveyendo una vía de comunicación

Haciendo la expresión verbal más accesible

Estos objetivos enfatizan la capacidad del arte en terapia para expresar y comunicar sentimientos a trabajar con y a través de las áreas de dificultad facilitando la reflexión, discusión, cambios en la conducta, oportunidades de reflexión profunda y aprendizaje en los pacientes de los lenguajes y procesos creativos artísticos.¹⁰⁰

4.8.4. **MUSICOTERAPIA:**

4.8.4.1. **Concepto**

La música es un estímulo multimodal muy potente que transmite información visual, auditiva y motora a nuestro cerebro, el cual cuenta con una red específica para su procesamiento, compuesta por regiones fronto-temporoparietales.

Esta activación puede resultar muy provechosa en el tratamiento de diversos síndromes y enfermedades, ya sea rehabilitando o bien estimulando conexiones neuronales alteradas. Revisamos también las peculiaridades del cerebro del músico y vemos cómo el cerebro se adapta según las necesidades para mejorar su ejecución musical.¹⁰¹

Según la *World Federation of Music Therapy* (WFMT), 'la musicoterapia consiste en el uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía, armonía) por un musicoterapeuta, con un paciente o grupo, en el proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión,

⁹⁸ Ídem Nota 94

⁹⁹ Foro Iberoamericano de Arteterapia [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: http://www.arteterapiaforo.org/que_es.html/

¹⁰⁰ Ídem Nota 99

¹⁰¹ SORIA-URIOS, Gema; DUQUE DUQUE Pablo & GARCÍA-MORENO, José M. Rev Neurol Música y cerebro: evidencias cerebrales del entrenamiento musical 2011; 53 (12):pág. 739-740 [fecha de consulta: 23 de Marzo 2014] Disponible en WWW.neurologia.com

la organización u otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia busca descubrir potenciales y restituir funciones del individuo para que éste alcance una mejor organización intra e interpersonal y, consecuentemente, una mejor calidad de vida a través de la prevención y rehabilitación en un tratamiento ¹⁰²

Como describe la definición de la *WFMT* de la musicoterapia, ésta es capaz de mejorar nuestra salud física y psicológica. ¿Qué factores contribuyen a que la musicoterapia sea efectiva? Hillecke y su equipo del Centro Alemán de Investigación de la Musicoterapia describen cinco factores:

– Modulación atencional o factor atencional. La música tiene la capacidad de atraer nuestra atención de manera más potente que otros estímulos sensitivos. Este factor se ha utilizado tanto para activar como para distraer, por ejemplo, en casos de elevado estrés.

– Modulación emocional o factor emocional. Como sabemos, la música es capaz de modular emociones y de provocar en nosotros respuestas emocionales, implicando áreas corticales y subcorticales.

Este factor está muy involucrado en el uso de la musicoterapia en el tratamiento de trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático.

– Modulación cognitiva o factor cognitivo. La música, como entidad neurocognitiva, conlleva diversas funciones cognitivas en su procesamiento.

Este factor implica la memoria asociada a la música (codificación, almacenamiento y recuperación) y a los diversos aspectos implicados en el análisis de la música.

– Modulación conductual o factor motor-conductual.

La música es capaz de evocar patrones de movimiento incluso de manera inconsciente. Este hecho implica la posibilidad de usar la música mediante la estimulación del ritmo en la rehabilitación de pacientes con daño cerebral y en el tratamiento de pacientes con enfermedades del movimiento.

– Modulación comunicativa o factor interpersonal.

La música implica comunicación y, como tal, se puede emplear para entrenar habilidades de comunicación no verbal, lo que puede ser muy útil en el caso de alteraciones conductuales y autismo¹⁰³

¹⁰² Idem Nota 101

¹⁰³ SORIA-URIOS, Gema; DUQUE DUQUE Pablo & GARCÍA-MORENO, José M. *Rev Neurol Música y cerebro: evidencias cerebrales del entrenamiento musical* 2011; 53 (12):pág. 739-740 [fecha de consulta: 23 de Marzo 2014] Disponible en: WWW.neurologia.com

4.8.4.2. Antecedentes Históricos¹⁰⁴

La Musicoterapia ha sido utilizada desde tiempos antiguos. El sonido y la música siempre han tenido un papel fundamental en las diversas culturas. Antiguamente ningún rito tenía eficacia si no se acompañaba de música. El hombre primitivo utilizó la música como un medio de comunicación con el infinito; por ejemplo: para los egipcios el Dios Thot creó el mundo con su voz. Los médicos brujos solían utilizar en sus ritos mágicos canciones y sonidos para expulsar los espíritus malignos que existen en el individuo enfermo, ayudándose con la danza y la ejecución musical. En papiros médicos egipcios del año 1500 a.C., se hace referencia al encantamiento de la música relacionándola con la fertilidad de la mujer. También en la Biblia encontramos como David efectuaba música curativa frente al rey Saúl.

Los griegos utilizaban la música de forma razonable y lógica para prevenir y curar las enfermedades físicas y mentales. Además jugaba un papel importantísimo en el teatro. Aristóteles hablaba de valor médico de la música y Platón la recomendaba para curar terrores y fobias. En el siglo XVIII se investigó sobre los efectos de la música sobre las fibras del organismo, atribuyéndose a ésta un efecto triple: calmante, incitante y armonizante.

A principios del siglo XX, Emilie Jacques Dalcroze dijo que el organismo humano es susceptible de ser educado eficazmente mediante el impulso de la música. Descubrió los ritmos del ser humano, punto de partida para la comunicación con el enfermo.

Edgar Willems, pedagogo, educador y terapeuta realizó profundos estudios sobre la relación hombre-música a través de las diferentes épocas y culturas. Kart Orff tomó como base del sistema de educación musical el movimiento corporal, así utilizó el cuerpo como elemento percusivo. Para él la creatividad unida al placer de la ejecución musical permite una mejor socialización y establecimiento de una buena relación con el terapeuta, así como un aumento de la confianza y autoestima.

En la Primera Guerra Mundial, los hospitales de veteranos contrataban músicos como ayuda terapéutica. Esta valiosa experiencia sirvió para que los médicos la tomaran en cuenta y en 1950 se fundó la Asociación Nacional de Terapia Musical.

En Inglaterra, se fundó en 1958 la Sociedad de Terapia Musical y Música Remedial dirigida por Juliette Alvin, que más tarde sería "Sociedad Británica de Musicoterapia". Fue una de las primeras instituciones.

¹⁰⁴ FLORES LARA, Manuel. Artículos de fisioterapia. Importancia de la musicoterapia en el cuidado de los pacientes [fecha de consulta: 2 de julio 2014] Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/importancia-la-musicoterapia-el-cuidado-los-pacientes>

Desde 1974 se realizan cada 3 años Congresos Mundiales de Musicoterapia, en los cuales se da énfasis a la investigación y al intercambio de conocimientos.

Actualmente se estudia como complemento o Argentina master. En otros países, como en Chile, México, Colombia, España, se puede cursar como una carrera universitaria.

4.8.4.3. **Objetivos de la Musicoterapia** ¹⁰⁵

Características terapéuticas de la música

Universalidad: La música es un lenguaje universal.

Accesibilidad: La mayoría de las personas han estado sumergidas en una experiencia musical como individuos activos o receptivos.

Flexibilidad: La música permite el trabajo a diferentes niveles y objetivos por ser muy variada.

Estructura y orden en el tiempo: La música posee una estructura y orden inherentes.

Experiencia estética: La música satisface una de las necesidades del ser humano que contribuyen a una mejor calidad de vida: la experiencia estética.

Preferencias musicales: Cada cultura responde de una manera diferente a los distintos tipos y estilos de música.

Lenguaje simbólico no verbal: La música comunica de manera más sutil que las palabras.

Multidimensional: Engloba la dimensión fisiológica, emocional, cognitiva, social y espiritual.

Creatividad: Posibilita integrar y globalizar el mundo vital, emocional y mental de la persona.

Aplicaciones de la musicoterapia

Intervenciones quirúrgicas. Durante la misma, la música se reproduce para que el paciente esté más relajado, se sienta bien y la operación tenga mejores resultados.

Fármaco-dependencias. Potencia la autovaloración, la autoconciencia y la autonomía.

También contribuye a aumentar la autoestima.

Embarazo y parto. Se ha observado que con la musicoterapia se consigue cierta precocidad en el desarrollo de la inteligencia y el despertar temprano de la consciencia.

Discapacitados mentales. Se utiliza la música para controlar el parloteo incesante, reducir la frecuencia e intensidad de los gritos, así como la hiperactividad,

Rehabilitación. La música estructura el movimiento rítmico, facilita la movilidad del sistema músculo-esquelético, reduce el dolor asociado a los movimientos, disminuye

¹⁰⁵ Ídem Nota 104

la tensión tanto física como psíquica y acelera la recuperación de pacientes politraumatizados.

Parálisis cerebral. Estimulación al movimiento mediante ritmos binarios que les incita a moverse, como puede ser una marcha militar o con el manejo de instrumentos de vibración y percusión.

Ancianos. Se trabaja la asunción y elaboración de las pérdidas. Por ejemplo: para tratar el Alzheimer, la música al tener un poder evocador, les ayuda a recordar el pasado.

Autismo. El paciente emite sonidos con un instrumento cualquiera y el musicoterapeuta con otro hace lo mismo, de esta forma se entablará una conversación.

Problemas de aprendizaje. El manejo de los elementos musicales es un buen regulador de la hiperactividad, reclamo de la atención y un poderoso y divertido auxiliar de la memoria.

Crecimiento personal. Mejora las relaciones interpersonales, armoniza el autoconocimiento y mejora en general la calidad de vida de los sujetos.

Situaciones sociales. La música es uno de los signos más espontáneos de identidad de un grupo.

Enfermos terminales y cuidados paliativos. La musicoterapia es beneficiosa para aquellas personas que sufren dolor, alteraciones del ánimo y ansiedad dentro del ámbito de los cuidados paliativos. También se incrementa el bienestar espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal. Las sesiones de musicoterapia en directo, incrementan la calidad de vida percibida en el caso de personas con un cáncer terminal. Sin embargo, la música no ayuda a marchar a los moribundos, ni prolonga la vida.¹⁰⁶

Efectos de la música sobre la fisiología humana

Al final del siglo XIX comenzaron las primeras experiencias verdaderamente científicas con un espíritu objetivo y materialista, midiendo cuantitativamente los efectos fisiológicos de las ondas sonoras. Algunas de las conclusiones de estas investigaciones son:

- El ritmo musical tiene influencia sobre el funcionamiento cardíaco, la frecuencia respiratoria, la tensión arterial y la función endocrina
- El sonido provoca cambios en los trazados eléctricos del organismo

¹⁰⁶ FLORES LARA, Manuel. Artículos de fisioterapia. Importancia de la musicoterapia en el cuidado de los pacientes [fecha de consulta: 2 de julio 2014] Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/importancia-la-musicoterapia-el-cuidado-los-pacientes>

- Provoca cambios en el metabolismo y en la biosíntesis de variados procesos enzimáticos
- Estimula el Tálamo y la corteza, lo que permite el contacto a través de la música con pacientes que carecen de contacto verbal a causa de un episodio confusional, autista, alucinatorio o depresivo
- Determinados sonidos hacen vibrar por resonancia la Hipófisis, encargada de controlar la síntesis de numerosas hormonas y relacionada con la orientación temporo-espacial
- Se le atribuye al sonido un efecto excitante, calmante y armonizante sobre todo el organismo.¹⁰⁷

4.8.4.4. **Musicoterapia para pacientes con ACV**

Las personas que presentan lesión cerebral por accidente cerebro vascular pueden padecer una serie de secuelas que varían según la región del cerebro que sufrió el daño. Las secuelas que prevalecen son: dificultades en el habla y deglución, déficit de memoria, confusión, déficit en las funciones ejecutivas, debilidad, parálisis de una o más extremidades, pérdida de coordinación y equilibrio, dolor y labilidad emocional, ansiedad, irritabilidad y depresión.

Las actividades creativas basadas especialmente en el ritmo promueven organización motora y mejoran la calidad de movimiento, a la vez que el canto mejora la claridad, fluencia, timbre de la voz y apoyo respiratorio del habla en personas con secuelas de lesión cerebral adquirida.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Ídem Nota 106

¹⁰⁸ Ídem Nota 106

4.8.5. Danzaterapia

4.8.5.1. Concepto¹⁰⁹

La Danzaterapia utiliza la danza y el movimiento de manera psicoterapéutica para alcanzar la integración de procesos corporales, emocionales y cognitivos. También funciona como un medio para el desarrollo de la personalidad. Por un lado, es una terapia artística, y por el otro, una psicoterapia corporal que se centra especialmente en lo que el movimiento representa, tomando en consideración que el cuerpo tiene memoria. En los años 80 se estableció como un método de sanidad que también incluía conocimientos psicológicos e investigación psicoterapéutica (Por ejemplo, psicotraumatología, investigación de comunicación no verbal, investigación creativa y psicoterapia corporal. Desde la década del 90 se han realizado más estudios que se basan en ello, Koch & Bräuniger, 2006).

4.8.5.2. Antecedentes Históricos¹¹⁰

La danza existe y existió en todas las culturas, épocas, lugares geográficos, niveles socio-económicos, independientemente de la religión y las creencias. En la Grecia Antigua, por ejemplo, se tenía la creencia de que la relación con cualquier arte ponía en contacto con la divinidad. Los chamanes, curanderos o brujos, son nuestro primer referente en cuanto a la utilización de la danza como medio de curación.

En la Edad Media, sin embargo, se distinguieron dos tipos de danza. Una que estaba dirigida para la alta sociedad, que solían ser bailarines profesionales con formación, y la otra que la practicaba el proletariado, con una finalidad más lúdica, de entretenimiento y disfrute. Igualmente, la creencias que regían entonces, fundamentadas por la religión cristiana, decían que el cuerpo era algo impuro, por lo tanto quedó en un segundo plano y visto como algo negativo. Sin ir más lejos, hasta el gran filósofo Descartes, consideró al ser humano como un ser fragmentado donde el cuerpo no tenía importancia y la mente era el "verdadero yo".

Ya en el Siglo XX, con el desarrollo de la danza moderna, el bailarín tiene más libertad para explorar nuevos movimientos y formas de expresión. En este contexto, Isadora Duncan, profesional de la danza, empieza a rechazar los aspectos formales del ballet y comienza a dar importancia al cuerpo y la persona. Por este motivo, hizo que sus alumnos bailaran descalzos, encarnando su propia persona, en vez de recrear un personaje. En esta misma época, quiero mencionar a Mary Wigman que trabajo

¹⁰⁹ Fischman, Diana. Danzaterapia: orígenes y fundamentos ADTR (2001) [fecha de consulta: 2 de julio 2014] Disponible en: http://www.brecha.com.ar/danzaterapia_origenes_fundamentos.pdf

¹¹⁰ Ídem Nota 109

utilizando el concepto de la improvisación, que como veremos más adelante, es un término y técnica muy importante y requerida en la danzaterapia.

Unas décadas más tarde, entran en juego las profesionales que hoy en día son consideradas como las pioneras de la Danzaterapia. Una de ellas es Marian Chace coreógrafa que ponía énfasis en que los alumnos logaran la armonía personal y daba mucha importancia a las necesidades de cada uno de ellos. En 1942, empezó a trabajar en *St. Elizabeth Hospital* donde dio un Taller Grupal a pacientes esquizofrénicos mediante el cual pudo desarrollar su propia concepción de tratamiento para posteriormente pasar a formar profesionales. Confiaba tanto en lo que realizaba que pensó que era necesario darle un marco institucional. Para tal fin se creó *American Dance Therapy Association (ADTA)*, de la cual, fue Presidenta.

Mary Whitehouse creó su propio método en la década de 1950, adoptó el concepto Junguiano de "imaginación activa" y con el movimiento espontaneo de los pacientes logró las puertas para el cambio. Al mismo tiempo, la bailarina y mimo Trudi Shoop empezó a trabajar con pacientes hospitalizados a los que les propuso la exploración creativa, el juego natural, la fantasía y la conciencia corporal con el objetivo de lograr un movimiento expresivo y cambios posturales.

4.8.5.3. Objetivos de la Danzaterapia

La danzaterapia tiene como finalidad integrar las experiencias previas al idioma y memoria corporal, estimular la percepción corporal, desarrollar una imagen corporal real, estimular el movimiento personal y el auténtico, desarrollar la percepción personal y hacia los demás, analizar las emociones vividas, lidiar con los conflictos intra e intersíquicos, adquirir nuevas maneras para establecer vínculos y manejar situaciones, aprender a expresarse y reflexionar sobre el movimiento, ser consciente e integrar lo vivido.

Existen distintas formas para realizar terapias individuales o grupales para todas las edades. Los modos de expresión, adaptación y comunicación pueden observarse a través de la contracción muscular, la respiración, el ritmo, las formas, la postura y dinámica de movimiento, y se pueden influenciar a través de la danzaterapia. (Informe de la Asociación de Danzaterapeutas de Alemania BTD, Koch & Bräuniger, 04/2008).¹¹¹

María Fux, creadora de esta técnica en la República Argentina dice: Soy una artista que, a través de un trabajo creativo, ha encontrado un método que logra

¹¹¹ Asociación Argentina de DanzaTerapia [fecha de consulta: 23 de Marzo 2014] Disponible en: www.aadt.org.ar/

cambios en la gente, mediante el movimiento. Lo único que hago es estimular las potencialidades que todos tienen. Yo nunca hablo de curar, sino de cambiar. Y cualquiera sea el tipo o gravedad de un problema, siempre habrá algo que se pueda modificar, aunque es preciso aclarar que el solo movimiento no hace que uno cambie, así como no todas las personas están necesariamente predispuestas a un cambio (en su cuerpo, en su sentir, en su vida). Es un método de trabajo creado a través de mi labor de artista. A través del movimiento se generan cambios que no son sólo físicos, sino que involucran activamente a nuestro cuerpo interno, muchas veces aislado, ignorado, con miedos o problemas tanto sensoriales como psíquicos. A través de los estímulos que doy se mueven y cambian los "no" del cuerpo, convirtiéndose en sucesivos "sí", en "esto que estoy haciendo me pertenece". Simplemente estimulo las áreas dormidas, que no acuden únicamente a través de formas auditivas, sino que todo el cuerpo es el protagonista. Cuando bailamos expresamos no sólo la belleza, sino también los miedos, la rabia, la angustia, el dolor. Cada uno de esos estados son personajes que viven dentro nuestro y que pugnan por salir con la misma intensidad con que nos resistimos, muchas veces, a dejarlos aflorar o, tal vez, reconocerlos como propios. Y es a través de la danza, más que de la palabra, que logran encontrar esa salida." No danzamos para gustar, sino para ser nosotros mismos, para poder crear, expresarnos y entregar a los demás, desde el principio y para siempre. Trabajo mucho en el reconocimiento del propio cuerpo, en la alegría de la aceptación y en la posibilidad de expresión.¹¹²

4.8.6. Arteterapia Plástica:¹¹³ Dibujo, Pintura, Arte Francés, Cerámica, Escultura, Grabado, Fotografía, Video, etc.

4.8.6.1. Concepto

El Arteterapia – plástica se fundamenta en el potencial terapéutico del proceso creador dentro de un encuadre adecuado. El objetivo es promover dinámicas de transformación en la persona como sujeto y como sujeto en relación con el mundo. La terapia artística no utiliza las imágenes con fines diagnósticos, ya que considera que la persona que realiza la obra es la mejor intérprete de sus propias producciones creativas como expresión de su mundo interior. La actividad creativa se utiliza como

¹¹² Fux, María. Danzaterapia [fecha de consulta: 18 de Marzo 2013] Disponible en: <http://www.mariafux.com.ar/>

¹¹³ MENÉNDEZ, C. & DEL OLMO, F. Arteterapia – plástica o intervención terapéutica desde el arte plástica en rehabilitación. *Informaciones psiquiátricas*. 2010: 201(3): 367-380. [fecha de consulta: 14 de Junio 2014] Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2010.pdf

vehículo que transporta contenidos personales del adentro al afuera y que vincula las imágenes creadas en el proceso con su expresión verbal.¹¹⁴

4.8.6.2. Antecedentes Históricos.¹¹⁵

El arteterapia-plástica como disciplina empezó a construirse como tal en el interior de los hospitales generales y los centros psiquiátricos, especialmente en Inglaterra y Estados Unidos a mediados del siglo pasado. Fue posible por la concurrencia de diferentes circunstancias (Dalley, 1984). Durante la Segunda Guerra Mundial se empezó a considerar el arte como forma de tratamiento terapéutico gracias a Adrian Hill, artista hospitalizado que se decidió a pintar para liberarse de la angustia y del dolor. Finalizada la guerra, en 1946, se convirtió en el primer terapeuta artístico que trabajaba en un hospital. Las teorías de creatividad, educación por el arte, los inicios de la psicoterapia de grupo para tratar el trauma de guerra, así como el sustento teórico de diferentes corrientes psicoterapéuticas serán las que originen esta nueva disciplina que empezó su andadura llamándose a sí misma terapia artística, y que tuvo sus fundadoras, a partir de los años 40, en Margaret Naumburg en EEUU, y Edith Kramer en Inglaterra. En 1950 tuvo lugar en París la primer exposición de arte psicopatológico, y ese mismo año la americana Marion Millner publicó los primeros programas de estudio de Arteterapia. En 1959 varios psiquiatras europeos (principalmente descendientes de Prinzhorn) fundaron la SIPE (Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión). En 1964 se crea la British Association of Art Therapists y en 1966 la Asociación Americana de Arteterapia (AATA). A partir de ahí comienza la publicación periódica más consolidada sobre esta materia, con el *Bulletin of Art Therapy*, actualmente *American Journal of Art Therapy*.

4.8.6.3. Objetivos de las Arteterapias Plásticas¹¹⁶

Los objetivos perseguidos al aplicar estas terapias, tienen que ver con un mejoramiento de la calidad de vida. No pensamos que el arte cure sino que el arte contribuye a que una persona mejore, desde ese lugar es lo terapéutico. Es una disciplina totalmente transdisciplinaria, es decir, atravesada por diferentes concepciones teóricas, como la filosofía, las teorías del arte. Uno de los objetivos básicos como objeto de conocimiento tiene que ver con el encuentro de cualquier sujeto, no necesariamente paciente, al ponerse en contacto con sus aspectos creativos. Las herramientas que vamos a usar son a partir de las artes visuales y los objetivos terapéuticos tienen que ver con poder contactarse con lo creativo

¹¹⁴ Ídem Nota 113

¹¹⁵ Ídem Nota113

¹¹⁶ Ídem Nota 113

grupalmente. Es fundamental el grupo porque está ligado con el tema de la solidaridad y la autoestima.

4.8.7. Biblioterapia

4.8.7.1. Conceptos y Objetivos:

Antecedentes Filosóficos de Biblioterapia

Caroline Shrodes¹¹⁷, desde 1943 ha desarrollado estudios sobre la aplicación de la literatura con fines terapéuticos. En 1949 defendió su tesis para obtener el título de doctorado en Filosofía y Educación en la Universidad de California, Berkeley, con el trabajo *Bibliotherapy: estudio teórico y clínico-experimental*. Basando su argumentación en los autores citados anteriormente, formuló el concepto de la biblioterapia como un proceso dinámico de interacción entre la personalidad del lector y la literatura imaginativa, que puede atraer a las emociones del lector y liberarlos al consciente y productiva. Para la demandante, la literatura de ficción es la más indicada, una experiencia emocional para asegurar que la terapia efectúa un lector capaz de hacer cambios. Exploró la teoría de la catarsis de Aristóteles y utilizó la teoría psicoanalítica de Freud de los determinantes inconscientes de la conducta al estudiar la reacción de los lectores a la literatura de ficción. Él vio el arte como un medio de proporcionar una especie de reconciliación entre el principio del placer y el principio de realidad, en la que el lector seducido obtiene placer aunque sea inconscientemente - llamado por Freud "Principio de placer". Defendió la tesis de que el proceso de identificación del lector con el trabajo de arte por valor hacia la introyección - donde ciertos objetos son absorbidos por el ego, y la proyección - cuando el dolor en el ego es empujado hacia el exterior. Su tesis se presenta como la trabajo experimental pionero de la biblioterapia, siendo aceptado como autoridad hasta hoy en día.

Alice Bryan¹¹⁸ (mencionado por SHRODES, 1949), define la biblioterapia como la prescripción materiales para leer que ayudan a desarrollar la madurez y fomentar y mantener la salud mental. Incluye en la biblioterapia, novelas, poemas, obras de teatro, la filosofía, la ética, la religión, la historia y los libros de ciencia. Presenta objetivos: que el lector pueda comprobar que hay más de una solución a su problema, ayudar al lector a comprobar sus emociones de forma paralela a las emociones de los demás, ayudan al lector a reflexionar sobre la experiencia vicaria en términos

¹¹⁷ DIAZ MORALES, G., "Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales.". Serie Bibliotecología y Gestión de Información, Vol. 13, 2006. [fecha de consulta: 15 de Septiembre 2012] Disponible en: http://eprints.rclis.org/archive/00006335/01/serie_13.doc

¹¹⁸ Ídem Nota 117

humanos y no materiales, proporcionan la información necesaria para la solución de problemas, y alentar lector a mirar su situación realista con el fin de llevar a la acción. Su teoría es que figuras de personas se integran y, por tanto, el niño debe ser visto como un educado emocionalmente e intelectualmente. Ver la literatura como un medio de ficción para afectar el ajuste total del individuo. Recomienda la cooperación entre bibliotecarios y psicólogos, porque a su juicio considera la biblioterapia como uno de los servicios bibliotecarios.

L. H. Tweffort¹¹⁹ (mencionado por SHRODES, 1949), define la biblioterapia como método alternativo de la psicoterapia, ayuda en el tratamiento que, a través de la lectura, busca adquirir una mejor comprensión de sí mismo y de las reacciones de otras personas, lo que resulta en una mejor adaptación a la vida. Lista de objetivos de la biblioterapia: visión del crecimiento emocional, mejor comprensión de las emociones, verbalizar y exteriorizar problemas, ver los problemas objetivamente, evitar la sensación de aislamiento, comprobar las fallas en otros similares a las suyas, valores de medida, realizan movimientos creativos y estimulan el nuevo interés. Libros recomendados para la higiene mental, y los clasifica de acuerdo a las etapas de la vida: la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Para Kenneth Appel¹²⁰ (mencionado por SHRODES, 1949), biblioterapia es el uso de libros, artículos y folletos como auxiliares en el tratamiento psiquiátrico. En él se enumeran los siguientes objetivos: adquirir información acerca de la psicología y la fisiología de la conducta humana, la autonomía del individuo, conocerse mejor, para crear interés en algo fuera del individuo, proporcionar familiarización con la realidad externa; desencadenar la liberación de los procesos inconscientes; brindar la oportunidad de identificar y compensar; aclarar las dificultades individuales; llevar a cabo los experimentos en el otro para obtener la curación y ayudar a la persona a vivir más efectivamente. Appel toma como criterios para la selección de los libros, las necesidades terapéuticas y educativas del paciente.

Según Louis Gottschalk¹²¹ (mencionado por SHRODES, 1949), "...los objetivos de biblioterapia: ayudar a los pacientes a comprender mejor sus reacciones psicológicas y físicas, la frustración y el conflicto, ayudar al paciente a hablar sobre sus problemas; disminuir el conflicto por el aumento de la autoestima para darse cuenta de que su problema ya ha sido experimentado por otros, ayudar al paciente en el

¹¹⁹ Ídem Nota 117

¹²⁰ Ídem Nota 117

¹²¹ DIAZ MORALES, G., "Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales." Serie Bibliotecología y Gestión de Información, Vol. 13, 2006. [fecha de consulta: 15 de Septiembre 2012] Disponible en: http://eprints.rclis.org/archive/00006335/01/serie_13.doc

análisis de su comportamiento; proporcionar experiencia para el lector sin que el mismo pase por peligros reales, fortalecer los patrones culturales y socialmente aceptables, y estimular la imaginación.”

Louise Rosenblatt¹²² (mencionado por SHRODES, 1949) analiza la literatura de ficción como una ayuda para el ajuste personal y social. Su teoría es que la literatura imaginativa es útil para ajustar al individuo en relación tanto a sus conflictos internos y en conflicto con otros.

“Para el demandante, el pensamiento y el sentimiento se entrelazan. Por lo tanto, se cree que el proceso del pensamiento reflexivo es estimulado por la lectura de un preludio a la acción. Muestra peligros de la lectura de los gases de escape, que actúa como un fármaco, aumentando el deseo de escapar de la realidad, ya que una imagen falsa de la vida se encuentra en este tipo de literatura. Divide los objetivos en: la curación y la prevención. Rosenblatt considera efectos curativos: aumentar sensibilidad social, ayudar a la persona a estar protegida contra los miedos y obsesiones de culpa: proporcionar sublimación por medio de catarsis, y conduce a los seres humanos a una comprensión de sus reacciones emocionales. Como los objetivos de prevención: prevenir el crecimiento de tendencias neuróticas y conducen a una mejor gestión de los conflictos.”

La Asociación de Bibliotecas de Hospitales e Instituciones de los Estados Unidos (Limper, 1973), describe las definiciones adoptadas de biblioterapia: como el uso de materiales de lectura seleccionado como terapia adyuvante en la medicina y la psiquiatría, la orientación en solución de los problemas personales a través de la lectura dirigida, el tratamiento del mal, ajustada para promover la recuperación de la sociedad.

Para Orsini¹²³ (1982), biblioterapia es una técnica que se puede utilizar para los propósitos de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y problemas personales. Los objetivos de que se ocupa: el nivel intelectual, el nivel social y emocional conductual. Por lo tanto, la biblioterapia ayuda autoconocimiento a través de la reflexión, refuerza normas deseables, el desarrollo social y emocional al proporcionar experiencias vicarias y ayuda en el cambio de comportamiento.

Según Matthews, Lonsdale¹²⁴ (1992), biblioterapia consiste en la terapia de lectura imaginativa, incluyendo la identificación con una proyección de caracteres (el lector discierne la conexión de carácter con su caso), la introspección (el lector

¹²² Ídem Nota 121

¹²³ Ídem Nota 121

¹²⁴ Ídem Nota 121

comprenda y educa a sus emociones), y la catarsis (respuesta emocional). Sus estudios se basan en la tesis Shrodes Caroline doctorado, que sigue siendo la investigación teórica básica en la biblioterapia. Distinguidos, sin embargo, tres tipos de lectura: la terapia de crecimiento (cuyo objetivo es entretener y educar), real (cuyo objetivo es informar y preparar al paciente para el tratamiento hospitalario) e imaginativo (cuyo objetivo es explorar los sentimientos y tratar problemas emocionales), basando sus estudios en la tesis Shrodes Caroline, que se define biblioterapia como una lectura dirigida y grupo de discusión, lo que favorece la interacción entre personas, lo que lleva a expresar sus sentimientos: miedos, ansiedades y aspiraciones. Por lo tanto, el hombre ya no está solo para resolver sus problemas, comparte con sus compañeros en un intercambio de experiencias y valores.

La Biblioterapia dirigida a niños, presentado como objetivos básicos de la función terapéutica de la lectura, proporciona una forma para que los niños se comuniquen entre sí, pierdan la timidez de la exposición su desarrollo emocional y quizás físico. Entendiendo biblioterapia como catarsis, por su valor de identificación (por la proyección e introyección), la inteligencia y humor. Se encuentra en recepción de textos literarios para niños, la validez de este texto proporciona moderación de las emociones a los niños.

Según Marc-Alain Ouaknin¹²⁵ (1996, p. 97), la teoría central es que la biblioterapia en los humanos como creación continua y en constante movimiento, encuentra su fuerza en la actividad continua narrativa interpretativa de la lectura.

La lectura implica una interpretación - que es en sí una terapia, ya que evoca la idea de la libertad - permite asignar múltiples significados al texto. El lector rechaza la que no le gusta y aprecia lo que le plazca, dando vida y movimiento a las palabras, a desafiar a la línea trazada y la búsqueda de nuevos caminos. La biblioterapia incluye no sólo leer, sino también hacer comentarios al respecto. Por lo tanto, las palabras se suceden - escritura de texto y la oralidad, lo dicho y lo no dicho, la afirmación y negación, haciendo y deshaciendo, la lectura y el habla - en una superposición que conduce a la reflexión, satisfacer las múltiples verdades, en el que se configura la cura abierta a otra dimensión.

¹²⁵ DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011]
Disponible en:
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaapacientesconConsumoproblematicodesustancias.htm>

Para Ouaknin¹²⁶ (1996, p. 198), "biblioterapia es principalmente una filosofía de la existencia del libro ", que hace hincapié en que el hombre es un " ser dotado de una relación con el libro "Por lo tanto, esta relación con el libro - lectura - permite al hombre comprender el texto y entender. El lector, al interpretar, se convierte en parte del texto interpretado. La interpretación es la unión de explicación objetiva del texto y su comprensión subjetiva. La interpretación descubre otro mundo, el mundo del texto, con "variaciones, la literatura imaginativa opera en el mundo real "(Ouaknin, 1996, p. 200). La biblioterapia por lo que propone prácticas que proporcionan la interpretación de los textos de lectura.

La esencia filosófica de la biblioterapia es "identidad en movimiento" o la "identidad dinámica". Según Ouaknin (1996, p. 98, 99) ", por la biblioterapia, la identidad no es un lugar, "porque" el ser humano es un "modo de ser, un hombre en marcha " Por lo tanto, además de la identidad estable, las señas de identidad del hombre -. Personajes nombre, profesión, estatus social - existe identidad construida por las identificaciones modelos adquiridos, los héroes o los valores en los que se reconoce a la persona, que podría ser llamada identidad dinámica. Las historias, contadas o leídas, proponen al oyente/ lector de la posibilidad de "cambiar la dirección de la trayectoria inicial de su historia" (Ouaknin, 1996, p. 106). Así, los personajes, situaciones e intrigas que aparecen en historias de ficción permiten al lector o el oyente identificaciones construidas a partir de la identidad narrativa que discurre entre el texto y la acción.

En 1973, la *Associação das Bibliotecas de Instituições e hospitais das EEUU*¹²⁷ (Mood, Limper, 1973) definió oficialmente la Biblioterapia como: "la utilización de materiales de lectura seleccionados como coadyuvante terapéutico en la medicina y la psiquiatría; la orientación en la solución de problemas personales por medio de la lectura dirigida, el tratamiento de la enfermedad, y la promoción de su recuperación a la sociedad."

Otra definición, ésta de Marc-Alain Ouaknin (1996, p. 97) "La lectura implica una interpretación que es en sí misma una terapia puesto que evoca la idea de libertad y permite atribuir al texto más de un sentido. La Biblioterapia contempla no sólo la lectura sino también el comentario que le es adicional. Así, las palabras se siguen

¹²⁶ Ídem Nota 125

¹²⁷ DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011]
Disponible en:
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaapacientesconConsumoproblematicodesustancias.htm>

unas a otras en una imbricación que conduce a la reflexión, al encuentro de múltiples verdades, en la que curar configura como un abrirse a otra dimensión.”

Caldin (2001) afirma acerca de la Biblioterapia: “consiste en la lectura dirigida y discusión en grupo, que favorece la interacción entre las personas, llevándolas a expresar sus sentimientos: celos, angustias y deseos. De esta forma el sujeto comparte con el grupo sus experiencias y valores”

En 2001 la IFLA¹²⁸ (*Internacional Federation of Library Associations and Institutions*) presenta las “Pautas para bibliotecas al Servicio de pacientes de hospital, ancianos y discapacitados en Centros de atención de larga duración”; que fuera confeccionada por un equipo integrado por bibliotecólogos de 10 países, todos ellos especializados en la temática. Para elaborar dichas pautas el equipo realizó una investigación en 25 países que brindó información diversa, pero cuyo denominador común fue que la práctica de la biblioterapia daba resultados positivos, y se llevaba a cabo sobre todo con niños, enfermos mentales, ancianos y víctimas de catástrofes naturales (inundaciones, terremotos, etc.).(Panella, N., 2001)

En la actualidad,¹²⁹ los avances tecnológicos van haciendo posible el acceso a una cantidad inmensa de libros de todo tipo, buenos, malos o aquellos que nos resultan un poco “extraños”, ahora podemos leerlos a modo de realizar una terapia alternativa denominada Biblioterapia, una interesante propuesta de la cual hablamos a continuación.

Algo que se debe tomar en cuenta al momento de realizar esta terapia es que está a cargo de un “biblioterapeuta”, esta persona debe tener la habilidad de reconocer los problemas psicológicos a tratar, al mismo que conocer el libro se utilizará, siendo capaz de determinar el impacto que tal lectura tendrá en la persona y el problema a tratar. A este respecto en biblioterapia se utiliza tanto literatura de ficción como literatura didáctica.

En esta terapia se usa la lectura con fines curativos, es un proceso interactivo que bien puede considerarse como un proceso de desarrollo personal o como proceso clínico de cura. Tal proceso se lleva a cabo en grupos, y como dijimos anteriormente, con un profesional a cargo, los participantes de dicho grupo llevan a cabo discusiones, el objetivo de esto es promover la integración de sentimientos y pensamientos, de esta forma el autoconocimiento, la autoafirmación o la rehabilitación. Con respecto a la biblioterapia, esta puede ser clasificada en dos, una de estas sería la biblioterapia

¹²⁸ Ídem Nota 127

¹²⁹ Psicología. Terapias psicológicas. Biblioterapia: una terapia alternativa interactiva [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: <http://www.estudiarpsicologia.com/biblioterapia-una-terapia-alternativa-interactiva/>

clínica y estaría destinada a personas con problemas sociales importantes; en cambio la biblioterapia para el desarrollo personal funcionaría como un apoyo literario a personas que buscan ayuda para un desarrollo normal y progresivo de sí mismas.

La biblioterapia puede ser un medio efectivo para el cambio del comportamiento, así como también para el encuentro con uno mismo, además de la obtención de beneficios relacionados a la cultura.

Esta terapia alternativa resulta ser una buena e interesante opción para las personas que busca superar un problema.¹³⁰

Liliana M. Alfonso Sánchez¹³¹ y Francisco Colmenares Sáncho en "La biblioterapia como novedad terapéutica" exponen La fuerza curativa de la literatura ha sido siempre objeto de atención. La Biblioterapia (o lectura curativa) se incluye por tradición en una forma de vida sana. Desde siempre el hombre ha reconocido a la palabra como un buen bálsamo para las heridas del alma y del cuerpo...El valor terapéutico de la literatura, ya sea oral o escrita no es ningún nuevo descubrimiento, porque desde los antiguos pabellones de reposo para tuberculosos y demás enfermos crónicos, se han cuajado un sinfín de apasionados lectores y algún que otro contador de historias. Posiblemente en ningún otro lugar como en la cabecera del enfermo, tan a menudo aquejado de soledad y otros miedos aparte de mis males físicos, la compañía de un libro cobra tanto valor. Cuando el tiempo se dilata y el espacio vital se reduce por culpa de una pierna quebrada o accidente y padecimiento más grave la lectura de una historia imaginaria no solo sirve para pasar un buen rato y viajar a otros lugares sino que ayuda a disipar las penas y hasta puede servir de salva vidas..."

González Benito, T.¹³², en "El Ocio del Paciente Ingresado" enuncia: "Ya desde la antigüedad está presente la idea de que la enfermedad - Infirmitas: falta de firmeza- afecta a la persona de una manera global, que no sólo es aquella parte específica del cuerpo, la que dentro del proceso de enfermar necesita ayuda, sino que para restaurar el equilibrio dinámico entre la persona y su medio, es preciso tener en cuenta todos los componentes que constituyen la realidad del ser humano. Hoy día se admite sin dificultad que cualquier terapia relacionada con el componente espiritual del hombre, ya sea música, teatro, lectura, etc. ayudan de manera considerable a

¹³⁰ Ídem Nota 129

¹³¹ Congreso Internacional de Información. La Evolución de las Necesidades de la Información. ALFONSO SÁNCHEZ, Liliana M. & COLMENARES SÁNCHO, Francisco. La Biblioterapia Como Novedad Terapéutica. Bib. Médica Htal. Armando E. Cardoso. Camagüey [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011]En: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/index/assoc/HASH6cb5.dir/doc.pdf> Cuba

¹³² GONZÁLEZ BENITO, Teresa El ocio del paciente ingresado. Métodos de Información (MEI), 2000, vol. 7, n. 37, pp. 41-42. [Journal article (Print/Paginated) [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011]Disponible en: <http://eprints.rclis.org/4761/>

restaurar el equilibrio que se pierde al enfermar. Es en este ámbito y dentro del proceso curar-cuidar donde cobra significado la implantación y desarrollo de las Bibliotecas de Pacientes.”

Según Irena Borecka¹³³ - Vice-Presidente de la Sociedad Polaca Biblioterapeutica - es un proceso terapéutico en el que la selección acertada y adaptada de los materiales a leer que se utilizan como una forma de apoyar el proceso de la terapéutica y educativa. De acuerdo con el diagnóstico, el médico o psicopedagógico, proporciona asistencia en la solución de problemas personales o de una persona enferma en un patrón de mala salud mental. Se trata de un proceso de lectura guiada a los enfermos y discapacitados, socialmente torpes, rechazados y los que requieren apoyo emocional. También hay un proceso de formación subjetiva de un estilo de funcionamiento de estas personas, y parte de las actuaciones psicocreativas del proceso.

En términos de la biblioterapia psicológica es una técnica psicoterapéutica específica, la participación de los efectos terapéuticos sobre la psique, apropiadamente seleccionados por una literatura psicoterapeuta. Proceso terapéutico asociado con el diagnóstico de los trastornos del paciente, o una explicación de las causas de los síntomas, el mecanismo de la que definen los objetivos que el terapeuta quiere lograr, a continuación, la selección de lectura apropiada y al final del desarrollo de métodos para trabajar con el libro seleccionado. Biblioterapia así entendida es un método de psicoterapia. S. Krotchvil, W. Kozakiewicz, S. Cwynar enfatizan su papel en los efectos terapéuticos sobre la psique, la eliminación de los estados psicológicos no deseados, tales como la ansiedad, una sensación de menor valor, la soledad, el aburrimiento o la apatía. El propósito del libro en una terapia, es, además de una herramienta de desarrollo de la personalidad, una asistencia en la resolución de situaciones difíciles.

4.8.7.2. Breve Historia de la Biblioterapia¹³⁴

La idea de las bibliotecas de hospital para pacientes y el valor terapéutico de los libros y de la lectura, fue tratada por primera vez en los Estados Unidos, entre los

¹³³ TURGULEWSKA, Teresa. Biblioterapia [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=en&rurl=translate.google.com&sl=pl&tl=es&u=http://teresasturgulewska.blogspot.com.ar/2008/01/pojcia-biblioterapia-wedug-e.html&usg=ALkJrhgp5_XXze8SoEV-UpFYbJx07PIE5g

¹³⁴ DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en “El Portal Amarillo”. [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaapacientesconConsumoproblematicodesustancias.htm>

bibliotecarios, durante la I Guerra Mundial, a partir de 1914. En Finlandia esto se hizo durante la II Guerra Mundial, en coordinación con las bibliotecas de hospital dirigidas por la Biblioteca de la Ciudad de Helsinki, después de la guerra, en 1945. La primera biblioteca de hospital en Finlandia fue abierta en 1936 por voluntarios de la Cruz Roja.

La Biblioterapia fue reconocida por vez primera como un aspecto de la bibliotecología en 1904, bajo la administración de un calificado bibliotecólogo en el *Mc Lean Hospitals, en Massachussets* (Ciganda, 1984, p. 47). No obstante sus orígenes se pueden rastrear ya en la antigüedad; por ejemplo en el antiguo Egipto, famoso por sus bibliotecas (recuérdese Alejandría) que estaban localizadas en templos que los egipcios denominaban "casas de vida" pues se consideraban centros de conocimiento y espiritualidad. En la Edad Media, época de enorme crecimiento hospitalario en Europa, era habitual proporcionar libros a los pacientes, como complemento terapéutico (Panella, 2001); la lectura de textos sagrados en el transcurso de una intervención quirúrgica, era un procedimiento común, usado para aliviar el dolor y amortiguar la angustia. (Caldin, 2001). En los siglos XVIII y XIX, los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, Francia, Alemania y Escocia contaban con bibliotecas para pacientes ya que los médicos que trataban enfermedades psíquicas en estos países recetaban la lectura como terapia (Enciclopedia citada por IFLA). Y en la primera mitad del siglo XIX, "los servicios bibliotecarios eran una parte significativa de los programas terapéuticos para enfermedades psíquicas" (Dunkel, 1983. citada por IFLA).

En la actualidad, en las bibliotecas de hospitales de varios países europeos y norteamericanos, la tarea es (o debería ser) realizada por un equipo interdisciplinario integrado por un bibliotecólogo especializado; psiquiatra, psicólogo y eventualmente otros especialistas de acuerdo a las características de los pacientes y de la institución que los contiene. El bibliotecólogo especializado es un conocedor de obras literarias específicas, acordes a las diversas patologías físicas y mentales, así como de las características psicológicas y de vida de cada paciente.

Las modalidades de la Biblioterapia son muy diversas en diferentes partes del mundo, dependiendo del contexto socio cultural en el cual se desarrolla. Encontramos referencias bibliográficas que mencionan que esta tarea se lleva a cabo en hospitales, instituciones de salud, geriátricos, orfanatos, instituciones de rehabilitación para adictos, psiquiátricos, e inclusive se han organizado jornadas de

Biblioterapia en apoyo a los damnificados por desastres naturales como las inundaciones en Venezuela en 1999.

Surge como una rama especializada de la bibliotecología, relacionada con la psicología cognitiva o conductual. La metodología utilizada también varía en los diversos países, dependiendo de factores económicos, geográficos, políticos, e ideológicos entre otros. Por lo general se leen obras seleccionadas por el bibliotecólogo, según determinados criterios adoptados en acuerdo con el equipo interdisciplinario. Se trabaja (según el caso) en forma individual o grupal, con lecturas sugeridas a partir de libros de autoayuda, cuyo contenido apunte a dar pautas de salud y comportamiento a los pacientes, según su patología y condiciones de vida. Otros autores prefieren utilizar literatura de ficción, favorecedora de la movilización interna, y que brindase la posibilidad de poner en palabras los sentimientos e ideas que les promovía la lectura.¹³⁵

4.8.7.3. **Objetivos y funciones de la biblioterapia**¹³⁶

- ✓ ayuda a superar los problemas dado los patrones de comportamiento y les da sentido,
- ✓ corrige el comportamiento emocionalmente perturbado,
- ✓ integra discapacitados y socialmente inadaptados,
- ✓ lleva alivio a los que sufren,
- ✓ mejora la autoestima,
- ✓ prepara para desempeñar un papel importante,
- ✓ acepte a sí mismo y a su propia situación
- ✓ reduce el miedo, la ansiedad, el estrés, reduce la agresividad,
- ✓ fortalece la motivación para aprender,
- ✓ ayuda en la activación de uno al otro,
- ✓ ayuda en el proceso de desarrollo,
- ✓ ayuda solitario, tímido, con un complejo, muy activo.

4.8.7.4. **El aspecto pedagógico de la biblioterapia**¹³⁷: se centra en el papel de los libros como un método de tratamiento basado en el proceso educativo, que es ayudar a hacer frente a una situación difícil. Cambios deseables

¹³⁵ Ídem Nota 134

¹³⁶ FORTKAMP CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. the reading as a therapeutical function: bibliotherapy. Enc. Bibli R. Elect. Bibliotecon. Ci Inf, ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. 32 [fecha de consulta: 14 de junio 2011] Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>

¹³⁷ Ídem Nota 136

se producen en el comportamiento, los sentimientos y las creencias. El impacto de la lectura es cambiar la forma de ver su propia situación, profundización de autoconciencia.

- ✓ La biblioterapia se recomienda especialmente a los enfermos en el hospital, especialmente un niño, con una serie de miedos y frustraciones. Papel importante a desempeñar en la asistencia de lectura para las personas con discapacidad cuando se despierta en ellos una esperanza para superar las dificultades, cambia la forma de pensar acerca de su enfermedad y dirige la operación.

4.8.7.5. División de la biblioterapia¹³⁸

Institucional: significa que el uso de la literatura, la enseñanza sobre todo a las necesidades del paciente "institucionalizado"

Su propósito es informar al paciente y le proporcione la recreación adecuada,

Clínica: implica el uso de la literatura, sobre todo imaginaria, destinada a un grupo de pacientes con trastorno emocional o de comportamiento. Su objetivo principal es proporcionar al paciente la capacidad de "vista" de unos a otros, lo que ha dado lugar a un cambio en su situación mental.

Las clases son llevadas a cabo por los médicos junto con los bibliotecarios.

Los pacientes participan en estas actividades de forma voluntaria.

Las clases se pueden realizar tanto en la instalación terapéutica o en otro lugar

Por ejemplo, en un entorno familiar o espacios sociales.

De acuerdo con los medios y técnicas biblioterapéuticas

Tenemos:

- ✓ Biblioterapia en reminiscencia - se refiere a los recuerdos de los participantes.
- ✓ Biblioterapia conductual - tiene como objetivo principal el cambio de comportamiento.

4.8.7.6. Papel terapéutico de la biblioterapia¹³⁹

La biblioterapia es una técnica auxiliar de la práctica psiquiátrica, psicológica y clínica, que trata de ayudar al paciente en el desarrollo de sus potenciales, de sus habilidades, de su autoestima. Diversos especialistas en este campo afirman que en procesos postoperatorios, generalmente depresivos, y en general en toda la

¹³⁸ Ídem Nota 136

¹³⁹ QUIJANO GONZÁLEZ, Rafael Proyecto de creación de una biblioteca para pacientes...pdf 11480-11561-1-PB. [fecha de consulta: 12 de Agosto 2011] Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/viewFile/RGID9999120047A/10634>

sintomatología susceptible de tratamiento psicológico, la literatura ejerce una influencia beneficiosa en el paciente. La colaboración de la «biblioteca de pacientes» con el equipo encargado de la atención al enfermo, desde médicos a psicólogos, pasando por terapeutas ocupacionales y el personal de enfermería, facilitará la aplicación de esta técnica (biblioterapia) que repercutirá favorablemente en el paciente.

La lectura es un proceso cognitivo y comunicativo, que pone en juego actividades intelectuales, afectivas, operaciones de la memoria y tareas del pensamiento. La lectura contribuye a la salud de las personas de forma significativa. Contribuye además a disminuir el aislamiento de los pacientes que se encuentran ingresados en los hospitales, y que no pueden desplazarse fácilmente, debido a que tienen limitada su autonomía. Por último, previene los estados de ansiedad y depresión, derivados del proceso de hospitalización. El ingreso hospitalario supone un trauma emocional para las personas. Es así porque supone la ruptura con la vida cotidiana, los vínculos emocionales y relacionales de la persona, para centrarse en la atención de la salud. Por ello la lectura puede ayudar a paliar este trauma y disminuir el estado de ansiedad que afecta a las personas que se encuentran hospitalizadas. A este tipo de lectura la conocemos con el nombre de biblioterapia, que es una rama de la bibliotecología, que se ocupa del papel que desempeña la lectura en el proceso de rehabilitación del enfermo. Pero la biblioterapia es una técnica que debe de plantearse con unos objetivos concretos, que ayuden a los pacientes en su proceso de mejora de su estado de salud, como un usuario más de los servicios públicos, por ello es que se deben de plantear perspectivas de futuras bibliotecas. En definitiva, el objetivo primordial de este tipo de Bibliotecas es “.....alcanzar el bienestar y la recuperación de los pacientes, mediante la adquisición, organización, mantenimiento, y disposición de material de biblioteca y servicios, como una forma de diversión, terapia y cultura (...) dependiendo de la necesidad de cada uno”. Por ello a esta acción se le conoce con el nombre de Biblioterapia.

Según la opinión de la doctora a Vivian Ravelo, especialista de psiquiatría infantil: Lograr cambios en la comunicación con los demás, la expresión adecuada de sentimientos positivos y negativos, mejorar la estima y seguridad de sí mismo, ampliar el modelo que tiene del mundo y encontrar alternativas a la solución de los problemas, son los objetivos perseguidos por la Biblioterapia.¹⁴⁰

¹⁴⁰ Ídem Nota 139

Silvia Saura¹⁴¹, en su trabajo "La lectura como recurso terapéutico" dice "La historia y la experiencia demuestran con toda su fuerza cómo la lectura y el relato acompañan al hombre en todas sus etapas; le ayudan a enfrentar las dificultades cotidianas y las grandes tragedias, los conflictos comunes en el normal transcurrir de su desarrollo, también los traumas y acontecimientos inesperados... Debemos plantear que el valor ante todo está en el ser; del ser humano, por lo tanto con las técnicas de la biblioterapia se intenta recobrar el valor principal, o sea propiciar el desarrollo del hombre o niño conectándolo a través de los cuentos o relatos con su dolor, para producir efectos curativos ante las padecimientos del alma. La biblioterapia se constituye entonces, en una actividad interdisciplinar pudiendo ser un puente efectivo cuyo provecho sea la transformación de la realidad en aquellos individuos que pasan por una situación adversa. Pero para ello es fundamental la investigación, propiciar un aprendizaje autónomo ligado a la experiencia, promover la actualización objetiva y constante, más allá de afirmaciones personales o situaciones particulares. Alcanzar una relación de intimidad que se establece entre lector y lectura, logrando un efecto de catarsis que puede ser muy movilizador tanto para el equipo multidisciplinario como para el sujeto que recibe el tratamiento de biblioterapia.

Como profesionales de la información, nuestro compromiso residirá en congregar nuestras destrezas a través del trabajo en equipo y la elección del material adecuado comprendiendo que la lectura es un recurso trascendental, como valor transformador, funcionando como un puente mágico que acorta distancias."

4.8.7.7. La mirada psicoanalítica según Cristina Deberti Martins:¹⁴²

"Partimos de la conceptualización de Winnicott acerca de la transicionalidad, entendida ésta no como un fenómeno evolutivo propio de una etapa, sino como un modo de funcionamiento psíquico que luego es trasladado a otras experiencias relacionadas con lo cultural en su más amplio sentido. En la misma línea, la psicoanalista argentina Sonia Abadi (1996) que ha ampliado, reordenado y sistematizado los conceptos winnicottianos, sostiene que existe una patología de la transicionalidad, al punto que cuando hay fallas en ese nivel, el acceso a la simbolización se verá seriamente afectado.

¹⁴¹ SAURA, Silvia. La lectura como recurso terapéutico [fecha de consulta: 8 de enero 2011] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/10774/1/BIBLIOTERAPIA.SAUR.A.pdf>

¹⁴² DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaaagentesconConsumoProblematicodesustancias.htm>

Sabemos que Winnicott conceptualiza una zona intermedia entre la realidad interna y la externa, que se encuentra entre el yo y el no yo y la cual él llamará "espacio transicional". Este espacio estará habitado por objetos transicionales, que darán lugar a fenómenos, también transicionales. Es la zona del juego, de la ilusión, de la actividad cultural, del arte. Por eso pensamos que la actividad de biblioterapia debe ser encarada desde este punto de vista: una actividad que favorezca y despliegue la transicionalidad. Un espacio confiable pero ambiguo donde en libertad, el paciente pueda desplegar su creatividad: creando nuevos pensamientos, nuevos vínculos, nuevos aprendizajes. Un espacio donde se jerarquizará el encuentro, o los encuentros, ya que serán múltiples y variados: el del paciente con el libro; con los otros pacientes, con los coordinadores de la actividad, con la actividad en si misma.

Dice Abadi¹⁴³ (1996) "Los fenómenos transicionales son universales...y se trata de una actividad mental relacionada con la fantasía, que ocupa el espacio intermedio entre el mundo interno y el externo."

Winnicott (1971) afirma que "los fenómenos transicionales representan las primeras etapas del uso de la ilusión..." y es la alternancia entre ilusión y desilusión la que va a permitir la continuidad existencial del sujeto y facilitar los procesos de su integración interna. Estas experiencias que transita el bebe, son las precursoras de la capacidad para el uso de símbolos, y de la apertura hacia los fenómenos culturales (Abadi, 1996). No es otra cosa que la ilusión compartida la que da lugar a los fenómenos grupales y culturales. En este sentido pensamos que esta actividad ayudará a crear, (a través de la palabra escrita y hablada) ese espacio a mitad de camino entre lo subjetivo y lo objetivo, zona de transición, precursora de simbolización. Función ésta generalmente fallida o averiada en los pacientes con trastornos mentales.

4.8.7.8. La Función Transformadora de la Lectura¹⁴⁴

La lectura es una experiencia única, íntima e irremplazable. El vínculo que un lector entabla con un libro tiene una doble (o triple) dimensión: por un lado, se da un encuentro sensual con el objeto-libro, al que puede tocar, oler, mirar, subrayar, compartir, prestar, en fin, manipular. Pero además se da casi siempre, una suerte de encuentro con un otro que escribe, con una persona que trasmite información, o que

¹⁴³ Ídem Nota 142

¹⁴⁴ DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaaagentesconConsumoproblematicodesustancias.htm>

cuenta una historia, o que enseña como plantar árboles. Así tenemos libros que, encontramos clasificados en las bibliotecas en dos grandes grupos: literatura de ficción y de no ficción. Esta última catalogada como "útil" y la de ficción de "distracción". Pero esta dicotomía no nos ayuda en la tarea que proponemos, ya que pensamos que tanto aquellos textos "útiles" como los que enseñan a plantar árboles, como los textos de poesía, y las historietas; pueden suscitar el pensamiento "el cual pide esparcimiento, rodeos, pasos fuera del camino.... pensamos siempre en otro lugar decía Montaigne" (Petit, 2003, p. 27)."

La antropóloga¹⁴⁵ francesa Michele Petit, ha realizado varios proyectos en comunidades carenciadas de las afueras de París, y ha teorizado y profundizado fina y seriamente sobre la función de la lectura como agente facilitador de construcción de sujetos. Ella afirma: "que la lectura los ayude a construirse, a imaginar otros mundos posibles, a soñar, a encontrar un sentido, a encontrar movilidad en el tablero de la sociedad, a encontrar la distancia que da el sentido del humor y a pensar...Estoy convencida de que la lectura [...] puede ayudar a los jóvenes a ser un poco más sujetos de su propia vida, y no solamente objetos de discursos represivos o paternalistas" (Petit, 2003. p. 17)

Los efectos de la lectura son incontrolables, como los efectos (evoca a Freud) de otras tareas igualmente imposibles: analizar, educar, gobernar. ¿Cómo medir los efectos de un determinado texto en un determinado sujeto; cuando lo verdaderamente transformador pasa por el registro de lo inconciente? Dice Petit: "El lector no es pasivo: juega con las palabras, imagina, desplaza sentidos, asocia e introduce variantes; pero a su vez es alterado, encuentra algo que no esperaba, y nunca sabe hasta dónde puede ser llevado" (Petit, 2003, p. 28)

Técnicas tan alejadas de la medicina, como la meditación, la audición de ciertos tipos de música, o incluso la observación con detenimiento de determinados colores, se ha observado que ejercían en el enfermo un aspecto beneficioso que le ayudaba a superar estados mentales e incluso físicos, en el camino global de su curación. Así, leer puede aportar al paciente una serie de beneficios que le ayudarán a formarse como persona y a entender mejor el mundo que le rodea, el hospital. La biblioterapia es una técnica que requiere un planteamiento previo. A través de la lectura se plantean unos objetivos concretos que ayudan al lector a conseguir un conocimiento profundo de sí mismo. Esta técnica puede ser individual o grupal. Se presenta al enfermo como un usuario más de los servicios públicos y desde donde se han de plantear las perspectivas bibliotecarias futuras."

¹⁴⁵ Ídem Nota 144

Díaz Morales, G.,¹⁴⁶ en "Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales" presenta la Biblioterapia como práctica aplicable en el tratamiento psicoterapéutico de menores víctimas de abuso sexual. Una encuesta a psicólogos clínicos que tratan a menores abusados refleja que en ellos existe un interés por el tema, aun cuando una minoría declara tener conocimiento formal del mismo. Se ilustra el tratamiento de biblioterapia con un caso particular. Se recomienda, además, una selección de catorce libros que pueden ser usados en biblioterapia aplicada. Se concluye que el profesional bibliotecario no puede estar ajeno a la discusión de la temática del abuso sexual a menores, menos quienes trabajan en bibliotecas escolares (o CRA). Este puede también formar parte de un equipo interdisciplinario, colaborando con los psicoterapeutas en la selección de material y haciendo aportes desde las competencias propias de la profesión.

4.8.7.9. Método Biblioterapéutico:¹⁴⁷

El método consiste en una activación dinámica y existencial a través de la estimulación y la activación de la lengua. Las palabras no son neutrales. El lenguaje metafórico conduce al hombre más allá de sí mismo, se convierte en un ser libre en pensamiento y acción.

El movimiento del lenguaje, el diálogo, es la base de la biblioterapia. El pluralismo de opiniones interpretativas de los textos deja en claro que cada uno puede expresar su verdad y su visión del mundo. Entre los socios del diálogo, el texto, trabaja como objeto intermedio.

EL diálogo Biblioterapéutico es el texto que deja espacio para comentarios e interpretaciones que proponen una selección de pensamientos y comportamientos.

Por lo tanto, las diversas interpretaciones permiten la existencia de la alteridad y la creación de nuevos sentidos. La biblioterapia no debe confundirse con la psicoterapia, ya que este último es encuentro entre paciente y terapeuta, y se configura como la primera reunión entre el oyente y lector de texto juega el papel de un terapeuta. Además de leer los comentarios, los gestos, las sonrisas, las reuniones también son terapéuticas, ya que proporcionan la seguridad de que no estamos solos. El texto une al grupo.

¹⁴⁶ DIAZ MORALES, G., "Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales.". Serie Bibliotecología y Gestión de Información, Vol. 13, 2006. [fecha de consulta: 15 de Septiembre 2012] Disponible en: http://eprints.rclis.org/archive/00006335/01/serie_13.doc

¹⁴⁷ FORTKAMP CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. the reading as a therapeutical function: bibliotherapy. Enc. Bibli R. Elect. Bibliotecon. Ci Inf, ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. 32 [fecha de consulta: 14 de junio 2011] Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>

4.8.7.10. Componentes Biblioterapéuticos:¹⁴⁸

1. La **catarsis**: Al concentrarse en la lectura como una función terapéutica, defiende la idea de la terapia a través de textos literarios. Aunque la palabra terapia en términos restrictivos posee un sentido curativo. En realidad implica mucho más que la cura, implica una actitud preventiva.

Así, el sentido primario de la palabra terapeuta es aquel que se preocupa, que consiste en los primeros terapeutas y médicos-filósofos que toman el cuidado del cuerpo y del espíritu.

Es cierto que las palabras son el instrumento esencial del tratamiento del espíritu.

Convencen, emocionan, influncian, y aquí podemos inferir el significado de la catarsis aristotélica.

Generalizando el efecto catártico, es posible sustituir el teatro por textos literarios, visto que también provocan emociones y pasiones. Hay que recordar que Aristóteles el trágico espectáculo concebido como capaz de convertir el miedo y la pena en el placer estético y es porque tales emociones se despiertan por una representación artística, que ya ha perdido, dañando así su fuerza nociva (Aristóteles, 1966).

Se procesa de manera similar la catarsis a través de textos literarios, una "alegría serena" de que habla Aristóteles (1996) viene de la lectura de narraciones que se transforman en frutos la piedad y el miedo. A partir del supuesto de que toda la experiencia poética es catártica, vale la pena recordar que el filósofo tomó prestado el término médico que indica la purificación del cuerpo de los elementos nocivos, y utilizado en el sentido de la purificación psicológica e intelectual. Al hacerlo, extendido el alcance de la expresión de incorporar también el fenómeno estético. Por lo tanto, la catarsis puede y debe entenderse como la paz, la serenidad y el alivio de las emociones. Es en esta perspectiva que se centra en la lectura de textos literarios como jugando un papel catártico. No es, por lo tanto, contrariamente a la concepción moderna de catarsis en la que el término se usa con la referencia a la función de liberar el arte.

2 El **humor**: Los textos que hacen hincapié en el estado de ánimo son un ejemplo de las posibilidades terapéuticas a través de la lectura. Mediante la exploración de soporte teórico Freud para comprender el humor, se observó que el humor se configura como un triunfo del narcisismo, puesto que el ego se niega a sufrir. Por lo tanto, el humor es la rebelión contra las circunstancias adversas ego, convirtiendo lo que podría ser el objeto del dolor en objeto de placer. Es la acción del superyó que actúa sobre el ego con el fin de protegerlo de dolor. (Freud, 1969).

¹⁴⁸ Ídem Nota 147

3. La **identificación**: Factor importante en la teoría freudiana del desarrollo de la personalidad - comienza temprano en la vida. Los niños se identifican con sus padres, con personas que admiran y con animales. De acuerdo con el vocabulario del psicoanálisis la identificación es "un proceso psicológico por el que el sujeto asimila un aspecto, propiedad, atributo de otro, y se convierte, en su totalidad o en parte, en el modelo de ese otro".

4. La **introyección**: Constituye un proceso evidenciado por la investigación analítica. "“El sujeto pasa, de un modo fantasmático de "fuera" de "dentro", objetos y cualidades (Laplanche; Pontalis, 1994, p 248) está estrictamente relacionada con la identificación.

5. La **proyección**: Es la transferencia a los demás de nuestras ideas, sentimientos, intenciones, expectativas y deseos. Según Laplanche, Pontalis (. 1994, p 374), la proyección es, en el sentido propiamente dicho, la operación por la cual el sujeto expulsa de si y localiza en otro - persona o cosa - cualidades, sentimientos, deseos e incluso los "objetos" que el ignora o niega en si mismo.

6. La **introspección**: Según Michaelis (1998, p. 699) es la "descripción de la experiencia personal en términos de elementos y actitudes "la" observación de sus propios procesos mentales. "Por lo tanto, la lectura mediante el fomento de la introspección, toma al individuo a reflexionar sobre sus sentimientos - lo que es terapéutico porque siempre surge la posibilidad de un cambio de comportamiento.

4.8.7.11. Aplicaciones de la biblioterapia:¹⁴⁹

La biblioterapia ha sido utilizada en hospitales, cárceles, hogares de ancianos, y el tratamiento de problemas psicológicos en los niños, jóvenes, adultos, discapacitados, enfermos crónicos y adictos.

Shrodes (1949) lleva a cabo con su investigación, una aplicación detallada de biblioterapia, mencionando algunos autores, que se enumeran a continuación. Moore hizo un enfoque de la biblioterapia como tratamiento de los menores delincuentes, la presentación de los estudios en este campo, con resultados positivos.

Menninger describió los efectos del Programa de biblioterapia en la Clínica que lleva su nombre: deja que la recreación y la interacción social; alienta a las personas a crear interés fuera y le ayudará a conseguir el contacto con la realidad externa; da una idea de los problemas y da lugar a un beneficio Narcisista, al fortalecimiento del ego.

¹⁴⁹ FORTKAMP CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. the reading as a therapeutical function: bibliotherapy. Enc. Bibli R. Elect. Bibliotecon. Ci Inf, ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. 32 [fecha de consulta: 14 de junio 2011]Disponibile en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>

Como bases para prescribir los libros son evaluadas las necesidades terapéuticas, en base de las personas y la presentación sintomática.

Schenek, quien también trabajó en la Clínica Menninger, utilizó como biblioterapia la ayuda psicológica hipoglucémica en el tratamiento de la esquizofrenia y el tratamiento de la depresión. El trabajo con pacientes con demencia, Quint utiliza para leer en sus momentos de lucidez, como un método para traerlos de vuelta a la realidad. El uso de la biblioterapia en escuelas es defendida por Kircher, que cree en el alivio psicológico a través de la experiencia emociones del héroe como un medio para liberar las emociones del lector. Auerbach indicó la lectura como higiene mental y su teoría es que la biblioterapia no funciona con las personas gravemente neuróticas o emocionalmente perturbadas.

Shrodes Caroline (1949) como una metodología para el estudio de la biblioterapia clínica y experimental, utiliza el estudio de casos concretos, de una psicología integral dinámica. "La selección se centró en un grupo de cincuenta estudiantes inscritos en un curso *Comunicación Basic*. Eligió cinco estudiantes como muestra de la investigación, uno de los cuales ha recibido una atención especial por parte de sus reacciones en respuesta a la biblioterapia. El estudio exploró la teoría y práctica de la biblioterapia en adultos jóvenes y sanos."

Mildred T. Mood,¹⁵⁰ presidenta de la Comisión de Biblioterapia e Hilda K. Limper, Presidente del Subcomité sobre el Niño en dificultad, "motivada por taller en biblioterapia interdisciplinario celebrado en 1964 en Saint-Louis, publicó el libro *La biblioterapia: métodos y materiales* (1973), patrocinado por la Asociación de Hospitales y Bibliotecas de la Institución. En la Parte I, el Comité examinó los aspectos biblioterapia de terapia gente que lee hospitalizados con diversos problemas y en la Parte II, el Subcomité de Los niños en dificultad escogieron las áreas de problemas obvios y títulos seleccionados específicos que podría ser útil para guiar a los niños y jóvenes con dificultades en la adaptación."

Maurice Barker (1979), Psicólogo Clínico Hospital Sainte-Justine en Montreal a través de conferencias en la Universidad de Montreal, Universidad McGill, los Congresos *I'ASTED* y un artículo publicado en la documentación y en la década *Bibliothèques* Diario setenta, estaba preocupado por la lectura entre los jóvenes. Artículo *Bibliothèques et conferencias vierta jeunes*, presentó una propuesta de biblioterapia para los adolescentes. Lamentó que los autores no se preocupan demasiado por este grupo de edad, lo que hace que el uso terapéutico del libro para el público.

¹⁵⁰ Ídem Nota 149

Alves (1982) analizó el papel de la biblioterapia en las cárceles. Consideró necesaria la rehabilitación del recluso, la lectura correcta como fuente de información y como un factor para disminuir el estrés de la situación derivada de la pérdida de la libertad. Aliado a la terapia convencional - Trabajar y jugar - biblioterapia, que debe ser realizado por un bibliotecario en colaboración con el psicólogo y trabajador social de la prisión.

El estudio de Fernández Vásquez (1989),” para ejecutar un trabajo de biblioterapia Ancianos en el *hogar Seguridad Carneiro da Cunha, João Pessoa*, los resultados presentados obtenidos mediante la lectura de textos de ficción en sesiones de lectura individual y sesiones de lectura de grupo dirigido a informar sobre la importancia de la actividad biblioterapéutica en clientes específicos. A través de un programa de lecturas dirigidas buscado despertar el amor por la lectura y mejorar los pacientes con trastornos psicológicos y mentales. Propuso adicionalmente, la implementación de un programa permanente de biblioterapia a los residentes en asilo ya encontró una disminución de condiciones de ansiedad y depresión de la población estudiada después de las sesiones de lectura guiada.

El Fondo de Investigación de la Bibliografía Nacional Británica¹⁵¹ patrocinó en 1990 un proyecto de investigación sobre el tratamiento de la lectura con los niños hospitalizados. El informe investigación, presentado en el año siguiente, señaló, a través de cuestionarios, entrevistas y discusiones estructuradas con miembros del personal de los hospitales en diferentes partes de Inglaterra y Gales, que el 73% de libros usados, cintas, videos y fotos de terapéutica en los niños como medio de comunicación y la preparación para el tratamiento y para hacer frente a sentimientos como la ira y la frustración. El informe también incluye datos de la investigación sobre el sujeto, en su mayoría realizado en los EE.UU., Reino Unido y Alemania.

Se encontró que existe una considerable literatura sobre la lectura de la terapia en los niños autistas, con miedo, la situación oscura de la muerte y el dolor, los hijos de padres divorciados y alcohólicos y pacientes de salud Mental (Matthews, Lonsdale, 1992).

También se encuentran en Paraíba, el estudio de Pereira (1996), quien desarrolló una obra pionera en Brasil, con la biblioterapia para los discapacitados visuales en João Pessoa. Interesado en la preparación educativa y experiencia profesional para personas con discapacidad visual ayudaría a su integración en la

¹⁵¹ FORTKAMP CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. the reading as a therapeutical function: bibliotherapy. Enc. Bibli. R. Elect. Bibliotecon. Ci Inf, ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. 32 [fecha de consulta: 14 de junio 2011] Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>

sociedad, se propone la implementación de un programa de biblioterapia para discapacitados visuales en las bibliotecas públicas.

Seitz (2000), biblioterapia priorizada con los pacientes hospitalizados en la Clínica Médica Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina. Encontró que la práctica biblioterapéutica útil en la hospitalización como una fuente de entretenimiento e información, la interacción entre el bibliotecario / paciente / enfermera y el proceso de socialización de los pacientes. Biblioterapia Enfocado como el ocio y la humanización del hospital y el tratamiento de enfermedades...

Caldin (2001) analizó la literatura y la medicina de los proyectos de los niños pediátricos, un enfoque de integración humana, desarrollado por la Universidad Católica de Rio Grande do Sul subproyectos y cinco relacionados con el diseño de matriz como una política. Lectura de Incentivos de la Universidad de Joinville Región. Estos proyectos, desarrollados por estudiantes y profesores coordinados por la Escuela de Letras de las dos universidades, desarrollado el trabajo terapéutico mediante la lectura en el hospital pediátrico de Porto Alegre y Joinville. Encontró que las historias que se leen a los niños alivió su situación incapacitante y proporcionado un alivio temporal del dolor y los miedos derivados de la enfermedad y el entorno del hospital. El rescate de los sueños, la imaginación y el juego ofrecen un soporte emocional a los niños enfermos. Los registros de los lectores de historias corroboran la eficacia de la biblioterapia en la exploración de la literatura infantil como elemento integrador en el proceso de curación implica la mente y el cuerpo.

4.9. Experiencia en la Argentina

4.9.1. Instituciones Públicas en nuestro país que llevan a la práctica la Rehabilitación Integral del paciente post Injuria Cerebral Adquirida:

FLENI, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia, es una entidad de bien público sin fines de lucro dedicada a la prevención, diagnóstico, asistencia e investigación de las enfermedades neurológicas. El Director Médico Dr. Lisandro Olmos está a cargo del CR. es un centro médico de rehabilitación para pacientes adultos y pediátricos con discapacidades físicas y/o intelectuales, donde se desarrollan actividades de rehabilitación con modernas técnicas intensivas e integrales brindadas por profesionales altamente capacitados en la Argentina y el extranjero.¹⁵²

¹⁵² FLENI. CR. Olmos, Lisandro (dir.) [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fleni.org.ar/frontend.php/contenido2/161/%C2%BFQu%C3%A9+es+CR>

INECO Instituto de Neurología cognitiva. Departamento de Terapias Basadas en las Artes. *“Las terapias basadas en las artes o terapias artístico-creativas utilizan los procesos creativos y las diferentes formas de arte (música, danza, artes plásticas, poesía o teatro) con finalidad clínica en el contexto de un tratamiento.* ¹⁵³

Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente. Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas. Santa Rosa La Pampa. Talleres de Arteterapia. (Músicoterapia, Danzaterapia, Biblioterapia, arte Francés) con finalidad clínica en el contexto de un tratamiento. En el área médica y neurorehabilitación sus beneficios aportan mejoras en forma directa al funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, promoviendo a la vez una mejor calidad de vida y funcionalidad en el entorno en el que vive el paciente.

Cabe destacar que sólo la Fundación INECO y el Servicio de Rehabilitación Integral del Paciente. Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas. Santa Rosa La Pampa, incluyen terapias basadas en el arte en sus programas de rehabilitación.

4.9.2. INECO Instituto de Neurología cognitiva. Departamento de Terapias Basadas en las Artes¹⁵⁴

INECO En el área médica y neurorehabilitación las artes o terapias artístico-creativas aportan mejoras en forma directa al funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, promoviendo a la vez una mejor calidad de vida y funcionalidad en el entorno en el que vive el paciente.

Las terapias artístico-creativas incluyen:

Musicoterapia: la música y el hacer musical espontáneo y creativo son el foco del tratamiento

Arteterapia: basado en las artes plásticas, en el que el trabajo con materiales visuales es la base del proceso terapéutico

Danza/Movimiento terapia: el trabajo corporal expresivo es el material de trabajo en el tratamiento

Principalmente se abordan:

- ✓ Trastornos Motores

¹⁵³ Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Directora: Lic. Marcela Lichtensztejn .) [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.neurologiacognitiva.org/pacientes/clinicas/itemlist/category/286>

¹⁵⁴ LICHTENSZTEJN, Marcela. Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

- ✓ Trastornos del Lenguaje y de la comunicación
- ✓ Trastornos cognitivos
- ✓ Aspectos emocionales y conductuales
- ✓ Aspectos interpersonales
- ✓ Trastornos sensoriales y perceptuales
- ✓ Dolor
- ✓ Integración a sus grupos familiares y sociales

Las interacciones sociales aumentan las conexiones sinápticas. El cerebro se modifica con el entorno.

La biblioterapia según E. Tomasik¹⁵⁵ es la acción de utilizar libros y materiales no impresos (imágenes, videos, etc.) que conducen a la realización de los objetivos de la revalidación, la rehabilitación, la prevención y el desarrollo general. Tal objetivo podría ser:

- ✓ aceptación de su propia discapacidad - la auto-aceptación,
- ✓ tomar medidas compensatorias
- ✓ aceptación por parte de los padres o compañeros de hijo discapacitado.”

4.10 Ley 2784 de creación del “Servicio de Rehabilitación Integral (sancionada por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa, el día 10 de Julio de 2014)

La Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa sanciona con fuerza de ley y en su artículo 1°.- “Créase en el ámbito del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa el “Servicio de Rehabilitación Integral”, el cual funcionará en todos los Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia, que tengan asignados el NIVEL VI o superior, de complejidad y estructura orgánica”¹⁵⁶.

El proyecto legislativo¹⁵⁷, fue presentado y conto con el visto bueno del conjunto de los diputados provinciales. Establece la creación en el ámbito del Ministerio de Salud

¹⁵⁵ LICHTENSZTEJN, Marcela. Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>

¹⁵⁶ Ver anexo I

¹⁵⁷ El proyecto es una iniciativa del bloque del oficialismo, aunque fue elaborado por la tarea conjunta de la médica Laura Vigliotta y la diputada María Silvia Larreta. Vigliotta fue la impulsora original de esta propuesta. Es coordinadora del servicio actual de rehabilitación neurocognitiva del Hospital Lucio Molas aunque el mismo no tiene entidad formal en el organigrama de Salud y también es integrante de la Fundación Estrellas Amarillas de La Pampa.

provincial del Servicio de Rehabilitación Integral que tendrá actividad en todos los establecimientos asistenciales de nivel 6 o superior de complejidad y estructura. Su objetivo central es garantizar el acceso irrestricto y equívano a quienes requieran una rehabilitación integral, manteniendo como fines la reinserción social y familiar de los pacientes con lesiones neurológicas y físicas con la menor discapacidad y la mayor autonomía posible.

El Servicio se integrará –de acuerdo al texto presentado- por un equipo multidisciplinario especializado, con un médico jefe que acredite conocimientos en rehabilitación integral de pacientes y tendrá dos áreas: una de rehabilitación física y otra neurocognitiva.

Los especialistas serán fisioterapeutas, kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicólogos y terapeutas ocupacionales, psiquiatras, psicopedagogos, psicomotricistas y músico terapeutas de adultos. Se previó también la atención neurocognitiva infantil con un área de estimulación temprana hasta los 5 años de edad.

Los casos que atenderán son de pacientes con accidentes cerebro vasculares, traumatismos craneo encefálicos e injurias cerebrales, lesiones medulares y traumatismos de la columna vertebral, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, trastornos por internaciones o enfermedades prolongadas, poli traumatizados, rehabilitaciones respiratorias, cardiovasculares, trastornos cognitivos, entre otros. Numerosos siniestros viales dejan muchos de estos tipos de consecuencias.

El proyecto incluye algunas pautas para la posterior reglamentación una vez sancionada la ley y establece la puesta en funcionamiento de salones de usos múltiples para realizar talleres de arte terapia, como estrategias esenciales de la neurorehabilitación.

También debería preverse la incorporación de "gimnasios protegidos" que deberán contar con oxígeno y aspiración central para pacientes traqueostomizados, entre otras medidas relacionadas a la reinserción laboral y familiar. Aconseja también la suscripción de convenios con municipios, clubes y ONGs, así como la organización de tareas de prevención.

Entre sus fundamentos recuerdan los datos de traumatismos de cráneos y politraumatismos productos de siniestros viales. Argentina tuvo en 2013 casi 8.000 fallecidos, 120 de los cuales fueron en La Pampa. Por cada fallecido, a su vez, se

generan alrededor de 4 discapacitados generando a nivel nacional un gasto para la salud pública y la sociedad de 10 mil millones de dólares anuales.

4.11. Estudio de caso: Estudia intensivamente un sujeto o situación únicos.

1. Permite comprender a profundidad lo estudiado.
2. Sirve para planear, después, investigaciones más extensas.
3. No sirve para hacer generalizaciones.¹⁵⁸

Este tipo de investigaciones es apropiado en situaciones en las que se desea estudiar intensivamente características básicas, la situación actual, e interacciones con el medio de una o unas pocas unidades tales como individuos, grupos, instituciones o comunidades.

Características¹⁵⁹

a. Este tipo de investigaciones tienen como características el estudio en profundidad de una unidad de observación, teniendo en cuenta características y procesos específicos o el comportamiento total de esa unidad en su ciclo de vida total o un segmento de ella.

b. Son particularmente útiles para obtener información básica para planear investigaciones más amplias, pues, debido a lo intensivo de la indagación, arrojan luz sobre importantes variables, interacciones y procesos que merezcan ser investigados más extensivamente.

Sin embargo, sus resultados son difícilmente generalizables a las poblaciones a las cuales pertenecen los casos, pues éstos generalmente se escogen porque representan situaciones dramáticas más típicas.

Ejemplos de estudio de caso pueden ser los siguientes:

- Los estudios de Piaget sobre el desarrollo cognitivo en los niños.
- El estudio de un antropólogo sobre las características culturales de una comunidad indígena.
- El estudio de un caso de intoxicación en una comunidad.
- Estudio en profundidad del tratamiento social y psicológico de un adolescente adicto a la marihuana.

Etapas en la investigación

- Enunciar los objetivos de la investigación. Indicar cuál es la unidad de estudio, el caso y qué características, relaciones y procesos se van a observar.

¹⁵⁸ Tipos de investigación para una tesis de grado [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://es.slideshare.net/maoestrategapublicitario/tipos-de-investigacion-30881162>

¹⁵⁹ Aprender A Investigar ISBN: 958-9279-11-2 Obra completa ISBN: 958-9279-13-9 Módulo 2 1ª Edición: 1987 [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/images/Documentos/mod2investigacion.pdf>

- Indicar cómo se selecciona el caso y qué técnicas de observación van a ser utilizadas.
- Recoger los datos.
- Organizar los datos en alguna forma coherente que reconstruya la unidad que se estudia.
- Informar los resultados y discutir su significación en función de los objetivos propuestos al iniciar el estudio.

4.11.2. Investigación Acción Participativa (IAP)¹⁶⁰

Es una metodología que apunta a la producción de un conocimiento propositivo y transformador, mediante un proceso de debate, reflexión y construcción colectiva de saberes entre los diferentes actores de un territorio con el fin de lograr la transformación social. Es investigación: Orienta un proceso de estudio de la realidad o de aspectos determinados de ella, con rigor científico. Es acción: En esta investigación hay acción la cual es entendida no solo como el simple actuar, o cualquier tipo de acción, sino como acción que conduce al cambio social estructural; esta acción es llamada por algunos de sus impulsores, praxis (proceso síntesis entre teoría y práctica). Es participativa: Es una investigación - acción realizada participativamente. La investigación no es solo realizada por los expertos, sino con la participación de la comunidad involucrada en ella. T. Alberich (2006)

Por Termino Investigación Acción Participativa¹⁶¹

Las relaciones entre dirigentes y dirigidos en los movimientos de emancipación popular se han representado de muy diferentes formas. Entre la "sequedad" del Lenin de ¿Qué hacer?, declarando que la conciencia revolucionaria sólo podría ser introducida desde el exterior a unos trabajadores instintivamente conciliadores, y la "calidez" de unos movimientos alternativos que vieron en el establecimiento de una vanguardia dirigente los fermentos de una nueva relación de dominación, la disputa, en diferentes versiones, nunca se ha dirimido. Ni el autoproclamado vanguardismo (lejos por otra parte del primer bolchevismo) ni el espontaneísmo que atribuye potencial suficiente al saber explícito de los explotados sobre su condición, han resultado jamás satisfactorios. A mitad de camino entre las exigencias del saber teórico y las enseñanzas de la movilización popular, la investigación-acción participativa propone una nueva aportación al problema de cómo el saber puede proporcionar poder a los que carecen de él sin injertar durante el proceso nuevas

¹⁶⁰ REYES, Román (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁶¹ Ídem Nota 160

relaciones de sojuzgamiento. Lo hace desde ámbitos específicos, relacionados todos con lo que podríamos abreviar como el problema de una pedagogía que persiga la destrucción de los roles iniciales entre el enseñante y enseñado (desde la educación al Trabajo Social, pasando por la acción política). La investigación-acción participativa persigue el modo de eliminar los privilegios del maestro o el dirigente sin desperdiciar por el camino el capital de autoridad racional sobre la que hacía descansar parte de su preeminencia. Procederemos, primero, a ofrecer algunos rasgos de su amplia base filosófica para ofrecer a continuación un esbozo de ciertas fases que articulan su metodología. Dado que la investigación-acción participativa no pretende ofrecer tecnologías que produzcan resultados automáticos, debido a que somete a una crítica radical las implicaciones epistemológicas y éticas de la concepción del espacio de intervención como escenario de un proyecto de amaestramiento, dichas fases destacan por estar sobrecargadas teóricamente de precauciones. Derivan éstas de un magma filosófico que permite a los teóricos de la investigación-acción participativa incorporar una notable y nada común autoconciencia epistémica.

a. **Concepto**¹⁶²

No resulta sencillo delimitar el concepto de investigación-acción participativa (IAP). La investigación-acción en su primitiva delimitación por Kurt Lewin remitía a un proceso continuo en espiral por el que se analizaban los hechos y conceptualizaban los problemas, se planificaban y ejecutaban las acciones pertinentes y se pasaba a un nuevo proceso de conceptualización. La manera en que Lewin concebía ese proceso estaba aún cargada de supuestos elitistas y de concepciones del cambio social alucinadas con la eficacia de la acción instrumental (Carr, Kemmis, 1988: 175-177). Por su parte, los profesores Lourdes Merino y Enrique Raya proponen establecer diferencias entre investigación-acción e investigación-acción participativa, situando a la primera como una aplicación del método científico a un problema con voluntad praxeológica y con cierta participación de los afectados (Merino, Raya, 1993: 5). La IAP aparecería entonces como un tipo de investigación-acción que, incorporando los presupuestos de la epistemología crítica, organiza el análisis y la intervención como una pedagogía constructiva de disolución de los privilegios del proceso de investigación como punto de partida para un cambio social de alcance indeterminable. Esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva, por proporcionar resultados cuya utilización y gobierno corresponde a los propios implicados, que deben haber determinado el proceso de conocimiento a la vez que experimentado en el mismo un proceso de maduración colectiva (De Miguel, 1993, 97-101). Por otra

¹⁶² Ídem Nota 160

parte, y esta cuestión es central, los iniciadores de la IAP se previenen contra su propio poder concibiéndose "como participantes y aprendices en el proceso, aportando sus conocimientos y convirtiéndose también en objeto de análisis" (IOE, 1993: 69). Los investigadores entran así en un proceso en que la objetivación de sí mismos, en una suerte de inagotable sociología del conocimiento, se convierte en testigo de la calidad emancipatoria de su actuación (Rahman, 1991: 34).

b. Presupuestos epistémicos

Los teóricos de la Investigación-acción participativa se reclaman de una múltiple inspiración teórica: Marx y Freud, Gramsci y Dewey, Habermas y Foucault, Jesús Ibáñez y T. Kuhn, Edgar Morin y Paulo Freire, Kurt Lewin y Orlando Fals Borda. No podemos realizar una selección de las aportaciones de éstos, ni sería muy útil en una entrada de este tipo. En lo que sigue intentaremos delinear los supuestos epistemológicos que nutren la investigación-acción participativa desde determinados radicales básicos.

Relación sujeto-objeto ¹⁶³

La IAP reniega de la separación sujeto-objeto tal como ha sido planteada en la teoría tradicional del conocimiento por razones tanto epistémicas como ético-políticas. Respecto a lo primero la mayoría de los teóricos rubrican, sin duda, con la reciente filosofía de la ciencia, la tesis de que la conciencia del investigador forma parte del sistema experimental, y, con Sartre (1960: 46-50), que la conciencia únicamente puede adquirir nuevas perspectivas si es capaz de embarcarse en una praxis diferente. Una realidad social de opresión no sólo es imposible de captar desde una objetividad pura, sino que el proceso de aprehensión de la misma se desarrollará en una u otra dirección en función de la práctica social en que la conciencia se encabalga confirmándola y/o transformándola. Es imposible, por ejemplo, desvelar el carácter alienante de la educación tradicional sin embarcarse en una práctica alternativa que pruebe la posibilidad de otros procesos de aprendizaje por el camino en que se transforma el anterior.

Toma de conciencia ¹⁶⁴

Estrictamente relacionado con lo que acabamos de exponer se encuentra el problema de la toma de conciencia. Toda teoría de la concientización se apoya, de algún modo, en una teoría marxista de la ideología y, por tanto, en la posibilidad de configurar una representación del mundo verdadera frente a otra falsificada. La mayoría de los

¹⁶³ REYES, Román (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁶⁴ Idem Nota 159

teóricos de la investigación remiten a la teoría de los intereses del conocimiento establecida por Jürgen Habermas. Para el autor de Conocimiento e interés existen un tipo de ciencias dirigidas por un interés de emancipación. Mientras las ciencias empírico-analíticas construyen el mundo como unidad legaliforme desde el que organizar su sometimiento y las ciencias histórico-hermenéuticas como un espacio simbólicamente dotado de sentido dialógicamente asimilable, las ciencias sociales críticas median ambos paradigmas mediante la utilización de la autorreflexión. Por un lado, conciben la existencia de determinaciones sociales que actúan con fuerza de ley, por otro, sitúan en las condiciones iniciales que hacen posibles semejantes regularidades la conciencia oscurecida como el conductor fundamental del determinismo. Al establecer las condiciones iniciales de las leyes sociales como espacio de coacción inconsciente, Habermas sitúa la autorreflexión sobre lo que nos constituye como previo necesario de un cambio social, que aún puede abortarse por el miedo derivado de la amenaza directa de violencia.

Este interés autorreflexivo puede ser interpretado como una nueva rehabilitación del sueño hegeliano y lukacsiano de un lugar epistemológico absoluto como guía para la IAP. Semejante peligro ha sido eliminado por alguno de sus más capaces defensores por el énfasis, no en el sueño de una transparencia completa, sino en el valor formativo de un proceso autorreflexivo inacabable: "encontrar la belleza de la artesanía popular en la construcción participada en las ciencias sociales. Es decir, no en el resultado final, pulido y perfeccionista, sino en la textura y el pulso, que muestran la viveza del proceso, su práctica" (Villasante, 1993: 25).

Participación¹⁶⁵

La participación ha sido propuesta por teóricos de las ciencias humanas como mecanismo de prevención y difuminación de los conflictos sociales. Desde la psicología "humanista" de los 50 a la nueva empresa toyotista, la participación consiste en la incorporación activa de los implicados a un proyecto cuya dirección estratégica se encuentra definida de antemano.

Desde la IAP¹⁶⁶ se considera esto un simulacro de la verdadera participación (*Gianoten, de Wit*, 1991: 95). La participación no puede confundirse con una simple preocupación por encontrar el apoyo reflexivo de los implicados para los objetivos de conocimiento e intervención delineados por un dispositivo exterior a ellos. La IAP tiene cuidado de diferenciarse de todas aquellas llamadas a la participación basadas en la

¹⁶⁵ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁶⁶ Ídem Nota 165

asimilación acrítica de un marco global de partida con el que se propone compromiso. La participación que reclama la IAP no es simple movilización, sino recapitulación sobre el conjunto de procesos que condicionan la vida social de un colectivo determinado con el objetivo de acometer una eventual modificación de los mismos.

Por supuesto, esto supone una específica relación entre los dirigentes y los dirigidos. En la IAP los dirigentes tienen (a la manera del Estado revolucionario según Lenin) como primer objetivo su desaparición, por lo que cada una de las fases -como veremos a continuación- no culmina sin que se haya avanzado en la capacidad de autogestión de los colectivos sociales implicados. En la IAP, la acción transforma al "enseñante" en facilitador y catalizador. Con el último concepto se refiere a la inteligencia para provocar una reacción reflexiva en la comunidad que se estudia, con el primero a la necesidad de ir proporcionando elementos de reflexión y análisis a los implicados sin prefigurar totalitariamente los problemas de reflexión o los objetivos de acción que los mismos elijan (Rahman, 1991: 27-28).

La concepción de la participación en la IAP¹⁶⁷ debe evitar tanto el peligro elitista como la apuesta por un diálogo oscurecido ante las desigualdades reales de los sujetos que entran en comunicación. Frente al sueño vanguardista o el libertario-liberal, la IAP propone establecerse en el espacio abierto por una contradicción sólo clausurable tendencial y temporalmente. En palabras de Paulo Freire (1970: 108): "el hombre dialógico tiene fe en los hombres antes de encontrarse frente a frente con ellos. Esta, sin embargo, no es una fe ingenua. El hombre dialógico que es crítico sabe que el poder de hacer, de crear, de transformar, es un poder de los hombres y sabe también que ellos pueden, enajenados en una situación concreta tener ese poder disminuido. Esta posibilidad, sin embargo, en vez de matar en el hombre dialógico su fe en los hombres se presenta ante él, por el contrario como un desafío al cual puede responder. Está convencido de que este poder de hacer y transformar, si bien negado en ciertas situaciones, puede renacer. No gratuitamente sino en la lucha por su liberación".

La apuesta por una democracia participativa radical podría hacer a la IAP sospechosa de un idealismo que desconoce las dificultades de concebir una sociedad compleja como un sujeto que se autorregula a sí mismo. Huyendo de semejantes objetivos desaforados, uno de los promotores centrales de la IAP, Orlando Fals Borda (1991: 12-13), ha insistido en la referencia a una utopía realista ("un Estado con menos Locke y más Kropotkin") ajena tanto al socialismo de Estado y la simplicidad ultraizquierdista como a la democracia de competencia entre partidos del capitalismo tardío. La IAP

¹⁶⁷ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

parecería conectar, así, con algunos de los rasgos distintivos del arsenal político configurado durante los años 70 y 80 de nuestro siglo por lo que se denominó como nuevos movimientos sociales.

Redescubrimiento del saber popular¹⁶⁸

La existencia de una diferencia entre los lugares de extracción de conocimiento y los de su utilización demuestra cómo las ciencias sociales se entreveran en prácticas de opresión. Las exigencias de una reapropiación del conocimiento derivan de la vocación participacionista de la IAP. Sin embargo, las llamadas a la rehabilitación del saber popular no tienen sólo el sentido de proporcionar a los grupos sociales dominados capacidad para conocer las claves que rigen sus vidas. Los defensores de la IAP buscan el desarrollo y la potenciación de los saberes que configuran la vida cotidiana de las gentes. Desde la certeza, claro está, de que puede rescatarse allí una riqueza sobre el mundo despreciada y minorada por los supuestos hegemónicos acerca de la producción, la posesión y la aplicación del saber.

Esta cuestión se presta a confusión. La IAP se ha practicado, a menudo, en sociedades excluidas de las sociedades capitalistas más desarrolladas, y las apelaciones al saber popular están cargadas de cierta melancolía ensoñadora de la cultura campesina y del tipo de estrecha experiencia simbólica característica de las estructuras comunitarias tradicionales. Por sensato que pueda ser la dignificación de las culturas precapitalistas, late en todo ese tipo de apelaciones cierto naturalismo ingenuo. Es cierto que la IAP requiere formas de agregación popular con relaciones vitales distinguibles de la relación de maximización competitiva que caracteriza nuestra vida cotidiana (Park, 1992: 168), pero sería un error teóricamente miope y políticamente paralizante desechar a las sociedades occidentales como lugares donde resulta posible desarrollar la IAP (Gaventa, 1991: 167-169).

Cabe entender la cuestión del saber popular desde ópticas menos proclives a las idealizaciones de la cultura preindustrial. La primera es utilizar la noción de rescate del saber popular como forma de discernir los elementos emancipatorios (inevitablemente compuestos con otros opresivos) que penetran toda manifestación cultural humana, desde la curandería popular al rap, desde el fútbol a la exigencia por parte de los alumnos de clases magistrales. Redescubrir el saber popular funcionaría así como un referente heurístico que exigiría a los investigadores buscar las energías a catalizar en la propia existencia social de los grupos oprimidos, evitando dejarse llevar por ese

¹⁶⁸ Ídem Nota 167

aristocratismo epistemológico con el que la izquierda se hace elitista para esconder su miserable (y culpable) impotencia.¹⁶⁹

El rescate del saber popular podría revelar una exigencia doble para la IAP inspirable en el materialismo de Walter Benjamin (Buck-Morss, 1995: 143, 236): la necesidad de partir de los deseos y los conocimientos (a menudo inconscientes) sociohistóricos existentes para conceptualizar cualquier proyecto (que si es de transformación, dirige a lo que no existe aún). Esta necesidad debe acompañarse de otra; la de eliminar el modo en que el deseo popular queda encapsulado por las formas opresivas y muertas en que se expone cotidianamente (la necesidad de solidaridad se transmuta en tribalismo futbolístico o étnico, la de dignidad en chulería desafiante...). El redescubrimiento del saber popular tendría entonces que ver con el reencuentro con las capacidades individuales y colectivas, emotivas y cognitivas, adquiribles en plurales procesos de socialización (también en los del capitalismo tardío), desde las cuales los sujetos evalúan su experiencia social y a cuyo fardo cualquier propuesta de cambio social ha de dirigirse para encontrar elementos de apoyo (Honneth, 1997) si no quiere elevarse sobre el vacío.

Cientificidad¹⁷⁰

El redescubrimiento del saber popular, las exigencias de un conocimiento ligado a las personas que configuran su contexto de surgimiento, permite que la literatura de la IAP rehabilite ciertos tópicos confusos sobre la ciencia popular en una curiosa composición de posmodernismo y lyssenkismo. Ciertos teóricos de la IAP parecen utilizar la orientación antipositivista de la filosofía de la ciencia dominante, para reclamarse de una ciencia alternativa al "monopolio positivista presente (sic), al etnocentrismo de la ciencia occidental y a la tecnología de destrucción" (Fals Borda, 1991: 197). De ahí se ha inferido que cada ciencia crea su mundo y sus métodos de validación, con lo cual una ciencia orientada por un interés emancipatorio podría disponer de estructuras de conocimiento y de formas de verdad distintas e incompatibles a las de la ciencia positivista (Fals Borda, 1991: 13).

La introducción en la idea de una ciencia social crítica de reverberaciones de los luctuosos sueños de una ciencia proletaria haría revolverse en su silla a alguien tan sobrio epistemológicamente como Jürgen Habermas, inspiración básica de la IAP (1994: 178-180, 1990: 22). El abandono de controles epistemológicos basados en una cierta noción de objetividad, deja sin valor cualquier práctica cognoscitiva orientada por

¹⁶⁹ REYES, Román (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁷⁰ Ídem Nota 169

una crítica de las ideologías que, de hecho, organiza múltiples aportaciones relacionadas con la investigación-acción (Kemmis y Mc Taggart, 1988). Esto haría al investigador defender en la teoría lo contrario de lo que supone en la práctica, siempre conducida por un interés, implícito o explícito, en la verdad.¹⁷¹

Dejando a un lado la discusión sobre la teoría de los intereses del conocimiento, la solución estriba en cambiar de tercio. El problema está mal planteado metiéndose en un terreno que reaviva los peores traumas del movimiento emancipatorio en este siglo (Moreno, 1997). La IAP necesita de la objetividad para que sus apuestas de transformación moral de la realidad correspondan a tendencias y potencialidades reales de un momento histórico determinado. Cuantos más controles ayuden a evitar la deformación del acercamiento pluridimensional de los interesados a su propia realidad, tanto mejor para ellos y para sus proyectos emancipatorios. La IAP no debe pretender ser una "nueva ciencia social", ni presumir de aportar un presuntuoso conocimiento alternativo, aunque la selección de sus "objetos" (las causas de la opresión) y la actividad de éstos (gobierno del saber por los propios interesados y productores del mismo), tenga poco que ver con lo que sucede en los laboratorios científicos o los gabinetes de investigación social dirigidos por el Estado o el Capital. La relación entre el "sujeto" y los "objetos" es tan diferente en el ámbito de la IAP porque el suyo es el ideal de la praxis y no el de la episteme, es decir, no el del control de una realidad fijada por relaciones causa-efecto, sino el de la organización moral de una realidad para la que no hay más reglas que el diálogo prudente entre seres humanos libres (Habermas, 1991: 50-86). Tal es el imprescindible objetivo asintótico de toda actividad humana que, cuando se quiere emancipatoria, pasa a descansar más sobre la filosofía moral y política que sobre una epistemología, sin la que, sin embargo, sería una simple rabieta sin base alguna.

Aspectos metodológicos¹⁷²

Como hemos visto en el apartado anterior la IAP se articula diferenciadamente del método científico convencional, ya sea instrumental o interactivo (Park, 1992 : 141-149) En este sentido, el esquema metodológico o modo de organizar la investigación por el que se guían tales perspectivas -generalmente lineal, más o menos rígidamente pero muy estructurado, diseñado desde arriba por los expertos- no puede ser válido para producir un tipo de conocimiento que persigue ser crítico, reflexivo, colectivo, participado, emancipador. Pero aún mas, la IAP no termina en la producción de

¹⁷¹ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁷² Ídem Nota 171

conocimientos, sino que pretende actuar frente a las realidades sociales, transformándolas desde el protagonismo de los actores: "no es una preocupación principal la obtención de datos o la constatación de hechos de manera única y excluyente... Lo prioritario es la dialéctica que se establece en los agentes sociales, entre unos y otros, es decir la interacción continua entre reflexión y acción, ... una visión pragmática del mundo social, donde lo fundamental es el diálogo constante con la realidad para intervenir en su transformación" (Guerra, 1995).

Así pues, el hilo conductor de la IAP¹⁷³ debe plantearse como un proceso cíclico de reflexión-acción-reflexión, en el que se reestructura la relación entre conocer y hacer, entre sujeto y objeto de manera que se vaya configurando y consolidando con cada paso la capacidad de autogestión de los implicados.

Bajo esta perspectiva es imposible e inconveniente crear un modelo o esquema metodológico cerrado, a modo de recetario, que nos vaya marcando el paso de lo que debemos hacer en cada momento. Más bien debemos plantear algunos criterios que nos hagan avanzar en la creación de "un contexto investigativo más abierto y procesual de modo que los propios resultados de la investigación se reintroduzcan en el mismo proceso para profundizar en la misma" (Villasante, 1994).

Algunas líneas clarificadoras que pueden orientar acerca de lo que requiere un proceso de IAP, las encontramos en los diseños de experiencias concretas llevadas a cabo por distintos investigadores (Park, Villasante, López de Ceballos, entre otros), de las que presentamos aquí un intento de síntesis.

- Etapa inicial ¹⁷⁴

El problema a estudiar surge de la propia población implicada, aunque generalmente es necesaria la actuación de un grupo promotor (asociación, agencia de desarrollo, equipos de Trabajo Social...) alrededor del cual se puedan reunir y tratar el problema. Se puede comenzar con una reunión amplia de negociación e implicación de los promotores en la que se lanza la idea del proyecto. Se produce así la toma de contacto de los investigadores con la comunidad y con miembros significativos que puedan tomar parte activa.

Es el momento también en el que se debe abrir la investigación hacia sectores más amplios para realizar un autodiagnóstico, identificar el problema, delimitar su alcance, dimensionarlo. Surgirán múltiples dificultades, muy especialmente, las que a menudo tendrán los propios participantes para la expresión y definición del problema. Esta

¹⁷³ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

¹⁷⁴ Ídem Nota 173

situación se puede desbloquear mediante diversas técnicas o actividades facilitadoras como el teatro popular, audiovisuales, entrevistas grupales, que además van creando espacios y perspectivas compartidas que producen ya por si mismas reflexión. El investigador se convierte en un agente facilitador, en un recurso técnico, dejando que actúen como organizadores las personas de la comunidad que tienen sus propias formas y recursos organizativos. Estos se presentan así como investigadores activos, como sujetos de la investigación, no como meros suministradores de información.

- Estructuración de la IAP: negociar para construir el programa ¹⁷⁵

En esta fase se pretende crear un esquema básico donde se recojan propuestas de actuación concretas. Este debe responder al menos a tres objetivos (López de Ceballos, 1987: 72): ligar la investigación a la acción; asegurar la coherencia entre lo que se busca y lo que se quiere hacer; lograr un esquema de IAP sencillo, utilizable por grupos de base.

Hay que definir desde los grupos qué acciones se van a llevar a cabo y de qué manera. De nuevo recurrimos a las reuniones con los sectores implicados para negociar cuales serán las estrategias de actuación. Es importante no perder de vista que la finalidad principal es reforzar las potencialidades del propio colectivo, tanto en el nivel del conocimiento como de la acción (IOE, 1993). El investigador juega un papel importante en el sentido de poner a su disposición diferentes técnicas de recogida, producción y análisis de información; de transmitir herramientas de trabajo operativas de manera que resulten asequibles y fácilmente manejables por los miembros de la comunidad. Es necesario entonces llevar a cabo un entrenamiento en cuanto a la elaboración de cuestionarios, instrumentos, habilidades de quienes recogerán la información, etc.

Asimismo, las técnicas a emplear también van a venir definidas por el tipo de análisis que vayamos a realizar. Son válidas todas las que incluyan al sujeto y que no se escapen, como hemos señalado, de los recursos técnicos y materiales de los implicados en la IAP. Son útiles tanto las técnicas cuantitativas como las cualitativas; desde las encuestas hasta los grupos de discusión, los documentos personales, bibliográficos, etc. No desdeñaremos ninguna técnica siempre que esta pueda ser útil, y lo son especialmente todas las que facilitan la relación, el intercambio, el diálogo, la participación, en definitiva la comunicación entre iguales. Se hace énfasis en las que faciliten la aparición de los aspectos intersubjetivos de la relación entre entrevistado y

¹⁷⁵ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

entrevistador. Eso sí, hay que observar que no se utilicen técnicas que requieran análisis estadísticos muy complejos puesto que entonces necesitaremos expertos externos, generándose resultados difícilmente comprensibles por todos. Aun habiendo algún experto en el grupo, esto conllevaría una especialización y una división del trabajo que podría crear situaciones de dependencia y poder. En palabras de Park (1992:156): "este aspecto de la IAP sirve para desmitificar la metodología de la investigación, y ponerla en manos de la gente para que la usen como instrumento de adquisición de poder. Si obtiene éxito, la capacidad de investigar científicamente los problemas de la comunidad se convierte en una característica permanente de la misma que puede volver a ser usada una y otra vez sin necesidad de contar con expertos".

En la IAP¹⁷⁶ entonces, contrariamente a lo que sucede en las investigaciones convencionales, nos encontramos con que el asunto de la validez depende de la empatía de los sujetos con el fin de la investigación comprendiendo plenamente la intención de las preguntas y queriendo dar la información necesaria de la mejor forma posible.

- Desarrollar y evaluar lo realizado

Poner en marcha las técnicas tiene una doble finalidad: por un lado facilitar información para otros sobre hechos concretos, por otro, producir conocimientos interpersonales y autoconocimiento (encuentros, dialógicos). Pero para que verdaderamente se pueda dar la participación es necesario que la información este constantemente circulando y en todas las direcciones.

El análisis de los resultados de este proceso nos ayudan a comprender mejor la naturaleza de los problemas, pero como indicábamos más arriba, ya están produciendo por sí mismos acción, están generando temas para la reflexión colectiva (uso colectivo de los resultados o vuelta de la información a la comunidad), ligando la investigación a la acción, el conocimiento y la práctica.

En cualquier caso, a pesar de los intentos de sistematización o de captura que queramos hacer proponiendo formulas, todo este camino se debe dibujar como algo mucho más artesanal que tecnológico. Villasante resume con un lema las aportaciones que la metodología de la IAP debería hacer a las Ciencias Sociales: "sobre cómo los movimientos populares son analizadores y generadores de metodologías para las ciencias sociales, y como no deberían dejar que éstas degeneraran en técnicas que se automatizan, sino que deberían seguir como prácticas que implican una episteme

¹⁷⁶ REYES, Román (Dir.): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/invest_accionparticipativa.htm

(desde, por y) para las soluciones operativas que necesitan los sectores populares"(Villasante, 1994: 424).¹⁷⁷

4.11.3. Fases e instrumentación del proceso de la Investigación- Acción- Participativa ¹⁷⁸

Cuestiones previas que hay que resolver antes de aplicar la IAP

- El origen de la demanda
- Detectar y caracterizar a los protagonistas potenciales
- La constitución del equipo de trabajo
- Pautas para tener en cuenta en la instrumentalización de los métodos de intervención social

1. La investigación propiamente dicha

- a. Algunas pautas o sugerencias para la realización del estudio
- b. Elaboración del diseño de la investigación
- c. Técnicas o procedimientos que se utilizarán para recoger datos y obtener información
- d. Trabajo de campo: recolección de datos e información
- e. Ordenación y clasificación de la información
- f. Análisis e interpretación de los datos
- g. Redacción de un informe preliminar
- h. Socialización de la información. Discusión de los resultados y redacción del informe. Final

2. Elaboración del diagnóstico

Dos ideas básicas acerca de la elaboración de un diagnóstico social

Qué implica un diagnóstico social desde el punto de vista técnico y desde la perspectiva de la gente

3. Elaboración de un programa o proyecto

Pautas para elaborar un programa o proyecto

Para sistematizar el sentido común y la capacidad operativa

Resolución de problemas y toma de decisiones

4. Desarrollo de las actividades: puesta en marcha de proyectos y/o programas

¹⁷⁷ Ídem Nota 176

¹⁷⁸ ANDER-EGG, Ezequiel. Repensando la Investigación-Acción Participativa. Lumen Hvmanitas. 4a ed. 2003 [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Escritorio/1.3.14/850155328.ANDER-EGG-I-La-investigacion.pdf

Para mejorar y potenciar la capacidad ejecutiva de los participantes que forman parte del equipo de trabajo

4.11.4. El trabajo en equipo¹⁷⁹

Formación de los equipos y/o grupos responsables de las actividades

Este tipo de investigación intenta resolver preguntas que se derivan en forma implícita o explícitamente de un análisis de la realidad de las comunidades y de la experiencia práctica acumulada del investigador. Generalmente los propósitos de estas investigaciones están mediados por intenciones políticas y sociales de los investigadores.

El modelo de investigación participativa permite integrar en el proceso a los miembros de la comunidad como investigadores activos, en vez de tomarlos como objetos investigados.

A partir de la realidad de una comunidad seleccionada para estudio se motiva un diálogo reflexivo que permite el análisis de cada uno de los factores internos y externos que afectan a dicha comunidad, a fin de producir una conciencia en cada uno de sus miembros, para que reaccionen y actúen frente a sus necesidades.

El proceso investigativo comprende los aspectos ideológicos y prácticos que deben ser manejados por el investigador y los representantes de las comunidades que participan en el proceso de investigación que se realice.

Metodología. El modelo de investigación participativa comprende un proceso integral caracterizado por tres etapas:

- Selección o delimitación de la comunidad que se pretende estudiar, con base en la observación del fenómeno y los datos del problema.
- Revisión y evaluación de la primera información obtenga acerca del área de investigación o de los problemas fundamentales de la comunidad seleccionada

5. Control operacional realizado mediante la acción-reflexión- acción acerca de lo que se está haciendo ¿Cómo se traduce todo ese cuerpo de propuestas, principios, valores, etc., que constituyen o configuran la Investigación-Acción-Participativa, en sus aspectos operacionales?, ¿qué instrumentos utiliza?, ¿cuáles son sus procedimientos? A todo esto queremos responder tal como nosotros concebimos un método de intervención social que tiene la intencionalidad expresa de promover la participación de la gente... La IAP no es la única que lo intenta.¹⁸⁰

¹⁷⁹ ANDER-EGG, Ezequiel. Repensando la Investigación-Acción Participativa. Lumen Hvmanitas. 4a ed. 2003 [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Escritorio/1.3.14/850155328.ANDER-EGG-1-La-investigacion.pdf

¹⁸⁰ Ídem Nota 179

Desde esta perspectiva, cualquier metodología de acción social participativa concibe al colectivo con el que se trabaja (barrio, organización, etc.), y a cada uno de sus miembros, como el principal e insustituible recurso metodológico.

4.11.5. El concepto de grupo (grupo centrado en la tarea).

E. Pichon Rivière define al grupo como Conjunto restringido de personas ligadas entre sí por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, que se plantea explícita e implícitamente una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles". Y al Grupo Operativo como: Técnica que se caracteriza por estar centrada en forma explícita en una tarea que puede ser el aprendizaje, (...) el diagnóstico de las dificultades de una organización laboral, la creación publicitaria etc. Bajo esta tarea explícita subyace otra implícita, que apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento, de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y la comunicación significando un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio.¹⁸¹

El grupo, como red vincular

Efectivamente, en el grupo hay principios organizadores internos y externos, que disponen a los miembros que lo componen a un proceso de integración, reflexión, experiencias, que facilitan el proceso de abstracción y síntesis que se materializa en una mirada múltiple que trasciende lo individual, parcializado y fragmentario de una sola experiencia,... proceso que se ha investigado. El grupo es el lugar donde se construye toda pregunta pertinente, desinhibida y a veces atrevida. La experiencia concreta e individual se enriquece en el grupo. Porque siempre el argumento del grupo nos reenvía necesariamente a la problemática del sujeto. Porque en el desarrollo de esos vínculos pueden aparecer diferentes significados. Y entre las múltiples interacciones que establece cada individuo a través de las relaciones sociales se establecen en forma bidireccional la resignificación del vínculo muchas veces coincidente.

Como dice Pichón Rivière (2010) en su libro "Teoría del vínculo"

"Podemos definir el vínculo como una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, la cual forma

¹⁸¹ PICHON RIVIÈRE, Enrique. El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social. 1º ed., 36º reimp. Buenos Aires, Nueva Visión, 2008, pág. 152. I.S.B.N. 978-950-602-000-2 [fecha de consulta: 18 de Julio 2014] Disponible en: file:///D:/Alicia/escritorio/tesis%20biblioterapia/pichon.pdf

un *pattern*, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto”¹⁸²

Ninguno de los dos polos puede existir sin el otro. Por tanto, las representaciones sociales son determinadas por los individuos como también lo son por el orden social.

El sujeto aparece entonces bajo un doble carácter; como agente, actor del proceso interaccional, a la vez que configurándose en ese proceso, es decir emergiendo y siendo determinado por las relaciones que constituyen sus condiciones concretas dentro del grupo.

El grupo, como red vincular

Al respecto dice Pichón Rivière:

“Nuestros pensamientos, nuestras ideas, nuestro contexto general es en realidad una representación particular e individual de cómo ha sido el mundo captado por nosotros de acuerdo con una fórmula personal, de acuerdo con nuestra historia personal y con la manera en que actúa ese medio sobre nosotros y en que actuamos nosotros sobre él”¹⁸³

¿Qué podemos observar en un primer examen, en una situación de vínculo? Varios pacientes comparten un momento coincidiendo en tiempo y espacio, hay entre ellos un juego corporal, visual, de gestos. Se perciben recíprocamente, y sobre la base de esa percepción recíproca intercambian mensajes, utilizando un lenguaje verbal y gestual. Señalo que aquí se establece entre esos sujetos un rico y fuerte proceso comunicacional, donde expresan sus emociones.

Efectivamente este proceso comunicacional se hace efectivo en la determinación recíproca que se concreta cuando la figura y la respuesta del otro es incluida en el intercambio y juego de mensajes. Esta interacción esperada permite el desarrollo de expectativas, dudas, aprendizajes, que van modificando a cada sujeto, en la presencia concreta del Otro.

¹⁸² PICHÓN RIVIÈRE, E. “Teoría del vínculo”. Nueva Visión. 5ª ed. 1985. Buenos Aires, Nueva Visión 1985 pág. 35. I.S.B.N 950-602-065-5 [fecha de consulta: 18 de Julio 2014] Disponible en: https://9b9ba29c-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/datapsicosocial/home/Pichon_Riviere_Teoria%20del%20Vinculo.pdf?attach_auth=ANoY7crXJioERi7JzqE2MkFUG_hKZSu0WCyWvANr4rqHZWHPfGabHOM4EG5G7LPqIxM_4fM66IHTYh089TKkCNdD3wsJmE7BhLqBKI5t3zqKggRmcZJh4BST_Zs4fZ3CqnMCqwO1_MXwIFFWEuWIXSLTI42_j0d19XNOTqZY8bz0VvFpiRg4NxTgHALbUvBJuuU3pAXNrj2-72n9eC71wHmocsHvuJLOsC5w2DUYlg5I9w0jJ_8MIIEJ8LZO41vKni8KL_NeCC-a&attredirects=0

¹⁸³ Ídem Nota 182 Pág. 57.

4.12. Evaluación:

➤ Pruebas para valorar la atención: Sostenida, dividida, selectiva

Problemas al evaluar¹⁸⁴

- Dado que el concepto de atención es complejo y ha evolucionado a través de la historia de la psicología, es fácil comprender que muchas de las pruebas marcadoras de atención no miden lo mismo.

- También sabemos ya que la atención no es unitaria, que la constituyen componentes diversos (atención selectiva, nivel de activación, funciones ejecutivas múltiples e independientes).

- De manera que unas pruebas miden unos componentes, otras miden otros componentes, algunas los miden todos o varios en mezclas heterogéneas.

Diferente origen de las pruebas y validez de constructo.

- Además muchas de estas pruebas tienen su origen en un concepto intuitivo o de sentido común de atención, con o sin validez de constructo;

- Otras están motivadas por la teoría cognitiva o por la práctica clínica.

- Algunas surgen de la Psicología Diferencial (Psicometría), y valoran la validez convergente o divergente con otras pruebas atencionales o el análisis factorial.

- Mientras que otras proceden de la Psicología General (Psicología Experimental) y se asocian a paradigmas experimentales y a modelos teóricos.

Psicometría y cronometría¹⁸⁵

- Existen pruebas de papel y lápiz y baterías computerizadas con el Tiempo de Reacción (RT) como variable dependiente, unas miden las respuestas del participante en la escala de los segundos o minutos y otras en la de los milisegundos.

- Unas son adecuadas para medir las diferencias individuales, localizando la puntuación del participante respecto a una población de referencia, en percentiles o puntuaciones tipificadas (puntuaciones T), mientras que otras son más adecuadas para medir las diferencias entre grupos (grupos homogéneos de pacientes frente a un grupo control igualado en una serie de variables relevantes -edad, sexo, nivel educativo...- mediante Análisis de la Varianza (ANOVA).

Validez convergente¹⁸⁶

¹⁸⁴ Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

¹⁸⁵ Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

- Debemos subrayar por último que no sabemos muy bien la relación entre la ejecución en las tareas de TR computerizadas y los tests neuropsicológicos de papel y lápiz tradicionales o clínicos, de manera que la clasificación de daños cognitivos basada en ambos tipos de batería puede dar lugar a un acuerdo bajo, al menos así ha sido en otros trastornos (González et al., 2003).

Anatomía y tareas¹⁸⁷

- Desde el punto de vista anatómico nos encontramos también con un panorama complejo, pues estas diversas funciones de la atención pueden implicar la actividad de distintas regiones cerebrales.
- Las técnicas de neuroimagen nos confirman que cuando atendemos se activan distintas partes del cerebro. Se trataría de un sistema funcional o de redes anatómicas de atención, en el que estructuras diferentes parecen desempeñar un papel esencial según la dimensión atencional implicada en la situación (atención selectiva, dividida o sostenida).
- Las diferentes teorías ponen el énfasis en unas estructuras u otras, e interpretan las activaciones de áreas cerebrales particulares de modo diferente.

Controles y pacientes

- La separación entre normales y pacientes es también un asunto complejo, que puede ser entendido como un continuo con una división cuantitativa bajo el supuesto de la distribución normal (criterio de separación de tres desviaciones típicas respecto a la media) o cualitativa (desorden que impide una vida normal).
- Es muy importante subrayar que las relaciones entre las bases biológicas de la atención (y la determinación de un daño cerebral subyacente), los déficits cognitivos y los aspectos clínicos y funcionales relativos al paciente son también complejos.
- Es difícil inferir los déficits cognitivos de la localización cerebral del daño (aunque se pueden sugerir hipótesis) o viceversa (esto es menos necesario gracias a las técnicas de imagen cerebral),
- Así como la correspondencia entre estos déficits cognitivos y/o daños cerebrales con la funcionalidad del paciente, debido a los elevados grados de libertad del sistema en sus niveles biológico, cognitivo y funcional, a su capacidad para compensar, sustituir, paliar o realizar de manera distribuida una función.

Efecto anatómico: Daño cerebral

¹⁸⁶ Ídem Nota 185

¹⁸⁷ Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

- Efecto experimental: diferencia entre dos condiciones experimentales, una con instrucciones de prioridad y otra sin ellas.
- Efecto clínico: la delta de Cohen. Diferencias individuales y diferencias clínicas.
- Las correlaciones entre estos efectos.

Las pruebas que se tomaron para medir Atención fueron:¹⁸⁸

1. *Trail Making Test* Parte "A"
2. Caras
3. Dígitos Directos

(No se expone el protocolo por cuestiones éticas referidas al uso y administración de Tests).

4.12.1. **El *Trail Making Test* Parte "A"**

El test del Trazo o "*Trail Making Test*"¹⁸⁹ es un test de lápiz y papel creado por Partington en 1938. La efectividad de esta prueba para discriminar sujetos con daño cerebral del resto de la población fue reportada en una gran cantidad de trabajos por ese motivo pasó a formar parte de las baterías de pruebas neuropsicológicas.

El propósito de esta prueba es evaluar la velocidad de ubicación visual, la atención, flexibilidad mental, la memoria de trabajo y la función motora. Es sensible a daño frontal.

La prueba consta dos partes:

Parte A - Consiste en unir, con líneas 25 números ubicados dentro de círculos, distribuidos al azar en una hoja (números de 1 al 25)

Forma de Administración:

1.- Se entrega al paciente la hoja con el "ensayo del test", la cual es una versión de 8 números.

Consigna: "En esta página hay círculos con números en su interior. La tarea consiste en unir estos círculos con líneas desde el 1 hasta el 8 en orden correlativo y sin levantar el lápiz". Si se equivoca debe rectificar sin borrar.

¹⁸⁸ Ídem Nota 187

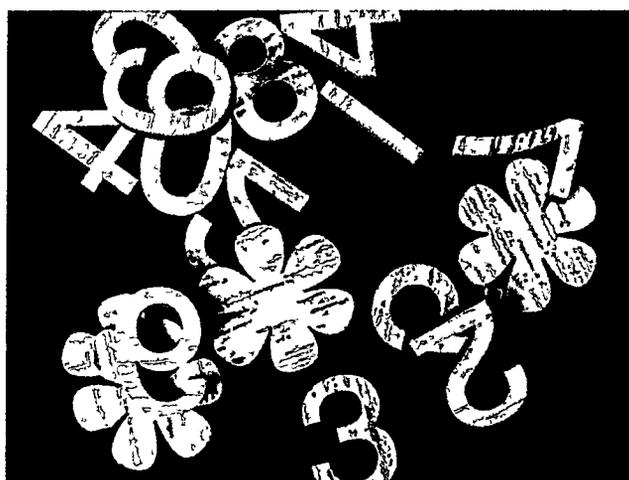
¹⁸⁹ Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

2.- Una vez concluido el ensayo y verificado que comprendió la instrucción, se entrega la hoja del test.

Consigna: "Ahora en esta hoja realizaremos el mismo ejercicio, uniendo los círculos en orden correlativo desde el 1 al 25, sin levantar el lápiz. Deberá hacerlo lo más rápido posible, contra el tiempo. Si se equivoca lo voy a corregir. ¿De acuerdo?"

Debe tomarse el tiempo en la tarea. Si la persona se equivoca debe indicarse el error, sin parar el cronómetro, y continuar desde el círculo anterior. Esto incidirá en un tiempo de ejecución más prolongado.

El puntaje obtenido corresponde al número de segundos que demora el paciente en llegar al número 25.



4.12.2. Caras

El test CARAS¹⁹⁰ cuyo autor es L. Thurstone es un test de evaluación de la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias.

El test CARAS es un test que evalúa la atención sostenida y la atención selectiva, es de administración individual y colectiva y tiene una duración estimada de 3 minutos. Es posible aplicarla a partir de los 6 ó 7 años. Consiste en una prueba perceptiva integrada por 60 elementos gráficos, que representan dibujos esquemáticos de caras con trazos muy elementales (boca, ojos, cejas y pelo). La tarea consiste en determinar cuál de las tres caras es la diferente y tacharla.

¹⁹⁰ THURSTONE, LL. y YELA, M. CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado. Tea Ediciones. Madrid 2012. [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/test-de-caras-o-de-percepcion-de-diferencias-prueba-para-evaluar-la-atencion-en-el-tdah.html>

Interpretación de las puntuaciones

En los estudios originales de Thurstone¹⁹¹ y en la adaptación española de Yela, se establecía como única medida del rendimiento en el CARAS el número total de aciertos obtenidos por el evaluado.

En la versión revisada CARAS-R se consideran el número de aciertos y de errores cometidos por el sujeto. Con estas dos puntuaciones es posible obtener el número de aciertos neto y un índice de control de la impulsividad, de forma que es posible relacionar el rendimiento con el estilo de respuesta. Como en el caso de otras pruebas de similares características, parece oportuno considerar el número de errores cometidos por el sujeto, dado que ante un mismo número de aciertos, haber cometido o no errores al responder diferencia a un evaluado de otro. Por ejemplo, no presenta las mismas características el sujeto que responde a 30 ítems y responde correctamente a todos, que el sujeto que acierta 30 ítems pero ha contestado erróneamente a otros 10. Ante el mismo el mismo número de aciertos, el primer sujeto muestra un mayor grado de eficiencia ya que no ha cometido ningún error.

De esta forma, la interpretación del CARAS-R se basará en las siguientes medidas:

- Aciertos (A). Número total de aciertos del sujeto. Se concederá un punto por cada una de las caras correcta que haya sido tachada.
- Errores (E). Número total de errores del sujeto o número de caras tachadas sin ser correctas.
- Aciertos netos (A-E). Esta medida corregida mide la eficacia real del sujeto al penalizar los errores o las posibles respuestas al azar. Se calcula restando al número total de aciertos el número total de errores del sujeto.
- Índice de Control de la Impulsividad (ICI). Este índice expresa el nivel de control de la impulsividad del sujeto a la hora de ejecutar la tarea, reflejando su estilo cognitivo dentro del gradiente impulsivo-reflexivo.

¹⁹¹ Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

Las puntuaciones medias, cercanas a 100, indicarán que el sujeto tiene un adecuado control de la impulsividad, similar a la media de la población, ejecutando de forma reflexiva la tarea y, por ende, cometiendo pocos errores.

Puntuaciones bajas mostrarán que el sujeto es impulsivo en la ejecución de la tarea, no es reflexivo a la hora de realizar los juicios de semejanza/diferencia. Una falta de control inhibitorio conlleva la comisión de un alto número de errores y de aciertos por azar.

4.12.3. Dígitos Directos¹⁹²

Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987)¹⁹³

Objetivo:

Explorar la amplitud de memoria inmediata, estas pruebas demandan concentración así como, probablemente, la implicación de la atención ejecutiva, sobre todo a medida que la tarea va aumentando en dificultad.

Procedimiento:

El examinador debe leer en voz alta al sujeto una serie de números, bien en el mismo orden en que se ha presentado (orden directo) o en orden inverso.

Este último caso se aplicará siempre, incluso cuando el sujeto no haya puntuado en el orden directo. Se aumenta progresivamente la longitud de la serie, hasta que el participante comete dos fallos seguidos.

Evaluación:

Un resultado con series de 6 o 5 números se considera normal, series de 4 y sobre todo de 3 números apuntan a la existencia de problemas de atención.

En el orden inverso, una amplitud de 2 es claramente defectuosa, mientras que de 3 es dudoso.

Proceso:

En la prueba de Números se le refiere al sujeto una serie de secuencias combinadas, que deberá repetir, primero los números en orden ascendente.

Esta tarea exige un control mental por parte del sujeto, al igual que la prueba de dígitos inversos."

¹⁹² Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica En: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>

¹⁹³ LÓPEZ, Andrea Luis. Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987) [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <https://sites.google.com/site/casoclinicoieso/proceso/paso1>

El Test de Dígitos del WISC-IV¹⁹⁴ mide esencialmente la memoria auditiva a corto plazo, la capacidad de seguir una secuencia y, por lo tanto, la atención y la concentración.

Existen dos tareas a realizar: dígitos directos e inversos.

En la primera se dicen una serie de dígitos con un intervalo de un segundo entre ellos y el paciente debe repetirlos a continuación.

En la parte de dígitos inversos, lo que se le pide al paciente que los repita pero en orden inverso, de atrás hacia adelante.

Se comienza con dos dígitos y se va aumentando un dígito más hasta que se produzcan dos fallos consecutivos.

Puntuaciones bajas en el test de Dígitos pueden ser indicativas de:

- Deterioro o falta de atención
- Deficiencias auditivas.
- Ansiedad o incapacidad para controlar operaciones mentales

Por otra parte, puntuaciones altas en el test de Dígitos podrían igualmente indicar:

- Ansiedad alta
- Buena memoria auditiva inmediata

Cómo desarrollar este tipo de Memoria:

Se trata de una habilidad de atención auditiva que es muy fácilmente entrenable, ya sea con dígitos, palabras, o con una combinación de ambos.

Se puede comenzar realizando ejercicios con palabras, incluso inicialmente planteando palabras "encadenadas" de modo que se facilite su memorización (por ejemplo, la secuencia mesa - sapo - posada - dado - domingo ... aún siendo de varios elementos es más asequible que otra que no cuente con la pista del encadenamiento de la sílaba final de una palabra con la inicial de la siguiente).

Igualmente, plantear secuencias de palabras de una misma categoría (verde - rojo - azul - morado...) facilitará los ejercicios iniciales.

La idea es simplemente realizar ejercicios cortos pero frecuentes (por ejemplo, una vez al día) comenzando por la capacidad inicial del niño e ir planteando poco a poco ejercicios con más elementos.

Si a eso añadimos algún tipo de gráfico para que el paciente vea sus progresos, estaremos en la línea acertada de entrenamiento de esta capacidad.

¹⁹⁴ LÓPEZ, Andrea Luis. Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987) [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: http://www.tests-gratis.com/tests_inteligencia/wisc-4-memoria-de-trabajo-test-de-digitos.htm

Normas de Aplicación:¹⁹⁵

En cualquier nivel de edad tanto los dígitos en orden directo como los dígitos en orden inverso se comenzarán por el ejemplo y el elemento 1.

La prueba de Dígitos finaliza cuando se obtenga 0 puntos en los dos intentos de un elemento.

No se debe repetir ningún intento de un elemento. Si el paciente pidiera que se le repita una serie se le debe decir "Hazlo lo mejor que puedas"

Otras consideraciones:¹⁹⁶

Dígitos es una tarea que todos los pacientes aceptan sin mayor problema.

Sólo ha de tenerse en cuenta que el paciente debe entender que ha de estar atento a la serie propuesta porque no se le va a poder repetir.

En ocasiones, algún paciente puede anticiparse antes de haber acabado de escuchar la serie. Para ello, el manual recomienda que se lea cada intento literalmente, a razón de un número por segundo, procurando que el tono de voz decaiga en el último número de cada secuencia, y detenerse para que el paciente responda. De esta manera, el paciente no interrumpirá la secuencia hasta que no oiga el tono bajo del último elemento.

Se evalúan con estos test Standarizados y validados (probados en poblaciones agrupados por edad y sexo) a todos los pacientes. Se repiten los test transcurridos seis meses. Se califican numéricamente.

Coincido con Silvia Saura¹⁹⁷ cuando expresa que "La historia y la experiencia demuestran con toda su fuerza cómo la lectura y el relato acompañan al hombre en todas sus etapas; le ayudan a enfrentar las dificultades cotidianas y las grandes tragedias, los conflictos comunes en el normal transcurrir de su desarrollo, también los traumas y acontecimientos inesperados"

Con las técnicas de la biblioterapia, se intenta propiciar el desarrollo del paciente, conectándolo con su dolor, para producir efectos curativos. La biblioterapia es una actividad interdisciplinar pudiendo ser un puente efectivo cuyo provecho sea la transformación de la realidad en aquellos individuos que pasan por una situación

¹⁹⁵ LÓPEZ, Andrea Luis. Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987) [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: http://www.tests-gratis.com/tests_inteligencia/wisc-4-memoria-de-trabajo-test-de-digitos.htm

¹⁹⁶ Ídem Nota 195

¹⁹⁷ SAURA, Silvia. La lectura como recurso terapéutico [fecha de consulta: 8 de enero 2011] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/10774/1/BIBLIOTERAPIA.SAUR.A.pdf>

adversa. Pero para ello es fundamental la investigación, propiciar un aprendizaje autónomo ligado a la experiencia, promover la actualización objetiva y constante, más allá de afirmaciones personales o situaciones particulares. Alcanzar una relación de intimidad que se establece entre lector y lectura, logrando un efecto de catarsis que puede ser muy movilizador tanto para el equipo multidisciplinario como para el sujeto que recibe el tratamiento de biblioterapia.

Las lecturas tienen un contenido que toca a cada uno en forma individual, tienen señales, que si las analizamos pueden servirnos para indicarnos el camino por donde tenemos que ir.

Cada lectura contiene el tema a tratar y es el disparador desde el cual cada uno reflexiona. Estas reflexiones se basan generalmente en el intercambio de las experiencias propias de cada uno, de su vida diaria, utilizando la lectura como un recurso para desarrollar y compartir actividades más complejas. El vínculo que une al grupo permite compartir la experiencia individual. Cada participante comparte lo que le dejó la lectura, la parte que más le gustó, de esta manera está dejando ver no solo con su pensamiento sino también con su tono de voz y con sus gestos, expresiones de su forma de ser y del sentido que le da a su vida.

La biblioterapia puede considerarse como una especialización de la bibliotecología.

El bibliotecólogo trabajará en equipo en forma interdisciplinaria con otros profesionales como terapeutas, médicos, educadores, asistentes sociales, etc.

Considerando que según la Asociación Argentina de Arteterapia, es una disciplina del campo de la Psicoterapia en la que se emplean recursos de las artes con objetivos terapéuticos. Ella resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología y las técnicas y conocimientos artísticos, abarcando así las especialidades de Musicoterapia, Danza/movimiento terapia, Psicodrama, Biblioterapia y Arte Terapia (plástica) Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya puesta en palabras resulta incompleta o dificultosa por diversas causas, apelando a medios no verbales,¹⁹⁸ es apropiado pensar la Biblioterapia como parte integral del Arteterapia, como un servicio de la Biblioteca para pacientes en el marco de la Rehabilitación Integral del Paciente. En el área médica y neurorehabilitación sus beneficios aportan mejoras en forma directa al funcionamiento físico, emocional, cognitivo y social, promoviendo a la vez una mejor calidad de vida y funcionalidad en el entorno en el que vive el paciente.

¹⁹⁸ Asociación Argentina de Arteterapia. Dr Carlos Caruso. Arteterapia. Buenos Aires, nov. 2007 [fecha de consulta: 14 de ago. 2014] Disponible en: <http://www.asoarteterapia.org.ar/institucional.php>

CAPITULO III

INVESTIGACIÓN APLICADA

5. Investigación Aplicada:

Esta experiencia se llevó a cabo en la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo" del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" Santa Rosa La Pampa, República Argentina

5.1. Tipo de Estudio

El tipo de Estudio utilizado fue "Estudio de Caso", basado en la metodología de "Investigación Acción Participativa" (IAP) donde el equipo de trabajo actúa en vínculo estrecho y en colaboración con el grupo seleccionado como muestra para la presente investigación.

5.2. Unidad de Análisis:

- unidad de análisis colectiva: Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo"
- unidad de análisis individual pacientes neurológicos post injuria cerebral de alta reciente

5.2.1. Breve reseña histórica del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas"

El Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas fue fundado el 9 de Septiembre de 1928 con el nombre de Hospital Común Regional. Su primer Director fue el Dr. Enrique C. Sorcaburu. El 7 de febrero de 1938 se inaugura parte del edificio actual con una capacidad de 300 camas, actualmente es el de mayor complejidad de la Provincia de La Pampa (Nivel de Complejidad: VIII), es polivalente, al que concurren técnicos, enfermeros, profesionales en su formación de pre y pos grado. En este momento contamos con tres Residencias: Medicina General, Pediatría y Terapia Intensiva de Adultos y Neonatal, médicos con rotaciones de Residencias de otros lugares del país y médicos que realizan pasantías.

Servicios del Establecimiento: Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología y Obstetricia, Medicina General, Diagnóstico por Imágenes, Salud Mental (psicología y psiquiatría), Servicio Social, Gastroenterología, Nutrición, Oncología, Kinesiología, Fisioterapia y Rehabilitación, Geriatría. Guardia Adultos; Guardia Pediatría, Servicio de Emergencias Médicas (PREHOSPITALARIO). Cardiología; Cirugía Infantil; Traumatología; Laboratorio; Oftalmología; Hematología y Oncohematología; Nefrología; Neumonología; Bacteriología; Vacunación; Neonatología. Oncología.

7. Las entidades que nuclean la acreditación de las residencias médicas (sociedades científicas, ACAP, CONEAU) exigen como requisito para que la acreditación de las residencias del Equipo de Salud dentro de los recursos físicos y tecnológicos: Biblioteca especializada actualizada (virtual, con publicaciones y textos), aulas, auditorium y demás comodidades para el personal en formación.

La Biblioteca

Breve historia de la Biblioteca “Dr. Francisco Pangallo”:

Creada por Resolución Interna del Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” Hospital cabecera de la Provincia de La Pampa el 30 de agosto de 1996 con el objeto de proveer del material didáctico necesario para el normal funcionamiento de las Residencias Médicas y pasantías de pre y post grado que allí se desarrollan, como así también de las diferentes áreas de salud (Enfermería, Nutrición, odontología, endocrinología, etc.), siendo el único centro bibliográfico en su tipo en toda la provincia. La propuesta incluye la actualización continua del personal de salud de la provincia. Y, aprovechando la situación demográfica de la Biblioteca, extender este servicio a la población circunstancial del Hospital: pacientes internados y sus acompañantes, para hacer más llevadera la experiencia de internación.

La biblioteca “Dr. Francisco Pangallo”, cuenta con cuatro computadoras, dos impresoras, un scanner y un teléfono fax, dos de las cuales tienen conexión a Internet con banda ancha. Aula con capacidad para 100 personas sentadas y otra con capacidad para 30 personas, con 2 baños de hombres y 2 de mujeres. Todas las instalaciones están adaptadas para las personas con discapacidad ambulatoria.

Ubicado en el parque del establecimiento al que se accede por calle Raúl B Díaz, Depende del Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa y pertenece al ámbito de la medicina pública provincial. Dirección Postal Hospital Dr. Lucio Molas: Hugo del Carril y Ferrando; (02954) 437481; CP 6300; Santa Rosa, La Pampa.

La Biblioteca se ha formado mayormente en base a donaciones, dando como resultante una colección considerablemente antigua. En algunas áreas, como Lengua y Literatura esta característica la ha enriquecido, puesto que pueden consultarse en ella ejemplares valiosos especialmente por ser muy añosos, pero en Ciencias Aplicadas es notable la necesidad de contar con material más actualizado.

La Asociación Cooperadora del Establecimiento adquiere el material bibliográfico y tecnológico que solicita la biblioteca en la medida que se lo permiten sus posibilidades. Actualmente, no hay financiamiento económico permanente para el área.

La Asociación Pampeana de Escritores, dona regularmente ejemplares de autores pampeanos.

La Biblioteca está conformada por:

1- **Literatura General:** actualmente cuenta con 3.550 ejemplares y alrededor de 50 títulos de Publicaciones Periódicas.

En este punto el crecimiento superó todas nuestras expectativas. La gente dona constantemente libros y revistas de toda índole y el carácter de intemporal de este material lo hace siempre vigente, limitándose la selección al estado del mismo y ya nos encontramos con problemas de espacio para seguir recibiendo material en forma indiscriminada.

El personal del establecimiento, en general, ha incrementado su afición a la lectura y recurren cada vez con mayor frecuencia a la Biblioteca y los pacientes, aún los que han sido dados de alta, siguen siendo usuarios de la misma.

Este material es consultado por más de 3.600 lectores a la fecha, lo que implica la atención diaria de 50 usuarios, y un movimiento permanente del 40 % de la colección.

2- **Bibliografía Médica y Ciencias Afines:** actualmente cuenta con 1.758 ejemplares

En contraste con lo que sucedió con la Bibliografía General, este Fondo Bibliográfico ha crecido en cantidad, pero no en calidad. Salvo unos pocos ejemplares comprados por la Asociación Cooperadora del Hospital y algunas Publicaciones Científicas de distribución gratuita, el resto de la colección carece de valor por no encontrarse vigente. En general donan lo que "ya no sirve" por estar desactualizado.

Esto supone contar con una buena cantidad de libros y Publicaciones Periódicas que sólo ocupan lugar, problema que agrava la situación de falta de espacio disponible para almacenar material bibliográfico, para nunca ser consultados y poner en evidencia la necesidad de actualizar la colección.

El cierre la Biblioteca del Colegio Médico de La Pampa, ha dejado la nuestra como única posibilidad de prestar este Servicio a nuestros Profesionales, que se ven limitados a la bibliografía que cada uno pueda adquirir.

3- **Generadores de información:** La información científica que requieren nuestros usuarios, en su mayoría, es accesible en forma gratuita (debido a los

convenios de divulgación científica) o es asequible por intercambio bibliotecario favorecido por las tecnologías actuales.

Esta bibliografía es consultada aproximadamente por 650 usuarios, que registraron en el año 2013, 2.138 prestaciones de Medicina y Ciencias de la Salud,

4- **Videos y DVD:** Contamos con una pequeña pero interesante colección. Este soporte de información, es atractivo para el usuario, pero lamentablemente no podemos darlo en préstamo, puesto que tenemos un solo ejemplar de cada uno, lo que supone que es Material de Referencia, (debe estar disponible en Sala).

5- **Sala de Lectura:** La Biblioteca cuenta con dos Salas. Se realizan allí, reuniones, charlas, conferencias de prensa, etc. Una de ellas es Aula de Médicos Residentes. Estas salas son reservadas con anterioridad y se usan asiduamente.

6- **Sala de Reuniones:** Desde el año 2013 es utilizada exclusivamente para los talleres de Arteterapia.

7- **Tareas de Extensión Bibliotecaria:**

Al respecto hemos realizado tres concursos que convocaron al Personal de Salud de toda la Provincia:

- 1° Concurso literario del Personal de Salud "Salud y cultura por un mismo camino..."
- Concurso de Logotipo para la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo"
- 1° Concurso de Anécdotas del Personal de Salud "Anécdotas de Guardia"

El 1° Concurso Literario de Salud, culminó en la presentación de un libro con la producción literaria de los ganadores del concurso. Con un excelente nivel de participación y calidad en los trabajos presentados, los premios estuvieron distribuidos en distintos puntos de la Provincia. Colaboraron en esa ocasión la Dirección de Cultura y la Sociedad Pampeana de Escritores.

El Concurso de Logotipo arrojó muy buenos trabajos de los que se seleccionó el que en el futuro adoptará como propio la Biblioteca.

El concurso de Anécdotas fue una experiencia sumamente gratificante por la calidad y cantidad de trabajos presentados. En esta oportunidad colaboraron La Asociación Pampeana de Escritores, la Asociación Cooperadora del Hospital y la Asociación de Enfermería, como en el caso

del concurso Literario, los trabajos premiados correspondieron a diferentes Centros de Salud de la Provincia.

El Personal pide que se sigan realizando este tipo de actividades que nos unen con objetivos diferentes a los cotidianos, pero por razones económicas no se han realizado en los últimos años.

- 8- **Procesos técnicos:** En este momento sólo el Inventario y el Registro de Lectores están cargados en listado simple. La Clasificación Sistemática está incompleta aún, debido a la escasez de personal para dedicarse a esta tarea.
- 9- **Encuadernación:** Debido a que la mayoría del material que ingresa necesita ser reparado, esta tarea se realiza a diario con visibles resultados.
- 10- **Internet y wi-fi:** Servicio gratuito proporcionado gentilmente por la Cooperativa Popular de Electricidad.
- 11- **Servicio de consulta Normas IRAM:** Este Servicio funciona en línea con la Biblioteca de la Universidad Nacional de La Pampa.
- 12- **Personal de Biblioteca:**
 - Una Bibliotecaria Profesional
 - Una Empleada Administrativa
 - Un empleado estudiante inicial de la carrera de Bibliotecología de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Actividades que se están desarrollando semanalmente en la actualidad:

- Reuniones: de entre 5 y 30 personas en forma de talleres, ateneos, comités, charlas, programas, reuniones, conferencias de prensa.
- Utilización diaria de la biblioteca en sí misma por pacientes, acompañantes, estudiantes, residentes, médicos, enfermeros, para lectura, consulta y retiro de material bibliográfico, búsquedas en Internet.
- Actividades de extensión bibliotecaria: Lectura de cuentos a niños de Pediatría, actividades de promoción y prevención de la salud, préstamos pie de cama, etc.
- Funcionamiento de los Comités de Infecciones Intrahospitalarias, Ética, Investigación y Docencia.
- Talleres de Arteterapia con los pacientes secuestrados de accidentes de tránsito y accidente cerebro vascular (ACV) de alta reciente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas", en el marco de la Ley 2784 de Rehabilitación Integral del Paciente.

Segmentación de usuarios:

Segmento 1 (usuarios reales): Equipo de Salud de todos los Centros Zonales de la ciudad y la provincia:

- Médicos Residentes y Docentes (se trata de un hospital escuela con residencias de pre y posgrado)
- Médicos de todas las especialidades
- Enfermeros auxiliares, profesionales y licenciados
- Personal técnico de diferentes especialidades

Tamaño y características del segmento: más de 500 profesionales del Hospital Lucio Molas y otros 150 de Centros Zonales de la ciudad de Santa Rosa y el resto de la provincia. Aproximadamente 650 usuarios. Se trata de adultos laboralmente activos, con educación de nivel terciario y superior, con arraigado hábito de lectura que adquieren libros en librerías y bibliotecas.

Este segmento requiere actualización permanente de material especializado y consume literatura variada.

Los lectores residentes tienen actividades permanentes en las instalaciones de la biblioteca y el resto de los profesionales acuden a la misma buscando material de consulta especializado.

Segmento 2 (usuarios reales):

- Pacientes internados en el Hospital Lucio Molas y sus acompañantes.
- Pacientes internados y ambulatorios, familiares y acompañantes terapéuticos que optan por acceder al servicio de Biblioterapia y/o al servicio a pie de cama.

Tamaño y características del segmento: más de 400 pacientes con un acompañante por cama. Aproximadamente 800 usuarios.

Población particularmente variable debido a las altas e ingresos. El segmento abarca todas las edades, generalmente de nivel educativo primario, con escaso hábito de lectura, sin trabajo estable, obra social o cobertura médica privada.

Este segmento se enfoca en la lectura ligera que favorezca la dispersión, incluidas revistas.

Servicios:

- Apoyo a los Programas de enseñanza de las Residencias Hospitalarias con información actualizada. Fomento a la actualización constante del profesional: Médicos, Endocrinólogos, Nutricionistas, Anestesiólogos, Pediatras, Oculistas, Otorrinolaringólogos, Gastroenterólogos, Enfermeros, etc.

- Apoyo. La Biblioteca apoya a los alumnos de todas las Residencias respecto al material incluido en sus programas de actividades; y proporciona la información de consulta requerida por todos los que integran el Sector de Salud Pública.
- Asistencia de un grupo interdisciplinario que realizan la selección y guía de lecturas biblioterapéuticas;
- Acerca a las habitaciones de los pacientes una selección de libros para su lectura durante la internación;
- Coordina con la organización "Damas de Rosa" la lectura a pacientes pediátricos.

5.3. **Población:** pacientes secuestrados post trauma, post injuria cerebral adquirida de alta reciente, en el marco de la Rehabilitación Integral del Paciente que participan del taller de Biblioterapia, una de las disciplinas que integran el Equipo de Arteterapia en la Biblioteca "Dr. Francisco Pangallo" del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa

5.4. **Muestra:** La selección de la muestra ha sido No Probabilística y voluntaria.

- Se planteó, durante una sesión de Biblioterapia, la intención de realizar una investigación que indagaría sobre los efectos terapéuticos de la Biblioterapia sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente post injuria cerebral. Egresados del Servicio de Terapia Intensiva del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa, (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) con la finalidad de mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar su calidad de vida.

De los dieciocho (18) pacientes que en esos momentos participaban del taller de Biblioterapia, diez (10) de ellos aceptan la propuesta de participar del trabajo de investigación propuesto.

Muestreo no Probabilístico: Las unidades de análisis no tienen la misma probabilidad de ser elegido

Voluntario: Cuando los sujetos de estudio se someten voluntariamente al trabajo de investigación

5.5. **Métodos de recolección de información:**

- ❖ La evaluación se realizó por medio de tres test: Dígitos directos, Trial Making Test A y Caras, que miden el nivel atencional en sus diferentes variantes (sostenida, dividida y selectiva) Se evaluaron con estos test Standarizados y validados

(probados en poblaciones agrupados por edad y sexo) a todos los pacientes, se repitieron dichos test tres meses más tarde. Se calificaron numéricamente.

- ❖ Encuesta estructurada a los pacientes que participaron en el Taller de Biblioterapia.
- ❖ Entrevistas a Profesionales que participaron en el Taller de Biblioterapia.

5.5.1. **Análisis de los resultados**

Número de Pacientes: 10 (diez)

Edad

Paciente	edad
Karen	26
Miriam	35
Valeria	38
Patricia	45
María Cristina	56
Cristian	34
Néstor	44
Juan	46
Pedro	58
Franco	49
	Promedio 40,5
	405

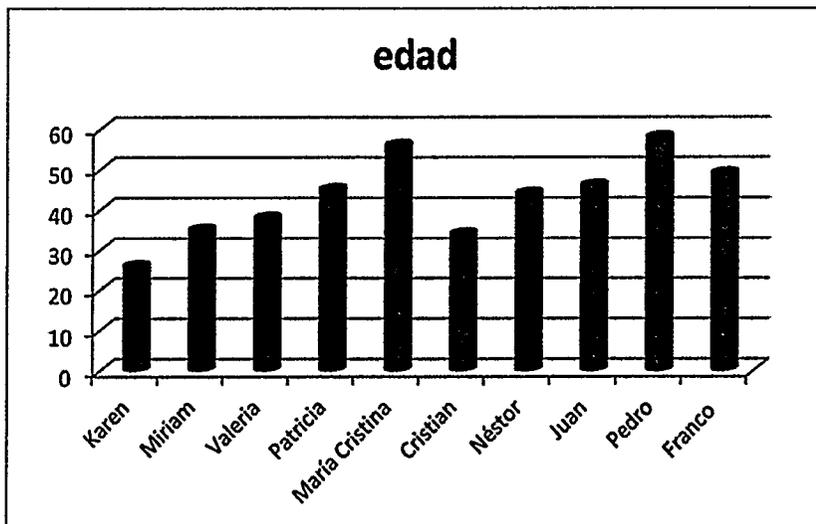


Gráfico 1: La muestra se compone de diez pacientes con una edad promedio de 40,5 años

Sexo

Pacientes	Sexo
Mujeres	5
Varones	5

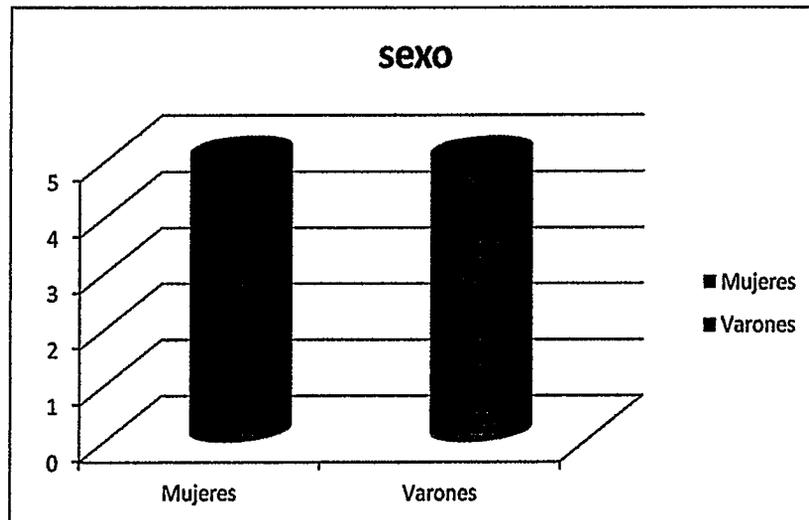


Gráfico 2: La distribución de sexo de la muestra es del 50 %

Se puede observar, de acuerdo a la muestra, que estas patologías afectan por igual a hombres y mujeres y desde edades muy tempranas.

Resultados de los test:

Parte A: Pre-Taller de Biblioterapia

Parte B: Post-Taller de Biblioterapia luego de 3 (seis) meses

Paciente	Trial Making Pre	Trial Making Post	Caras Pre	Caras Post	Dígitos Directos Pre	Dígitos Directos Post
Paciente 1	74	60	6	10	4	4
Paciente 2	53	48	10	15	3	4
Paciente 3	66	50	17	22	3	4
Paciente 4	80	72	8	12	2	3
Paciente 5	76	68	12	15	3	4
Paciente 6	90	78	7	10	2	3
Paciente 7	100	87	10	14	4	4
Paciente 8	89	77	8	12	3	4
Paciente 9	104	88	13	18	4	4
Paciente 10	95	82	19	22	4	4

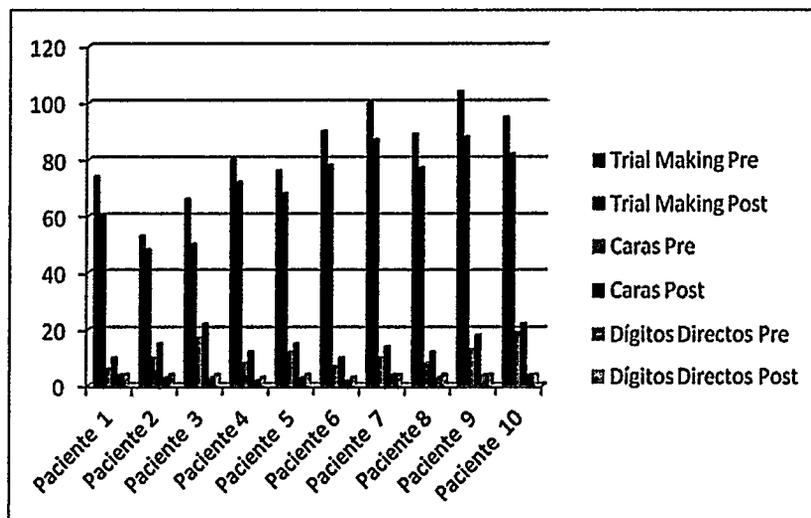


Gráfico 3: Todos los resultados experimentaron una mejoría en el rendimiento. La prueba que menos mejoría experimentó es la de dígitos directos y la más sensible la de Trial Making. Se observa una notable mejoría en el rendimiento del 100% de los pacientes.

1. **Test Trial Making:** evalúa la atención sostenida y la atención selectiva

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10		Prom
Trial Making Pre	74	53	66	80	76	90	100	89	104	95		
Trial Making Post	60	48	50	72	68	78	87	77	88	82		
%	14,00%	5,00%	16,00%	8,00%	8,00%	12,00%	13,00%	12,00%	16,00%	13,00%	11,70%	

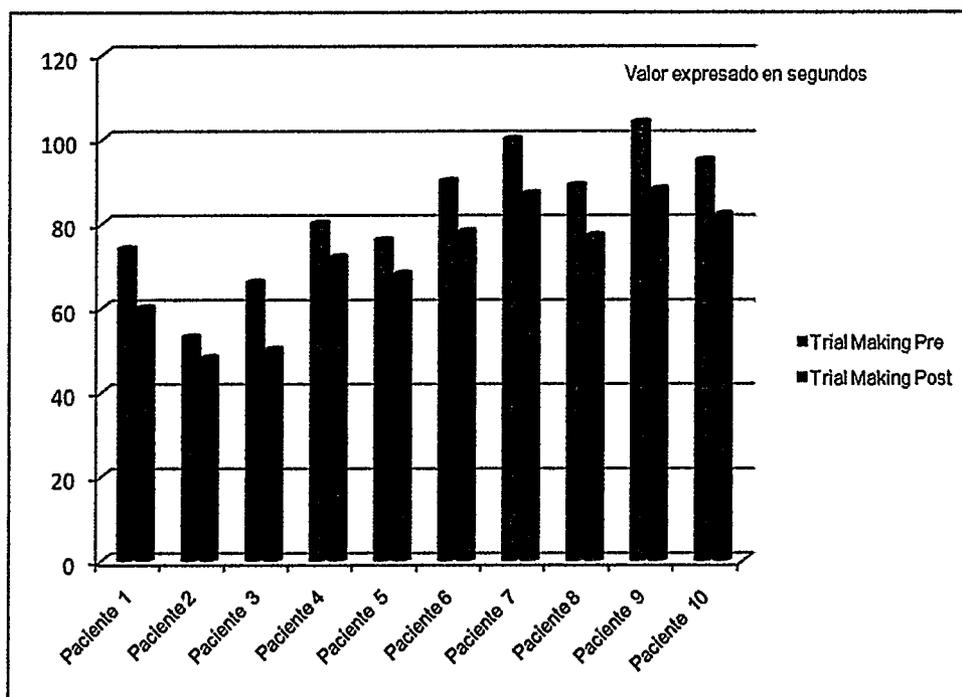


Gráfico 4: En los resultados obtenidos del *Test Trial Making* se observa que el paciente que menos mejoría experimentó, lo ha hecho en un 5 por ciento, mientras que el paciente que mejor rendimiento desarrolló ha llegado a un 16 por ciento. El promedio de mejora en la atención sostenida y selectiva es de un 11,70 por ciento.

2. **Test Caras:** Explora la amplitud de memoria inmediata, estas pruebas demandan concentración así como, probablemente, la implicación de la atención ejecutiva, sobre todo a medida que tarea va aumentando en dificultad.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10		
Caras Pre	6	10	17	8	12	7	10	8	13	19		
Caras Post	10	15	22	12	15	10	14	12	18	22		
%	4,00%	5,00%	5,00%	4,00%	3,00%	3,00%	4,00%	4,00%	5,00%	3,00%	4,00%	Prom

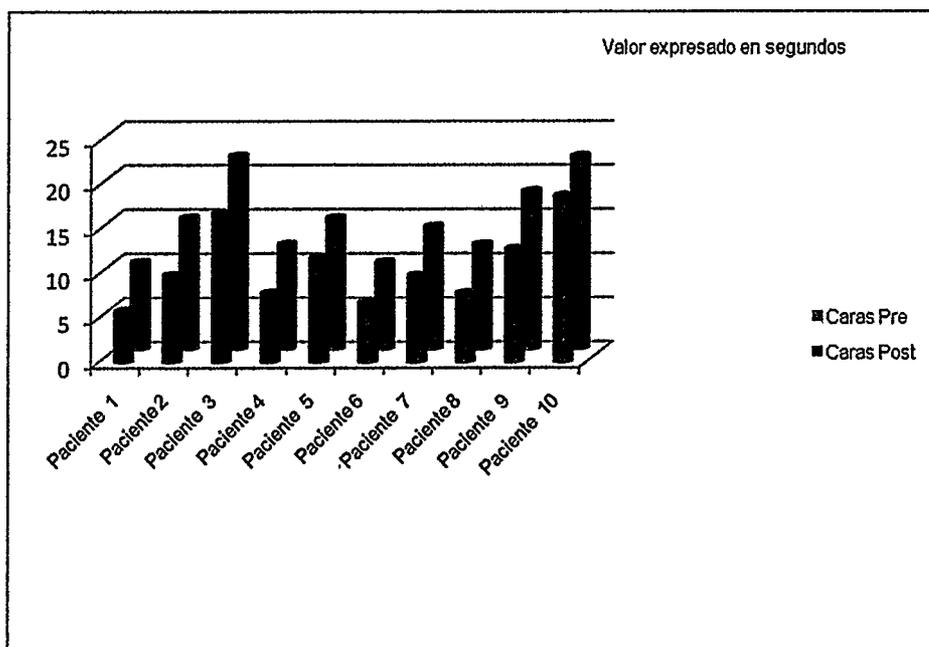


Gráfico 5: Los resultados del Test Caras nos muestran claramente una mejora de un promedio del 4 por ciento. Los valores fluctúan entre el 3 y el 5 por ciento en la recuperación de la memoria inmediata.

3. **Test Dígitos Directos del WISC-IV:** mide esencialmente la memoria auditiva a corto plazo, la capacidad de seguir una secuencia y, por lo tanto, la atención y la concentración.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8	Paciente 9	Paciente 10		
Dígitos Directos Pre	4	3	3	2	3	2	4	3	4	4		
Dígitos Directos Post	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4		
%	0,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	0,00%	1,00%	0,00%	0,00%	0,60%	Prom

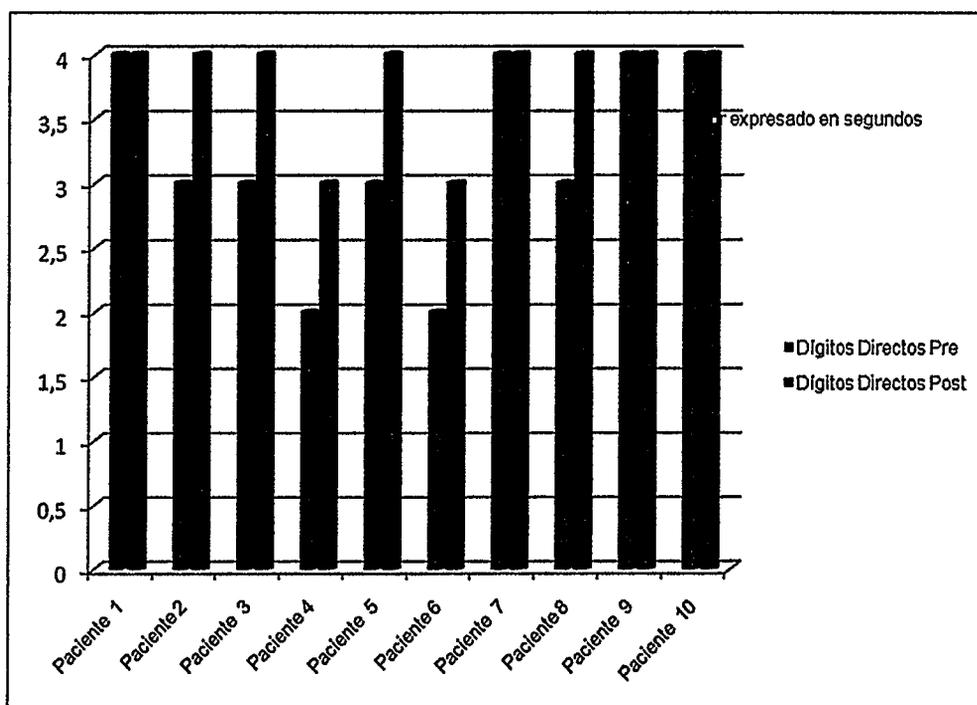


Gráfico 6: En la prueba de Dígitos Directos podemos observar, que las mejoras en la memoria auditiva a corto plazo, la capacidad de seguir una secuencia y, por lo tanto, la atención y la concentración, han alcanzado un bajo nivel de mejora. En promedio sólo superó un 0,60 por ciento. Los valores fluctúan entre 0 y 1 por ciento.

5.5.1.1. **Resumen de los resultados de los tests**

Los resultados de los tests muestran una mejoría significativa en el rendimiento del total de pacientes. En los resultados obtenidos del *Test Trial Making*, que evalúa la atención sostenida y la atención selectiva, se observa que el paciente que menos mejoría experimentó, lo ha hecho en un 5 por ciento, mientras que el paciente que mejor rendimiento desarrolló ha llegado a un 16 por ciento., con un promedio general de 11,70 por ciento. Los resultados del Test Caras nos muestran claramente una

mejora de un promedio del 4 por ciento. Los valores fluctúan entre el 3 y el 5 por ciento en la recuperación de la memoria inmediata y en la prueba de Dígitos Directos podemos observar, que las mejoras en la memoria auditiva a corto plazo, la capacidad de seguir una secuencia y, por lo tanto, la atención y la concentración, han alcanzado un bajo nivel de mejora. En promedio sólo superó un 0,60 por ciento. Los valores fluctúan entre 0 y 1 por ciento.

5.5.2. Encuesta a los pacientes:

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"			
Preguntas	si	no	
pregunta 1	9	1	
pregunta 2	9	1	
pregunta 3	10	0	
pregunta 4	10	0	
pregunta 5	8	2	
pregunta 6	8	2	
pregunta 7	8	2	
pregunta 8	10	0	
pregunta 9	10	0	
pregunta 10	10	0	
	92	8	
			100

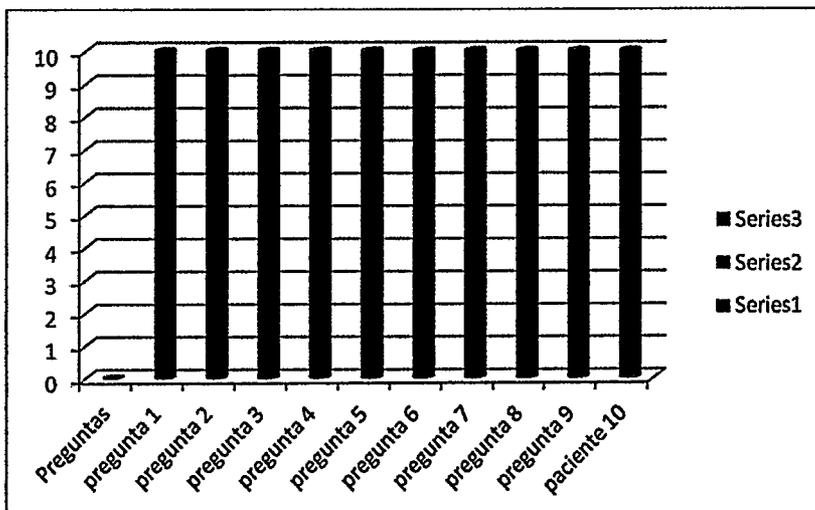


Gráfico 7: Los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes que participaron de la investigación arrojan un porcentaje de respuestas favorables del 92%

A partir del momento de su inclusión en el programa de Biblioterapia:

Pregunta número 1: Comprende mejor que al principio del Taller, las lecturas que realizamos? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Comprende mejor que al principio del Taller, las lecturas que realizamos?	9	1

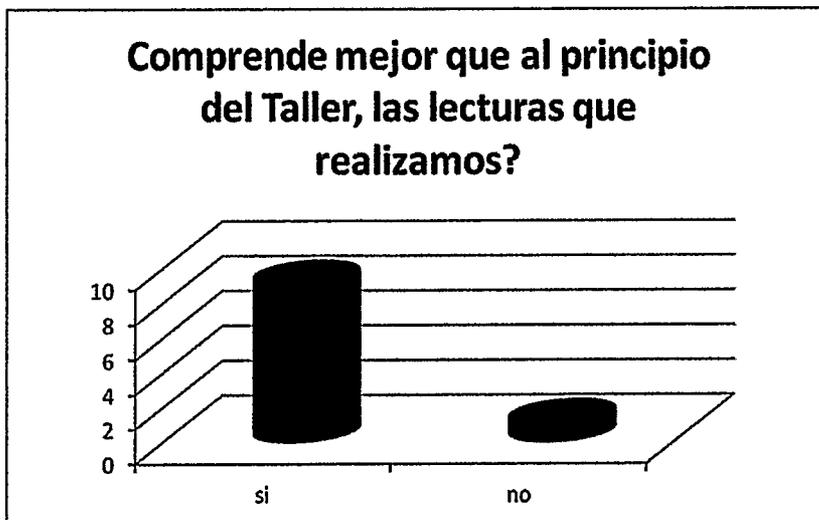


Gráfico 8: el 90 % de los encuestados refieren una mejora en comprensión del texto leído.

Pregunta número 2 Ha superado, en cierta medida, las dificultades iniciales para expresar sus opiniones respecto de cada lectura? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Ha superado, en cierta medida, las dificultades iniciales para expresar sus opiniones respecto de cada lectura?	9	1

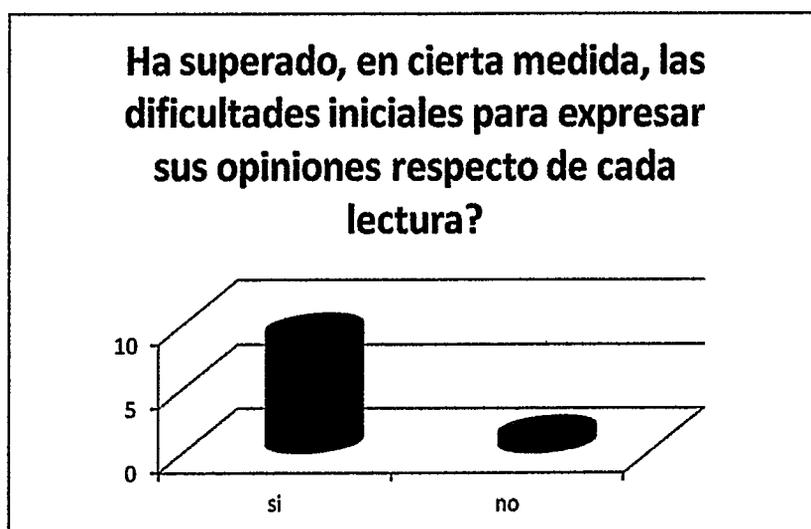


Gráfico 9: El 90% de los encuestados afirma una mayor facilidad de expresión en lo que respecta a sus opiniones en el transcurso del taller.

Pregunta número 3 Las lecturas realizadas le han dado respuestas satisfactorias a conflictos internos que afectaban su vida cotidiana? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Las lecturas realizadas le han dado respuestas satisfactorias a conflictos internos que afectaban su vida cotidiana?	10	0

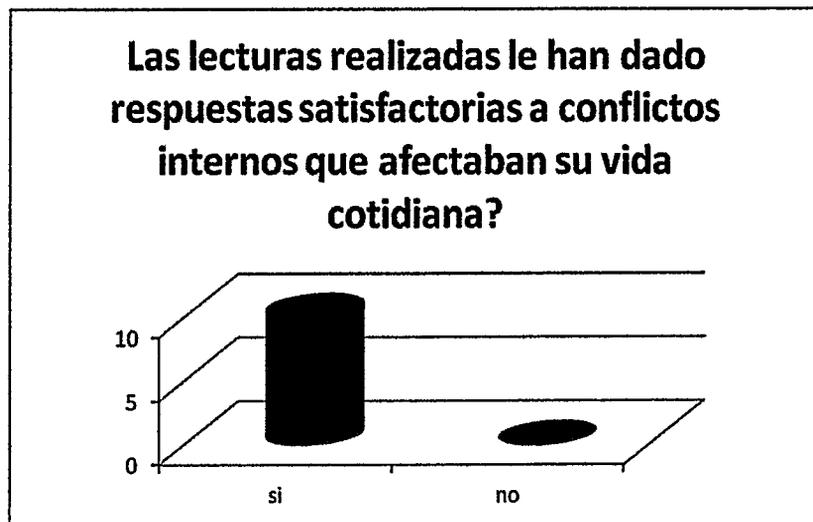


Gráfico 10: El 100% de los encuestados considera que las lecturas realizadas les han ayudado a comprender algunos de sus conflictos internos.

Pregunta número 4 Le han ayudado a tomar decisiones en su vida cotidiana? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Le han ayudado a tomar decisiones en su vida cotidiana?	10	0

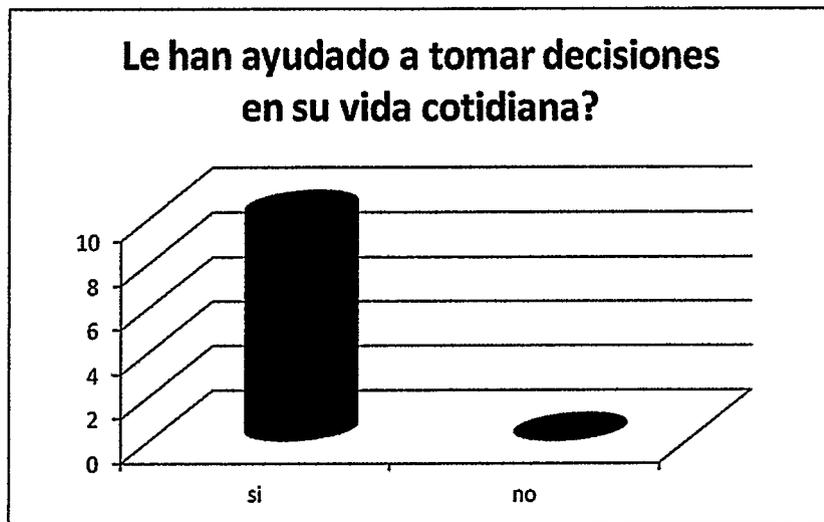


Gráfico 11 El total de encuestados afirma que las las lecturas aplicadas en el taller y las reflexiones realizadas en cada sesión le han ayudado a tomar decisiones en su vida cotidiana

Pregunta número 5 Ha mejorado su lenguaje oral y/o escrito? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Ha mejorado su lenguaje oral y/o escrito?	8	2

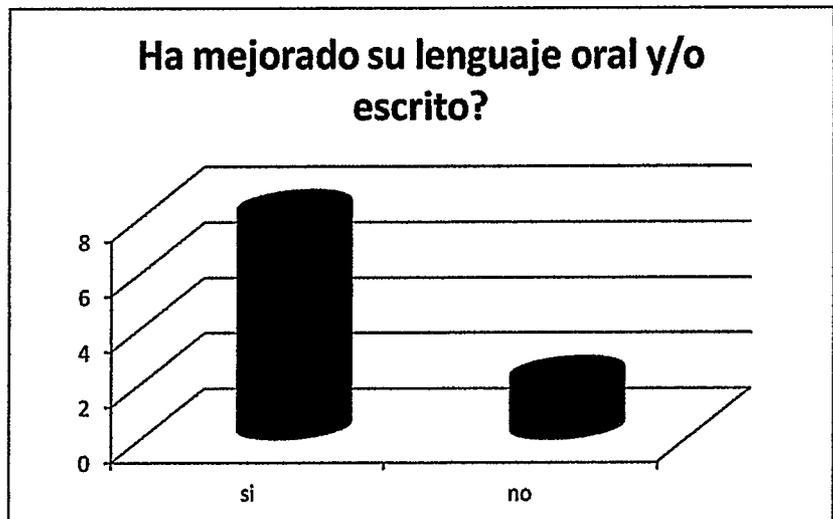


Gráfico 12: El 80% de los pacientes han notado mejoras en su lenguaje oral y/o escrito

Pregunta número 6 Ha mejorado su concentración en la lectura? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Ha mejorado su concentración en la lectura?	8	2

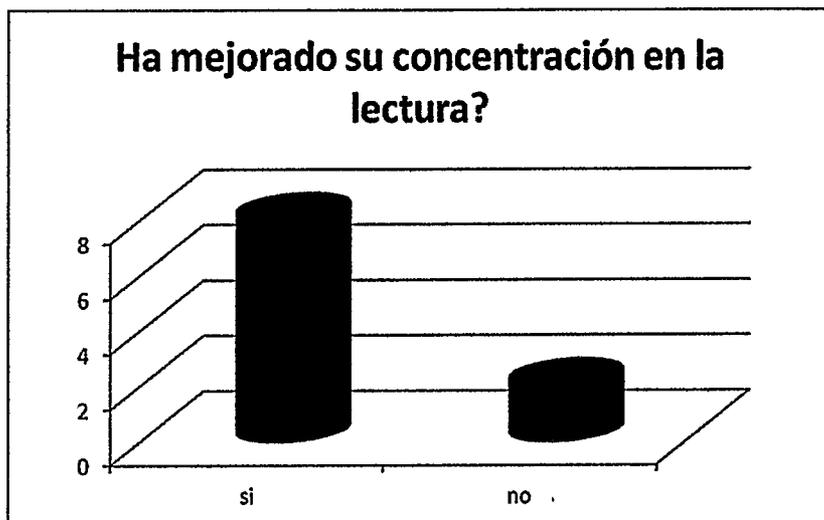


Gráfico 13: El 80% de los pacientes encuestados afirman que ha mejorado su concentración en la lectura

Pregunta número 7 Ha observado mejoras en su participación en las conversaciones con sus familiares, sus conocidos y otros? Si-no

Encuesta a pacientes " Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Ha observado mejoras en su participación en las conversaciones con sus familiares, sus conocidos y otros?	8	2

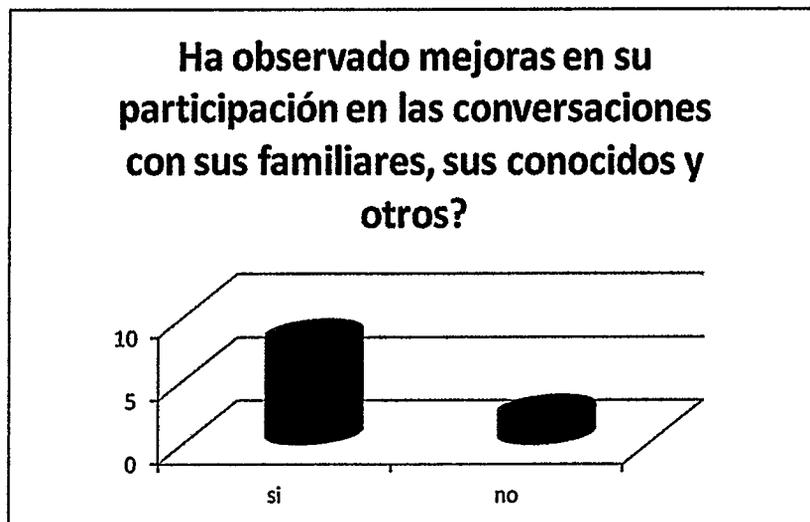


Gráfico 14 El 80 % de los encuestados nota mejoras en su participación en las conversaciones con sus familiares, sus conocidos y otros

Pregunta número 8 Percibe que puede desarrollar las actividades diarias con menor grado de dificultad? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Percibe que puede desarrollar las actividades diarias con menor grado de dificultad?	10	0

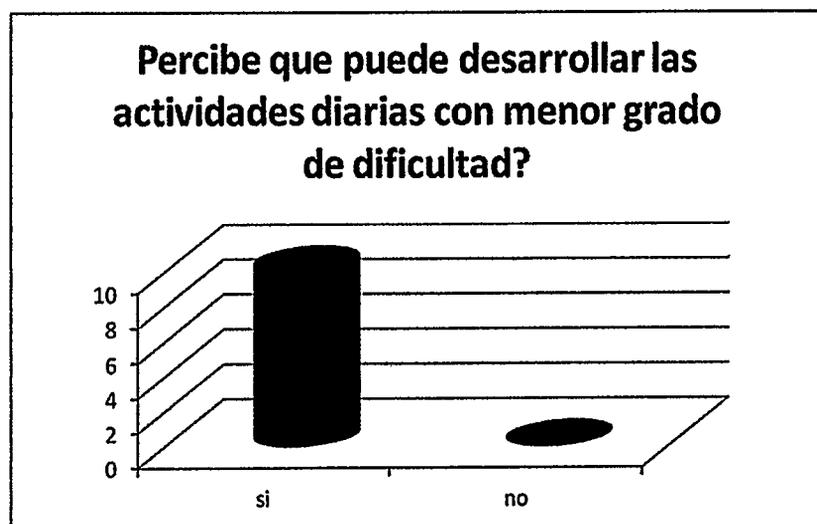


Gráfico 15 El total de pacientes encuestados percibe que puede desarrollar las actividades diarias con menor grado de dificultad

Pregunta número 9 Siente que se distrae con menos frecuencia en el transcurso de las sesiones de biblioterapia y en sus actividades cotidianas? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Siente que se distrae con menos frecuencia en el transcurso de las sesiones de biblioterapia y en sus actividades cotidianas?	10	0

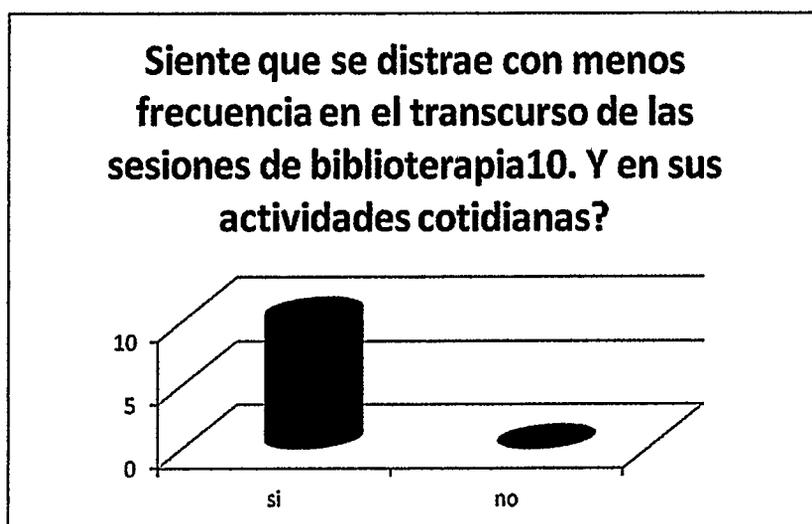


Gráfico 16 el 100% de los encuestados siente que se distrae con menos frecuencia en el transcurso de las sesiones de biblioterapia y en sus actividades cotidianas

Pregunta número 10 Considera que el Taller de lectura le ha ayudado a mejorar su calidad de vida? Si-no

Encuesta a pacientes "Taller de Biblioterapia"		
Preguntas	si	no
Considera que el Taller de lectura le ha ayudado a mejorar su calidad de vida?	10	0

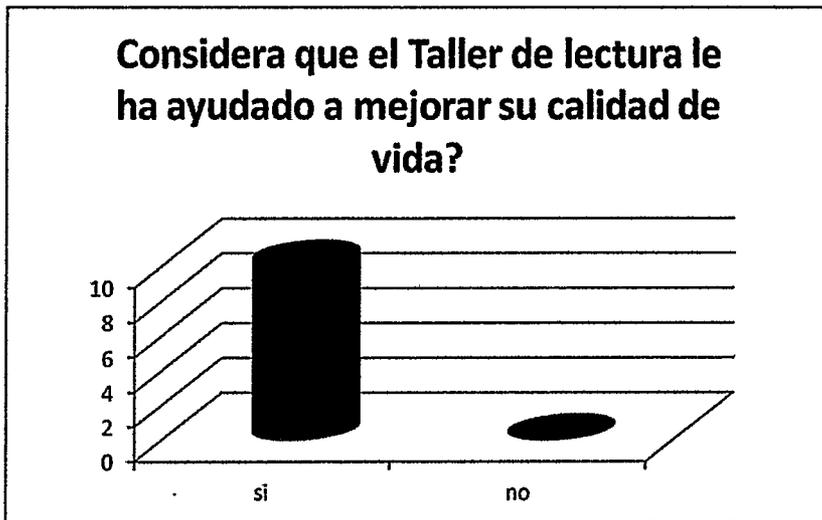


Gráfico 17 El 100% de los pacientes que participaron de la investigación considera que el Taller de lectura le ha ayudado a mejorar su calidad de vida?

5.5.2.1. Resumen de los resultados de la Encuestas:

De los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes que participaron de la experiencia, en las que fueron consultados especialmente por su propia percepción en cuanto a las mejoras que fueron el objetivo de la investigación, podemos concluir que consideran que pueden comprender las lecturas y expresar sus opiniones con menor dificultad que al comienzo de la experiencia. Que dichas lecturas les han ayudado a resolver conflictos y en la toma de decisiones en su vida cotidiana. Que han mejorado su expresión oral y escrita y su poder de concentración en la lectura y que sienten menor dificultad y distracción en la participación de conversaciones, desarrollo de actividades diarias y sesiones de Biblioterapia.

El total de pacientes considera que el taller le ha ayudado a mejorar su calidad de vida.

5.5.3. Entrevistas personales a profesionales intervinientes del Programa de Biblioterapia:

Entrevista a profesional 1

¿Cuáles son las reacciones emocionales más comunes del paciente luego de realizar una lectura sugerida para su recuperación?

No se. Pero tengo que inventar? con relación a lo del taller de lectura puedo decir que observo alegría, interés en la lectura, evocación de recuerdos, mejora su estado de ánimo

¿Cómo cree que ayude la lectura a un paciente a superar, liberar y dejar ir sus emociones reprimidas?

Mediante la imaginación que ocurre al leer o escuchar una lectura, la empatía con el personaje o personajes de la historia y la relación con sus propias vivencias o sueños

¿La biblioterapia como medicina que tan efectiva es?

Muy efectiva como terapia en lo que es arteterapia. Produce liberación de endorfinas, mejora el estado de ánimo, promueve la evocación de recuerdos, la imaginación y la relajación, favorece la sociabilización sobre todo cuando se hace en grupo y la conversación entablándose diálogos entre los que comparten la lectura.

Entrevista a profesional 2

1. ¿Cuáles son las reacciones emocionales más comunes del paciente luego de realizar una lectura sugerida para su recuperación?

Una de las principales emociones en él, es el agradecimiento y suele suceder que encuentra una mejor forma de diálogo a través de la mayor empatía que se logra en la comunicación a partir de las diferentes instancias de la lectura. Ya sea en los comentarios, críticas, emociones, recuerdos que haya suscitado el mismo. Además la lectura en grupo los ayuda a liberar la carga emocional reprimida, pueden convertir su experiencia dolorosa al compartirla con otros movilizados por la confianza que llega a provocar un grupo de lectura con sus consecuentes debates e intercambio de ideas.

Muchas personas, también, frente a lecturas inconvenientes, tienen experiencias desagradables que las movilizan, sienten miedo y frustración de no tener el "poder" para controlar su situación, refugiándose en la depresión y el rechazo. Puede causar diferentes reacciones, una de estas puede ser la ansiedad excesiva, como también impulsos negativos con y frente a las personas que les rodean. Creo que ello debe ser de mucho cuidado al seleccionar el material que se les ofrezca.

2. ¿Cómo cree que ayude la lectura a un paciente a superar, liberar y dejar ir sus emociones reprimidas?

Una de las actividades recomendadas para la liberación de la carga emocional reprimida es la biblioterapia, la cual permite conectar al paciente con su interioridad, sus sentimientos, de manera que estos puedan expresarse luego en el intercambio terapéutico o entre pares y liberen así toda la energía negativa u experiencias desagradables.

3. ¿La biblioterapia como medicina que tan efectiva es?

El libro o la biblioterapia, desconocida por algunos como nueva terapéutica, funciona tanto en la lectura individual como grupal. Puede desarrollarse una conversación y a partir de ella, se complementa con actividades artístico-terapéuticas, como el dibujo, modelado en arcilla, dramatizaciones o cualquier otro medio disponible para favorecer la mejor expresión del mundo interior. Una persona asistida puede dibujar una escena del libro, o se le interroga sobre si se identifica con algún personaje o situación particular en el libro. El libro puede ser utilizado para sacar a luz temas que han sido evitados y son necesarios de debatir. Las modalidades de aplicación de la biblioterapia son variadas y en todas sus formas los resultados han mostrado ser altamente positivos, siempre que sea utilizada en un contexto terapéutico.

Pero además disfrutar la lectura como ejercicio para relajarse, descansar desconectándose por un momento de las preocupaciones, como aventura subjetiva nos hará sentir bien y así mismo nos hace ver bien; la lectura es un remedio infalible para cuerpo, alma y espíritu de todas las personas.

Entrevista a Profesional 3

1. ¿Cuáles son las reacciones emocionales más comunes del paciente luego de realizar una lectura sugerida para su recuperación?

2. ¿Cómo cree que ayude la lectura a un paciente a superar, liberar y dejar ir sus emociones reprimidas?

1 y 2. Le permite al paciente lograr la distensión necesaria para afrontar la situación de internación. Por otra parte como permite la posibilidad de la comunicación, el paciente puede dar a conocer sus sentimientos, lo que piensa acerca de lo que está transitando, y cuáles son sus fantasías respecto a la muerte.

4. ¿La biblioterapia como medicina que tan efectiva es? Como aporte al equipo interdisciplinario, oficia de disparador ofreciendo un rico material que podrá ser trabajado por otros profesionales del equipo interviniente.

5.5.3.1. Resumen de los resultados de las Entrevistas:

Entrevistadas tres de las profesionales que integraron el Equipo de Trabajo, consultadas sobre cuáles son las reacciones emocionales más comunes del paciente luego de realizar una lectura sugerida para su recuperación, coinciden en que la alegría, interés en la lectura, evocación de recuerdos, mejora su estado de ánimo, agradecimiento y empatía son las emociones más comunes manifestadas en el transcurso del taller.

La segunda pregunta, ¿cómo cree que ayude la lectura a un paciente a superar, liberar y dejar ir sus emociones reprimidas? Respondieron que: mediante la imaginación que ocurre al leer o escuchar una lectura, la empatía con el personaje o personajes de la historia y la relación con sus propias vivencias o sueños. La biblioterapia permite conectar al paciente con su interioridad, sus sentimientos, de manera que estos puedan expresarse luego en el intercambio terapéutico o entre pares y liberen así toda carga emocional reprimida la energía negativa u experiencias desagradables. Le permite al paciente lograr la distensión necesaria para afrontar la situación de internación. Por otra parte como permite la posibilidad de la comunicación, el paciente puede dar a conocer sus sentimientos, lo que piensa acerca de lo que está transitando, y cuáles son sus fantasías respecto a la muerte.

Por último se les consultó si consideran efectiva la biblioterapia como medicina a lo que respondieron que la consideran muy efectiva como terapia en lo que es arteterapia. Produce liberación de endorfinas, mejora el estado de ánimo, promueve la evocación de recuerdos, la imaginación y la relajación, favorece la sociabilización sobre todo cuando se hace en grupo y la conversación entablándose diálogos entre los que comparten la lectura. El libro puede ser utilizado para sacar a luz temas que han sido evitados y son necesarios de debatir. Como aporte al equipo interdisciplinario, oficia de disparador ofreciendo un rico material que podrá ser trabajado por otros profesionales del equipo interviniente.

Queda demostrada de este modo la Hipótesis de este trabajo evidenciando “La lectura produce efectos terapéuticos sobre el paciente post injuria cerebral durante su período de alta reciente.”

6. Observaciones:

Al comienzo de la experiencia, los pacientes presentan (como se ha explicado desde el comienzo de esta Tesis) una considerable variedad de secuelas. Mencionaremos las más visibles:

- Como consecuencia de ACV, tres de ellos presentan Afasia, se trata de la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones.
- Como secuela de ACV, tres pacientes presentan déficit motor en el hemicuerpo contralateral a la lesión (paresia-plejia). Tienen afectada la coordinación del movimiento y el equilibrio.
- Otra de las pacientes víctima de ACV, Presenta un déficit motor agudo, se desplaza en silla de ruedas y no emiten sonido sus cuerdas vocales, por lo que habla en susurro.
- Como secuela de un Síndrome de Guillen Barret, una de las pacientes no puede caminar, desplazándose habitualmente en silla de ruedas.
- Víctima de accidente de tránsito, un paciente tiene afectada la coordinación del movimiento y el equilibrio.

En el transcurso de la experiencia, se fueron abordando las diferentes problemáticas, a través de cuentos y reflexiones. Paulatinamente se comenzó a percibir cambios significativos en cada uno de ellos.

Ya en el segundo encuentro uno de los pacientes afásicos se expresó con la palabra. Este hecho significó un momento de grata emoción para todo el Equipo y especialmente un importante incentivo para seguir adelante con la experiencia. Hoy todos ellos ya se expresan con la palabra aunque uno presenta aún alguna dificultad menor.

De los pacientes afectados en sus capacidades motoras, cabe mencionar que uno de ellos comienza a participar de los Juegos Olímpicos para Discapacitados a nivel local. Otro de ellos se traslada solo y de a pie y/o colectivo, en gimnasio hace bicicleta y natación.

La paciente secuelada de Síndrome de Guillen Barrett hace natación y está caminando en la pileta.

La paciente víctima de tránsito está empezando a moverse con andador.

La paciente víctima de ACV que no emitía sonido al hablar, poco a poco recupera su voz y ya de para junto a la silla de ruedas.

Tres de los pacientes reanudan este año sus estudios secundarios.

Todos estos avances sorprendieron gratamente a los integrantes del Equipo y las doctoras intervinientes los consideran “asombrosos”

Fue muy importante trabajar el tema de discriminación social, y la autodiscriminación, aspectos que retrasan los intentos de mejoría de todos los pacientes.

Cabe mencionar que el Taller tuvo limitantes que impidieron realizar el trabajo como estaba diagramado, debido a la medicación que insumen los pacientes, no deben exponerse a altas temperaturas. La ola de calor que se desató en enero de 2014, impidió que se reanudaran los talleres a mediados de ese mes como estaba previsto.

Los resultados obtenidos, son desde la óptica clínica, este proceso de investigación, cristalizó la importancia de realizar encuestas y entrevistas en profundidad a los pacientes para tener la óptica desde ellos, y ver los cambios cualitativos que la terapia genera tanto en ellos como en su entorno. Por las razones antes expuestas no fue posible realizarlas en esta etapa, por lo que se propone como investigaciones futuras, incorporar un seguimiento de los pacientes a través de encuestas personalizadas, que van a enriquecer, desde mi óptica profesional, porque siempre para los pacientes la mejora va a ser vivida como más importante que desde la óptica clínica ya que para el paciente, no es sólo poder hablar... es comunicarse, interactuar, poder afrontar situaciones cotidianas, que antes no podía, y así tener una mirada más holística sobre la problemática abordada.

7. Planificación del Taller de Biblioterapia

Denominación: Valor Terapéutico de la Lectura en el Paciente Post Injuría Cerebral De Alta Reciente. Estudio de caso.

Destinatarios: Pacientes Post Injuría Cerebral De Alta Reciente.

Fecha de realización: Septiembre a diciembre de 2013, un día a la semana (viernes) en sesiones de una hora de duración.

Lugar: Biblioteca “Dr. Francisco Pangallo” Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” Santa Rosa La pampa – República Argentina.

El **universo de estudio** definido corresponde a los Pacientes con trastornos neurocognitivos post trauma, egresados a la Terapia Intermedia del Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa La Pampa en el período marzo 2013 a septiembre 2013 provistos de material bibliográfico de la Biblioteca “Dr. Francisco Pangallo” en su sección “Biblioteca para Pacientes”

Conformación del Equipo de trabajo: Teniendo en cuenta que el Equipo de Rehabilitación Neurocognitiva participa en condición de igualdad con los pacientes, integran el grupo de trabajo:

1. Médicas terapistas del Servicio de Rehabilitación Neurocognitiva del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas"
2. Psicóloga del Establecimiento
3. Acompañantes terapéuticos de cada paciente
4. Familiares de los pacientes
5. Pacientes Post Injuria Cerebral De Alta Reciente
6. Biblioterapeuta

7.1. Objetivos del taller:

Objetivos generales:

- Indagar sobre el valor terapéutico de la lectura sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente, post injuria cerebral (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) con la finalidad de mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar la calidad de vida.
- Concientizar sobre la necesidad de establecer un vínculo entre la lectura y el paciente, guiado por un equipo de Profesionales de la Salud (compuesto a tal fin), utilizando como nexo, al bibliotecario especializado, profesional capacitado para tal propósito.
- Coordinar expectativas y necesidades de recuperación.

Objetivos particulares:

- Conocer el efecto de la Biblioterapia sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente post injuria cerebral. Egresados del Servicio de Terapia Intensiva del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa, (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) con la finalidad de mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar su calidad de vida.
- Proponer, en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" de Santa Rosa La Pampa, la utilización de la biblioterapia en sus pacientes, para lograr una nueva forma de rehabilitación a través de la lectura.

7.2. Formación del equipo de trabajo:

Se convoca a los profesionales interesados en participar de la propuesta a reuniones semanales para acordar la modalidad con que será implementada la técnica de Biblioterapia a este grupo de pacientes.

Luego de varios encuentros se deja de ser serie para transformarse en "Equipo", con roles y objetivos específicos.

La coordinación del grupo se realiza teniendo en cuenta el objeto básico de recreación y concebido como un espacio lúdico, manteniéndose siempre una actitud flexible en relación a los materiales de lectura y a las tareas surgidas a partir de los mismos.

7.3. **Conformación de grupos:**

Se invita a los interesados en integrar un grupo. Se les explica en qué consiste el taller, informándoles además la modalidad de trabajo.

Los primeros encuentros serán dedicados a la presentación de cada uno de los participantes de modo de dar a conocer sus inquietudes y expectativas.

7.4. **Selección de textos:** lectura y discusión, estos pueden ser de diferentes géneros literarios (cuentos, reflexiones, artículos de prensa, poesías, biografías, historietas, etc.), pero se tendrá especial atención en elegir textos que presenten situaciones que al paciente les resulte familiares de acuerdo a su condición sociocultural.

7.5. **Sesiones:**

Las sesiones, de una hora de duración, se desarrollarán en cuatro etapas:

- Presentación del tema a tratar. (5 min.)
- Lectura del cuento o reflexión seleccionada. (20 min.)
- Comentarios de cada uno de los integrantes motivados por la lectura. (20 min.)
- Propuestas de cambio de conductas a seguir a partir de la lectura movilizadora. (15 min.)

7.6. **Evaluación:**

- Pruebas para valorar la atención: Sostenida, dividida, selectiva a los pacientes que participan del proyecto.
- Encuesta a los pacientes que participan del proyecto.
- Entrevista a profesionales que participaron de la experiencia.

8. Conclusiones

Queda demostrada la Hipótesis de esta investigación, de acuerdo a los resultados arrojados por los test:

- “La lectura produce efectos terapéuticos sobre el paciente post injuria cerebral durante su período de alta reciente.”
- “Los pacientes que participan de sesiones de Biblioterapia registran mejoras en sus niveles de atención: Sostenida, dividida y selectiva”

Los objetivos que fundamentaron este trabajo han sido alcanzados satisfactoriamente:

- Indagar sobre el valor terapéutico de la lectura sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente, post injuria cerebral (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) con la finalidad de mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar la calidad de vida.
- Conocer el efecto de la Biblioterapia sobre la atención: Sostenida, dividida, selectiva en los pacientes de alta reciente post injuria cerebral. Egresados del Servicio de Terapia Intensiva del Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa La Pampa, (post trauma, estrés post trauma, estrés post internación en cuidados intensivos, post ACV) con la finalidad de mejorar el nivel atencional, concentración, autoestima, inserción social, mejorar su calidad de vida.
- Concientizar sobre la necesidad de establecer un vínculo entre la lectura y el paciente, guiado por un equipo de Profesionales de la Salud (compuesto a tal fin), utilizando como nexo, al bibliotecario especializado, profesional capacitado para tal propósito.
- Proponer, en el Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa La Pampa, la utilización de la biblioterapia en sus pacientes, para lograr una nueva forma de rehabilitación a través de la lectura.

La biblioterapia es una actividad interdisciplinaria, puede ser desarrollada en colaboración con la Biblioteca, Literatura, Educación, Medicina, Psicología y Enfermería. Esta interdisciplinarietà le da un lugar prominente en el escenario de los estudios culturales. Es un lugar estratégico que permite buscar aliados en varios campos y un ejercicio abierto a la crítica, y las contribuciones asociadas.

La terapia se produce por el texto mismo, sujeto a diferentes interpretaciones por parte de las diferentes personas.

Se vislumbra a la Biblioterapia como un Servicio de Extensión Bibliotecaria, que en un futuro cercano, no debiese faltar en ningún Centro de Salud.

El papel que desempeñará el Profesional de la Información, será el de acompañante del grupo. Algunos autores sostienen que su rol será solamente el de seleccionar el material recomendado por otros profesionales. Pero su trabajo será más enriquecedor si tiene una formación más específica hacia el área de la psicología como la logoterapia, la medicina o la educación desempeñándose en forma conjunta con estos profesionales.

Como profesionales de la información, nuestro compromiso residirá en congregar nuestras destrezas a través del trabajo en equipo y la elección del material adecuado comprendiendo que la lectura es un recurso trascendental, como valor transformador, funcionando como un puente mágico que acorta distancias.

Los resultados de esta experiencia fueron ampliamente gratificantes y me alientan a continuar con estos talleres, aplicándolos a pacientes con otras patologías para que también ellos se vean beneficiados por los efectos terapéuticos de la biblioterapia.

9. Recomendaciones:

En función de los resultados obtenidos en la presente Tesis sugiero:

- La implementación del recurso Biblioterapia en el Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" como parte integrante de las talleres de Arteterapia en el marco de aplicación de la Ley Provincial 2784 de Rehabilitación Integral del Paciente, para todo tipo de pacientes que requieran de dicho servicio.
- La creación de Bibliotecas para Pacientes en los Centros de Salud de Nuestro País.
- La urgente necesidad de implementar políticas educativas que contemplen la especialización de los Profesionales de la Información a desempeñarse en dichas Bibliotecas, con materias especiales que lo preparen para la experiencia diferente que significa el trabajo en dicho contexto.
- La implementación del recurso Biblioterapia en los diferentes Servicios de Salud de Nuestro país a cargo siempre de un equipo interdisciplinario en el cual el Bibliotecario será el responsable de la adecuada selección de textos y, sólo si está capacitado para responder a las necesidades de contención del paciente, y siempre en compañía de un Psicólogo o un equipo especializado participe como parte del grupo.

Se anhela que la presente Tesis despierte el interés, tanto en otros profesionales Bibliotecarios, como en los profesionales de los Centros de Salud y que la Biblioterapia pueda transformarse en una herramienta útil, que, a la par de la Medicina Tradicional, genere un espacio de reconstrucción interna en los pacientes que de ella necesiten para el cambio de conductas, el autoconocimiento, autocorrección, autoafirmación, integración y rehabilitación, para alcanzar así una mejor calidad de vida.

10. Modelo de planificación de talleres

- Una vez determinado el grupo al que se destinará el taller, es imprescindible organizar el Equipo Interdisciplinario que acompañará la experiencia en cada sesión. (siempre se convoca para participar del grupo entre otros al Profesional que deriva los pacientes al taller: médico, terapeuta, pediatra, psicólogo, etc)
- Se tratan en una reunión las necesidades de cada paciente en base a su patología de base.
- Se acuerda con el Equipo cuáles serán las temáticas a abordar y se prepara el material bibliográfico que será utilizado en las primeras sesiones.
- Se acuerda la frecuencia de los encuentros, generalmente serán sesiones de una hora un día a la semana. Duración del taller: 3 meses.
- Lugar: accesible a personas con dificultades motoras, sillas de ruedas etc. Ambiente agradable, aislado de ruidos molestos.
- Se convoca a los interesados a participar en día y hora acordados.
- La primer sesión estará destinada a conocer a cada integrante del nuevo grupo
 - ✓ La reunión, organizada preferentemente en círculo, comienza con un saludo de cada paciente, quien dice su nombre y si se anima a hacerlo, cuenta la razón por la que se encuentra internado. De este modo todos y cada uno de los integrantes del equipo que también forma parte de esta rueda, va presentándose e informando su rol en cuanto al grupo.
 - ✓ Cada integrante (incluyendo al equipo de Biblioterapia) cuenta cuáles son sus expectativas respecto a esta nueva forma de terapia.
 - ✓ Se informa en qué consistirá la experiencia.
 - ✓ Se proponen preguntas y se dan las correspondientes respuestas.
- Las sesiones, de una hora de duración, se desarrollarán en cinco etapas:
 - ✓ Se da comienzo a la actividad con los saludos en alguna forma preferentemente lúdica (5 min.)
 - ✓ Presentación del tema a tratar. (5 min.)
 - ✓ Lectura del cuento o reflexión seleccionada. (15 min.)

- ✓ Comentarios de cada uno de los integrantes motivados por la lectura. (20 min.) En esta instancia se puede proponer a los participantes que se expresen por medio de diferentes actividades plásticas, en ese caso deben proveerse los materiales necesarios no antes de la lectura para evitar distracciones.
- ✓ Propuestas de cambio de conductas a seguir a partir de la lectura movilizadora. (15 min.)
- Evaluaciones:
 - ✓ Se toma nota de todas las reacciones y opiniones de cada paciente.
 - ✓ Se realizan test a los pacientes, encuestas y/o entrevistas a los pacientes, familiares y personal interviniente en la experiencia.
- Observación o seguimiento, realizar una hoja de registro donde anotemos la evolución que va experimentado el paciente.

11. Bibliografía

1. Actas de las 3^a Jornadas de Intercambios y Reflexiones acerca de la Investigación en Bibliotecología,
La Plata, 28-29 de noviembre de 2013. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, 2013. ISSN 1853-5631. STEFANIZZI, Rafaela. La función de la lectura y del bibliotecario en las bibliotecas hospitalarias especializadas en la atención de niños de la ciudad de La Plata. Departamento de Bibliotecología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata 2013 [fecha de consulta: 15 de Julio 2014] Disponible en: www.jornadabibliotecologia.fahce.unlp.edu.ar/jornadas.../stefanizzi.pdf
2. ALFONSO SANCHEZ, Liliana M & COLMENARES SANCHO, Francisco. Congreso internacional de información. La evolución de las necesidades de la información. La biblioterapia como novedad terapéutica. Biblioteca Médica Hospital Armando E. Cardoso. Carretera Central Guáimaro. Camagüey Cuba [fecha de consulta: 25 de Marzo 2012] Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/archives/HASH6cb5.dir/doc.pdf>
3. ANDER-EGG, Ezequiel. Repensando la Investigación-Acción Participativa. Lumen Hvmanitas. 4a ed. 2003 [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Usuario/Escritorio/1.3.14/850155328.ANDER-EGG-I-La-investigacion.pdf>
4. Asociación Argentina de Arteterapia. Dr Carlos Caruso. Arteterapia. Buenos Aires, nov. 2007 [fecha de consulta: 14 de ago. 2014] Disponible en: <http://www.asoarteterapia.org.ar/institucional.php>
5. Asociación Argentina de DanzaTerapia [fecha de consulta: 23 de Marzo 2014] Disponible en: www.aadt.org.ar/
6. AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: <http://www.arttherapy.org/>

7. Aprender A Investigar ISBN: 958-9279-11-2 Obra completa ISBN: 958-9279-13-9 Módulo 2 1ª Edición: 1987 [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en:
<http://www.unilibrebaq.edu.co/unilibrebaq/images/Documentos/mod2investigacion.pdf>
8. ARIAS, María Luisa; MIGUEZ, Liliana Beatriz; MOLFINO, Élide y REGA, Liliana Laura de la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Bibliotecología y Documentación. Biblioterapia. Buenos Aires jun. 2000 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: Información, cultura y sociedad versión On-line ISSN 1851-1740 Inf. cult. soc. Nº 2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2000
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-17402000000100006&script=sci_arttext
9. ARANGO LASPRILLA, Juan Carlos & PARRA RODRIGUEZ Mario Alfredo Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas. Caso de Patología Cerebral. [fecha de consulta: 4 de Agosto 2013] Disponible en:
http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol8_num1_14.pdf
10. Asociación Chilena de Arteterapia [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en:
http://www.arteterapiachile.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=27
11. BERNDTSON, M., "Servicios Orientados a los Usuarios en las Bibliotecas de Hospital de la Ciudad de Helsinki". Métodos de información, Vol. 7, No. 37, 2000, pp. 46- 51. [fecha de consulta: 15 de Febrero 2013] Disponible en:
<http://eprints.rclis.org/archive/00001219/01/2000-37-46.pdf>
12. BLAS, J. L. d., "¿La cultura cura?". Jornadas de bibliotecas infantiles y escolares, Vol. 5, 1998, pp. 59-69. [fecha de consulta: 15 de Enero 2013] Disponible en:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/boletin/bibliotecario/09/InfoBiblioteca.htm>

13. BORGUEZ, Clarisa. Desarrollo de la colección en el ámbito médico/clínico: pensando en el paciente como usuario final" Jornada abierta de la Cátedra 'Desarrollo de la colección y de los servicios de acceso' (DeCSA) (Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas (INIBI) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 13 de julio 2012) [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185117402012000200011&script=sci_arttext
14. CADENAS, P., "Libros para construir". IFLA Council and General Conference, No. 70, 2004. [fecha de consulta: 8 de enero 2013] Disponible en: <http://www.ifla.org/IV/ifla70/papers/153s-Cadenas.pdf>
15. COLL CASALS, Olga (Documentalista) y VALL CASAS, Aurora (Profesora. Departamento de Biblioteconomía y Documentación. UB) "Biblioterapia infantil: la literatura al servicio de la salud" : [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: Bibliosalud 2014 <http://jornadasbibliosalud.es/wp-content/uploads/2014/04/8-BIBLIOTERAPIA.pdf>
16. Congreso Internacional de Información. La Evolución de las Necesidades de la Información. .ALFONSO SÁNCHEZ, Liliana M. & COLMENARES SÁNCHO, Francisco. La Biblioterapia Como Novedad Terapéutica. Bib. Médica Htal. Armando E. Cardoso. Camagüey [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011]En: <http://www.bibliociencias.cu/gsdll/collect/eventos/index/assoc/HASH6cb5.dir/doc.pdfCuba>
17. CHAMBERLAIN. Historia y práctica de la biblioterapia y la prescripción de información: la información como soporte de la relación médico-paciente. [fecha de consulta: 2 jun 2014] Disponible en: J Psychiatr Ment Health Nurs en 2008 <http://medicinadefamiliatortuga.wordpress.com/2012/12/29/historia-y-practica-de-la-biblioterapia-y-la-prescripcion-de-informacion-la-informacion-como-soporte-de-la-relacion-medico-paciente/#>
18. DEBERTI MARTINS, Cristina. La biblioterapia aplicada a pacientes con Consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en:

<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/LabiblioterapiaaplicadaaaciasconConsumoproblematicodesustancias.htm>

19. Demey, I., Allegri, R. & Barrera-Valencia, M. (2014). Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. CES Psicología, 7(1), p. 130 [fecha de consulta: 15 de Julio 2013] Disponible en: <file:///C:/Users/Alicia/Downloads/Bases%20Neurobiologicas.pdf>
20. DIAZ MORALES, G., "Biblioterapia: su aplicación en terapias reparativas a menores víctimas de delitos sexuales.". Serie Bibliotecología y Gestión de Información, Vol. 13, 2006. [fecha de consulta: 15 de Septiembre 2012] Disponible en: http://eprints.rclis.org/archive/00006335/01/serie_13.doc
21. ERENI (Equipo de Rehabilitación Neurológica Integral) [fecha de consulta: 5 de Febrero 2013] Disponible en: <http://ereni.uy/index.php/2012-02-23-14-27-11/acerca-de>
22. Evaluación Psicológica: Teoría y Técnica de la Evaluación Psicológica [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://evaluacionpsico.com/2012/11/21/trail-making-test/>
23. FLENI. CR. Olmos, Lisandro (dir.) [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fleni.org.ar/frontend.php/contenido2/161/%C2%BFQu%C3%A9+es+CR>
24. Foro Iberoamericano de Arteterapia [fecha de consulta: 25 de Marzo 2014] Disponible en: http://www.arteterapiaforo.org/que_es.html/
25. FORTKAMP CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. the reading as a therapeutical function: bibliotherapy. Enc. Bibli R. Elect. Bibliotecon. Ci Inf, ISSN 1518-2924, Florianópolis, Brasil, n.12, p. 32-44, 2001. 32 [fecha de consulta: 14 de junio 2011] Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>
26. Fux, María. Danzaterapia [fecha de consulta: 18 de Marzo 2013] Disponible en: <http://www.mariafux.com.ar/>

27. GIUBERTTI GUEDES, Mariana. A Biblioterapia na Realidade Bibliotecária no Brasil: A Mediação da Informação. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Informação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Brasília 2013 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13659/1/2013_MarianaGiuberttiGuedes.pdf
28. GÓMEZ MUJICA, Katherine Lui LA BIBLIOTERAPIA COMO PRÁCTICA PROFESIONAL DEL BIBLIOTECÓLOGO Katherine Lui * [fecha de consulta: 25 de enero 2012] Disponible en: http://eprints.rclis.org/15583/1/art%C3%ADculo_biblioterapia.pdf
29. GONZÁLEZ, Benito, T., "El Ocio del Paciente Ingresado". Métodos de información, Vol. 7, No. 37, 2000, p. 41-42. [fecha de consulta: 25 de enero 2012] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/archive/00001218/01/2000-37-41.pdf>
30. Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Directora: Lic. Marcela Lichtensztein .) [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.neurologiacognitiva.org/pacientes/clinicas/itemlist/category/286>
31. INTERNACIONAL FEDERATION OF LIBRARY ASSOCIATIONS AND INSTITUTIONS (IFLA) en: «Guidelines for libraries serving hospital patients and disabled people in the community». [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=170049>
32. LICHTENSZTEJN, Marcela. Instituto de Neurología cognitiva Departamento de Terapias Basadas en las Artes. Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales>
33. LÓPEZ, Andrea Luis. Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987) [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <https://sites.google.com/site/casoclinicoieso/proceso/paso1>

34. LÓPEZ, Andrea Luis. Prueba de dígitos directos e indirectos y Números del WAISIII (Wechsler, 1987) [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: http://www.tests-gratis.com/tests_inteligencia/wisc-4-memoria-de-trabajo-test-de-digitos.htm
35. LVEIRA BRUSSAINDR, Alicia; DANSILIOPSIC, Sergio & MADRIAGA, Cecilia. Actualización en pronóstico y tratamiento de repercusiones cognitivas del TEC. NatolinPower. En: <http://es.scribd.com/doc/100107324/Neurotrauma-Cog-Rivera>. Consultado 26/5/12
36. LUBRINI, Genrry, PERIAÑEZ, José A. y RIOS-LAGO, Marcos. Introducción a la estimulación cognitiva y la rehabilitación neuropsicológica. MUÑOZ Marrón, Elena (coor.) Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. UOC. Oct. 2009 pág. 13 ISBN: 978-84-9788-862-2 [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en http://books.google.com.ar/books?id=6QOamavNnc8C&pg=PA13&lpg=PA13&dq=el+concepto+de+grupo+en+la+rehabilitaci%C3%B3n+cognitiva&source=bl&ots=l2s8PwTrVX&sig=TvEJ1wsOFFU_rzC68PhB79CghV0&hl=es&sa=X&ei=U CflU4zfE-jJsQT3xYH4Dg&ved=0CCcQ6AEwAQ#v=onepage&q=el%20concepto%20de%20grupo%20en%20la%20rehabilitaci%C3%B3n%20cognitiva&f=false
37. MANES. Facundo (dir.) INECO. Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 20 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacionineco.org/papers>
38. INECO. MANES. Facundo (dir.) Pacheco de Melo 1860 Ciudad de Buenos Aires, Argentina [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://senalesdelconosur.com.ar/fundacion-ineco-un-polo-de-investigacion-y-divulgacion-en-neurociencias-cognitivas-y-trastornos-conductuales/>
39. MARTÍ, Joel. La Investigación - Acción Participativa. Estructura Y Fases. 1-22 p. [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf>

40. MARTINEZ ROJAS, C., "Leer para vivir". Feria Internacional del Libro de Buenos Aires, Vol. 33, 2002. [fecha de consulta: 8 de Noviembre 2012] Disponible en: http://www.el-libro.com.ar/archivo_documental/PDFs/5-019-Rojas.pdf
41. MINOLDO, Francisca Bibliotecas y adultos mayores: Las bibliotecas como centro de información, educativo e integrador de las personas de la tercera edad al medio social – Caso de Estudio en la Ciudad de San Nicolás (Prov. De Buenos Aires) Material facilitado gentilmente por la jefa de tesis Mg. María Graciela Chueque
42. MORENO PESTAÑA, José L. & ESPADAS ALCÁZAR, María Ángeles. Investigación - acción participativa. Universidad de Jaén. [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/l/invest_accionparticipativa.htm (Última entrada: 8 De Nov 20013)
43. NAVARRO CABRERA, M., "La Biblioteca del Paciente del Hospital Clínico Universitario de Valencia". Métodos de información, Vol. 7, No. 37, 2000. [fecha de consulta: 12 de Septiembre 2012] Disponible en: <http://www.avei.org/1/revistas1.htm#>
44. OCAMPO ÁLVAREZ, Denise. Análisis semántico-modal de cuentos terapéuticos para niños. Instituto Cubano de Investigación Cultural "Juan Marinello" La Habana, Cuba P. 713 [fecha de consulta: 25 de Marzo 2012] Disponible en: <C:/Users/Alicia/Downloads/167-denise-ocampo.pdf>
45. PANELLA, Nancy Mary /et al / Pautas para Bibliotecas al Servicio de Pacientes de hospital, Ancianos y Discapacitados en Centros de atención de larga duración. Sección de Servicios Bibliotecarios para Personas en Situación de Desventaja. The Hague, IFLA Headquarters, 2001. – XXXp. 30 cm. – (IFLA Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012]

Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>

46. PICHON RIVIÈRE, Enrique. El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social. 1º ed., 36º reimp. Buenos Aires, Nueva Visión, 2008, pág. 152. I.S.B.N. 978-950-602-000-2 [fecha de consulta: 18 de Julio 2014] Disponible en: <file:///D:/Alicia/escriptorio/tesis%20biblioterapia/pichon.pdf>
47. PICHÓN RIVIÈRE, E. "Teoría del vínculo". Nueva Visión. 5ª ed. 1985. Buenos Aires, Nueva Visión 1985 pág. 35. I.S.B.N 950-602-065-5 [fecha de consulta: 18 de Julio 2014] Disponible en: [https://9b9ba29c-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/datapsicosocial/home/Pichon Riviere Teoria%20del%20Vinculo.pdf?attachauth=ANoY7crXJioERi7JzqE2MkFUG_hKZSu0WCyWvANr4rqHZWHPfGabHOM4EG5G7LPqIxM_4fM66IHTYh089TKkCNdD3wsJmE7BhLqBKI5t3zqKqgRmcZJh4BST_Zs4fZ3CqnMCqwO1_MXwIFFWEuWIXSLTI42_j0d19XNOTqZY8bz0VvFpiRg4NxTgHALbUvBJuuU3pAXNrj2-72n9eC71wHmocsHyuJLOsC5w2DUYIq5I9w0jJ_8MlleJ8LZO41vKni8KL_NeC-C-a&attredirects=0](https://9b9ba29c-a-62cb3a1a-sites.googlegroups.com/site/datapsicosocial/home/Pichon%20Riviere%20Teoria%20del%20Vinculo.pdf?attachauth=ANoY7crXJioERi7JzqE2MkFUG_hKZSu0WCyWvANr4rqHZWHPfGabHOM4EG5G7LPqIxM_4fM66IHTYh089TKkCNdD3wsJmE7BhLqBKI5t3zqKqgRmcZJh4BST_Zs4fZ3CqnMCqwO1_MXwIFFWEuWIXSLTI42_j0d19XNOTqZY8bz0VvFpiRg4NxTgHALbUvBJuuU3pAXNrj2-72n9eC71wHmocsHyuJLOsC5w2DUYIq5I9w0jJ_8MlleJ8LZO41vKni8KL_NeC-C-a&attredirects=0)
48. Professional Reports : 69) ISSN 0168-1931 en BIBLIOTERAPIA UNA TERAPIA ALTERNATIVE INTERACTIVA. [fecha de consulta: 18 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.ifla.org/files/assets/hq/publications/professional-report/69.pdf>
49. Psicología. Terapias psicológicas. Biblioterapia: una terapia alternativa interactiva [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: <http://www.estudiarpsicologia.com/biblioterapia-una-terapia-alternativa-interactiva/>
50. QUIJANO GONZÁLEZ, Rafael. Proyecto de creación de una biblioteca para pacientes...pdf 11480-11561-1-PB.p [fecha de consulta: 15 de Febrero 2012] Disponible en: RQ González - Revista general de información y documentación, 1999 - dialnet.unirioja.es

51. RECBIB. Bibliotecas para pacientes en Cataluña y España [fecha de consulta: 25 de Febrero 2013] Disponible en: <http://www.absysnet.com/experiencias/experiencias23.htm>
52. 41ª Reunión Nacional de Bibliotecarios "Bibliotecas: Puentes hacia universos culturales más amplios" Buenos Aires, 20-23 de abril de 2009 Asociación de Bibliotecarios Graduados de la República Argentina Bejar Apaza, Teresa Rossio & Berrocal Quijua, Lidia. BIBLIOTECARIO DE HOSPITAL ¿UNA POSIBILIDAD EN EL PERÚ? [fecha de consulta: 14 de Junio 2012] Disponible en: [http://www.abgra.org.ar/documentos/pdf/Bibliotecario de hospital.pdf](http://www.abgra.org.ar/documentos/pdf/Bibliotecario_de_hospital.pdf)
53. REVELLI, C., "Biblioteche e malati: el ruolo delle biblioteche ospedalarie tra organizzazione della lettura, biblioterapia e diritto all'informazioni dei pazienti". Biblioteche oggi, Vol. 17, No. 6, 1999, pp. 44-48. Revista General de Información y Documentación Vol. 9, nY 1 - 1999: 47-84 [fecha de consulta: 21 de Marzo 2013] Disponible en: revistas.ucm.es/index.php/.../RGID9999220013A/10563
54. REYES, Román (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/Invest_accionparticipativa.htm
55. SÁINZ MARTÍN, María & SÁNCHEZ DÍAZ, Jesús Hospital Clínico San Carlos. Red de bibliotecas para Pacientes. Biblioteca para pacientes y empleados del Hospital Clínico San Carlos. Estudio sobre la Biblioteca Estudio descriptivo sobre la actividad del Servicio del préstamo a pacientes desde el año 2005 al 2009. Madrid, sep. 2009. pdf [fecha de consulta: 14 de Febrero 2013] Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?cid
56. SAURA, Silvia. La lectura como recurso Terapéutico. [fecha de consulta: 28 de Agosto 2012] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/10774/1/BIBLIOTERAPIA.SAURA.pdf>
57. 1º Seminario de Biblioterapia: Libros, un medicamento para niños hospitalizados 2 junio 2011 [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: C:/Users/Alicia/Downloads/Boletin_F.pdf

58. SILVEIRA BRUSSAINDR, Alicia; DANSILIOPSIS, Sergio & MADRIAGA, Cecilia. Actualización en pronóstico y tratamiento de repercusiones cognitivas del TEC. Natolin Power. [fecha de consulta: 5 de febrero 2012] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/100107324/Neurotrauma-Cog-Rivera>.
59. SORIA-URIOS, Gema; DUQUE DUQUE Pablo & GARCÍA-MORENO, José M. Rev Neurol Música y cerebro: evidencias cerebrales del entrenamiento musical 2011; 53 (12):pág. 739-740 [fecha de consulta: 23 de Marzo 2014] Disponible en WWW.neurologia.com
60. STARKLOFF, Adriana Elisabet Biblioterapia aplicada en centros psiquiátricos de la ciudad de Bahía Blanca: análisis de sus fines curativos y progreso en la calidad de vida de los pacientes”, Material facilitado gentilmente por la jefa de tesis Mg. María Graciela Chueque
61. SURIÁ MARTÍNEZ, Raquel. Práctica de la biblioterapia en los foros virtuales para pacientes. PSICOLOGIA.COM. 2009; 13(2) [fecha de consulta: 2 de Julio 2013] Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/internet/47239/
62. Tipos de investigación para una tesis de grado [fecha de consulta: 15 de febrero 2012] Disponible en: <http://es.slideshare.net/maoestrategapublicitario/tipos-de-investigacion-30881162>
63. TOMAINO, Valeria Beatriz. Biblioterapia: una propuesta innovadora en Mar del Plata para niños y adolescentes con cáncer. Mar Del Plata 2008. [fecha de consulta: 1 de Junio 2014] Disponible en: <http://eprints.rclis.org/18945/1/Tesis%20Valeria%20Tomaino.pdf>
64. TURGULEWSKA, Teresa. Biblioterapia [fecha de consulta: 2 de Agosto 2011] Disponible en: http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=en&rurl=translate.google.com&sl=pl&tl=es&u=http://teresasturculewska.blogspot.com.ar/2008/01/poicia-biblioterapia-wedug-e.html&usq=ALkJrhqp5_XXze8SoEV-UpFYbJx07PIE5g

65. THURSTONE, LL. y YELA, M. CARAS-R. Test de Percepción de Diferencias-Revisado. Tea Ediciones. Madrid 2012. [fecha de consulta: 8 de febrero 2013] Disponible en: <http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/test-de-caras-o-de-percepcion-de-diferencias-prueba-para-evaluar-la-atencion-en-el-tdah.html>
66. VALL CASAS, Aurora, Los bibliotecarios de las bibliotecas para pacientes en España: evolución histórica de una profesión. Anales de Documentación, Núm. 12, 2009, pp. 303-319. Universidad de Murcia. España, [fecha de consulta: 8 de Agosto 2012] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63511932016>
67. VALL CASAS, Aurora. Bibliotecas para pacientes en Cataluña y España [fecha de consulta: 3 de Diciembre 2012] Disponible en: <http://www.absysnet.com/experiencias/experiencias23.htm>
68. WHALEN, Jeanne. Libroterapia: Para tratar la depresión, recetan lectura. The Wall treet Journa oct. 19, 2005. [fecha de consulta: 25 de Julio 2013] Disponible en: http://labatichica.blogspot.com.ar/2005_10_01_archive.html

ANEXOS

12. Anexo I

Ley 2784 de creación del “Servicio de Rehabilitación Integral”¹⁹⁹

Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa

(Sancionada por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa, el día 10 de Julio de 2014)

Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa

BLOQUE JUSTICIALISTA

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA SANCIONA
CON FUERZA DE LEY:

Artículo 1°.- Créase en el ámbito del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa el “Servicio de Rehabilitación Integral”, el cual funcionará en todos los Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia, que tengan asignados el NIVEL VI o superior, de complejidad y estructura orgánica.

Artículo 2°.- El “Servicio de Rehabilitación Integral” tiene por objeto garantizar el acceso irrestricto y de manera equánime a todas las personas que requieran una rehabilitación integral, teniendo como finalidad lograr la reinserción social y familiar del paciente con lesión neurológica y/o física con la menor discapacidad y la mayor autonomía posible.

Artículo 3°.- El “Servicio de Rehabilitación Integral” deberá estar integrado por un equipo de rehabilitación multidisciplinario especializado que deberá contar con el personal suficiente y necesario.

Artículo 4°.- El “Servicio de Rehabilitación Integral” estará a cargo de una Jefatura, que deberá ser ejercida por un Médico que acredite conocimientos en rehabilitación integral de pacientes.

El “Servicio de Rehabilitación Integral” estará conformado por un área de rehabilitación física y un área de rehabilitación neurocognitiva.

La Jefatura del Servicio deberá realizar una correcta interpretación de los procesos fisiopatológicos que se producen luego de la injuria, desde el estado crítico hasta el ambulatorio y su seguimiento, coordinando, tanto en internados como en ambulatorios, los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, propiciando la actuación coordinada y complementaria entre profesionales y los grupos familiares de los pacientes a los efectos de lograr una atención y una recuperación integral.

Artículo 5°.- El Área de rehabilitación física deberá estar a cargo de un Médico Responsable del Área, e integrada, entre otros, por Fisioterapeuta-Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta ocupacional. El Área de rehabilitación neurocognitiva deberá estar a cargo de un Médico Responsable del Área, e integrada, entre otros, por Médico Psiquiatra, Psicopedagogo, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicomotricista, Musicoterapeuta de adultos. El servicio deberá contar con acompañante terapéutico y asistente social para asistir pacientes internados y sus familiares.

El Área de rehabilitación neurocognitiva deberá brindar también, un servicio de rehabilitación neurocognitiva infantil, el cual deberá contar con un área de estimulación temprana hasta los 5 años de edad y luego, será asistido por los profesionales del servicio de rehabilitación integral según lesión y secuelas-físicas neurocognitivas-.

Artículo 6°.-El Poder Ejecutivo deberá reglamentar la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, debiendo crearse los cargos necesarios y la correspondiente contratación de especialistas en caso de que al momento de reglamentarse la presente sea necesario, realizar las adecuaciones edilicias pertinentes para poder brindar el servicio de manera adecuada, debiendo adquirirse los bienes respectivos.

Artículo 7°.-Comuníquese al Poder Ejecutivo.-

FUNDAMENTOS

El presente Proyecto tiene como objeto crear en el ámbito del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa el "Servicio de Rehabilitación Integral", el cual funcionará en todos los Establecimientos Asistenciales dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia, que tengan asignados el NIVEL VI o superior, de complejidad y estructura orgánica.

Este Servicio tendrá por objeto garantizar el acceso irrestricto y de manera equánime a todas las personas que requieran una rehabilitación Integral, teniendo como finalidad lograr la reinserción social y familiar del paciente con lesión neurológica y/o física con la menor discapacidad y la mayor autonomía posible.

Por "rehabilitación", debemos entender la habilitación de las funciones perdidas, disminuidas o deterioradas por agresiones tanto internas como externas, y consiste en el reentrenamiento basado en la repetición de actividades que facilitan los procesos de plasticidad celular.

Deben incluirse dentro de las prácticas de rehabilitación todas las metodologías, técnicas, procedimientos y protocolos vigentes, aprobados y recomendados por

los organismos nacionales e internacionales que entienden en el área de la salud. La "Neurorehabilitación" fue definida por la OMS como un proceso activo por medio del cual los individuos con alguna lesión o enfermedad neurológica, pueden alcanzar la recuperación integral más óptima posible, que les permita su desarrollo físico, mental y social de la mejor forma, para integrarse a su medio ambiente de la manera más apropiada. Las propuestas para cada paciente tendrán objetivos definidos a corto, mediano y largo plazo, con evaluaciones periódicas y metas clínicas, utilizando instrumentos de medición científicamente validados. Para que esto pueda cumplirse, debe ser realizado en forma multidisciplinaria, abarcando de manera integral todos los aspectos que incluyan al paciente y su entorno desde el ingreso hasta su posterior reinserción social con las secuelas físicas, cognitivas o emocionales que se hayan generado.

Con la creación del "Servicio de Rehabilitación Integral", se pretende asistir entre otras, las siguientes patologías y tratamientos: Accidente Cerebrovascular, Traumatismo Craneoencefálico e Injuria Cerebral, Lesiones Medulares y traumatismos de la columna vertebral, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, Dolor Crónico, Trastornos por internaciones o enfermedades prolongadas, Politraumatizados, Rehabilitación Respiratoria, Rehabilitación Cardiovascular, Trastornos cognitivos progresivos incluyendo déficit en la memoria y otras capacidades intelectuales, Trastornos severos del estado de conciencia, Polineuropatías y Enfermedades Neuro-musculares, etc.

El "Servicio de Rehabilitación Integral" estará a cargo de una Jefatura, que deberá ser ejercida por un Médico que acredite conocimientos en rehabilitación integral de pacientes; y estará conformado por un área de rehabilitación física y un área de rehabilitación neurocognitiva. Desde la Jefatura del Servicio se deberá realizar una correcta interpretación de los procesos fisiopatológicos que se producen luego de la injuria, desde el estado crítico hasta el ambulatorio y su seguimiento, coordinando, tanto en internados como en ambulatorios, los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, propiciando la actuación coordinada y complementaria entre profesionales y los grupos familiares de los pacientes a los efectos de lograr una atención y una recuperación íntegra.

Tal como se describe en el Artículo 5º del presente Proyecto, el Área de rehabilitación física deberá estar a cargo de un Médico Responsable del área, e integrada, entre otros, por Fisioterapeuta-Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Terapeuta ocupacional.

Asimismo, el Área de rehabilitación neurocognitiva deberá estar a cargo de un Médico Responsable del área, e integrada, entre otros, por Médico Psiquiatra, Psicopedagogo, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicomotricista, Musicoterapeuta de adultos. El servicio deberá contar con acompañante terapéutico y asistente social para asistir pacientes internados y sus familiares.

Finalmente, el Área de rehabilitación neurocognitiva deberá brindar también, un servicio de rehabilitación neurocognitiva infantil, el cual deberá contar con un área de estimulación temprana (hasta los 5 años de edad) y luego, será asistido por los profesionales del servicio de rehabilitación integral según lesión y secuelas (físicas o neurocognitivas).

El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, al momento de reglamentar la puesta en funcionamiento del "Servicio de Rehabilitación Integral", deberá prever la posibilidad de contar con un Salón de usos múltiples para realizar talleres de arteterapia, a cargo de talleristas especializados y designados para tal fin, como parte esencial de la neurorehabilitación.

También debería preverse la posibilidad de destinar un área edilicia para el funcionamiento de un gimnasio, que contenga un sector denominado "gimnasio protegido", el cual deberá contar con oxígeno y aspiración central, para aquellos pacientes traqueostomizados en condiciones físicas y neurocognitivas de iniciar la rehabilitación.

En el área de trabajo de la terapia ocupacional, para alcanzar las metas de la rehabilitación integral del asistido, debería conformarse una serie de Áreas tales como:

Área de simulación laboral para la reeducación del paciente en su retorno al trabajo, Área de Terapia Ocupacional y de simulación de una vivienda básica" para el entrenamiento de las actividades de la vida diaria, Área Urbana: simulación de una esquina de la ciudad para el entrenamiento del paciente próximo al alta y su manejo en la urbe, Simulador de manejo de automóviles para reentrenamiento, y una Sala de computación para rehabilitación cognitiva y como método alternativo de comunicación para trastornos severos del lenguaje.

Una vez que se encuentre en funcionamiento el "Servicio de Rehabilitación Integral", se debería lograr la suscripción de convenios con municipios, Ongs, asociaciones civiles, para la utilización de piletas climatizadas (hidroterapia) con estrictas normas de higiene y seguridad para el paciente.

El Establecimiento Asistencial donde funcione el Servicio, deberá contar con camas de internación destinadas a pacientes en proceso de neurorehabilitación

que aún no estén en condiciones de alta ambulatoria pero si en condiciones de iniciar la misma (desde la Sala de Internación hacia el Servicio de Rehabilitación), requiriendo para esto el traslado en ambulancia o silla de ruedas con camillero (según las distancias entre servicios).

Estas camas deberán contar con personal idóneos de enfermería y asistencia del paciente las 24 hs, oxígeno y aspiración central (para pacientes traqueostomizados).

El Servicio deberá realizar y coordinar tareas de prevención (Jornadas, charlas para el sistema de salud, comunidad en general, pacientes y familiares) de las principales patologías que generan lesiones neurológicas o discapacidad físicas, cognitiva y/o emocional.

Asimismo, se debería prever durante los horarios de atención, la proyección de cortos o videos con el fin de prevenir patologías prevalentes, así como la entrega de folletos explicativos de las mismas, para que, tanto familiares como pacientes, cuenten con la información entendible y transmisible, realizando tareas de prevención primaria y secundaria.

El daño cerebral adquirido constituye un problema de gran magnitud para Salud Pública por la alta incidencia, prevalencia, la larga duración de sus efectos y la repercusión en la a calidad de vida de los pacientes y sus familias lo que conlleva altos costos socioeconómicos.

La etiología corresponde en primer lugar al accidente cerebrovascular, en segundo el traumatismo de cráneo y en menor medida la encefalopatía postanóxica secundaria a paro cardiorrespiratorio reanimada, tumores cerebrales con perspectiva de supervivencia, meningoencefalitis, ahogamientos, intoxicaciones, hipoglucemias severas y accidentes anestésicos.

En el caso de los traumatismos de cráneo y politraumatismo su principal causa son los siniestros viales. Argentina en el año 2103 tuvo 7.896 fallecidos por esta causa, donde la Provincia de la Pampa tuvo 120 (fuente: Luchemos por la Vida).

Por cada fallecido se generan alrededor de 4 discapacitados, generando a nivel nacional un gasto para la salud pública y la sociedad de 10.000 millones de dólares anuales.

Los programas rehabilitadores de gran intensidad conllevan recuperaciones funcionales más tempranas y más rápidas, así como reducciones en la duración de la rehabilitación. En los pacientes con daño cerebral moderado a severo la rehabilitación cognitiva y conductuales mejora la recuperación funcional.

13. Anexo II

Bibliografía Utilizada en el transcurso del taller de Biblioterapia. (El orden de esta Bibliografía corresponde al utilizado en las sesiones del taller)

- 13.1. ROLDÁN, Gustavo. Sapo en Buenos Aires. Editorial: Alfaguara Infantil
Buenos Aires, mayo de 2011. Ilustraciones: Luis Scafati .56 p.

Sapo en Buenos Aires



Síntesis del libro

Personajes: el sapo, el yacaré, el jabalí, la pulga, el yaguararé, el monito, el pájaro carpintero, el coati y todos los animales del monte.

Lugar: la acción se desarrolla en dos sitios: el monte, que es el escenario del relato del sapo, y la ciudad de Buenos Aires, donde ha estado de paseo el personaje.

Argumento: don sapo regresa al monte, después de su viaje a Buenos Aires, donde se dejó sorprender por la ciudad, sus habitantes y sus costumbres. Todos los bichos quieren oír sus historias acerca de esas personas que viajan todo el día amontonadas, tiran basura al río y se tapan el cuerpo con trapos de colores. Análisis: este libro está dividido en siete apartados cuyo eje pasa por los descubrimientos del sapo en la Reina del Plata.

Si bien hay un narrador, el texto se articula fundamentalmente a través de los diálogos entre los animales donde se ponen en juego los más diversos recursos: desde la descripción extrañada del sapo frente a la gran ciudad y sus habitantes, pasando por sus exageraciones y los ocurrentes comentarios de un auditorio que oscila entre la fascinación por las historias que escucha y la sospecha de que su hábil interlocutor a veces apela a la mentira para seducir a los oyentes.

Los animales, como en otros libros del autor, aparecen siempre personificados, hecho que les otorga a estos textos un fuerte parentesco con la fábula, y aunque aquí no hay

moraleja, todos los capítulos promueven la reflexión a partir de cierta mirada crítica de los personajes sobre los hombres. En este sentido, los animales, identificados con el monte chaqueño, señalan sorprendidos los problemas de las grandes urbes en relación con el medio ambiente (el ritmo vertiginoso, la contaminación, la falta de espacios verdes) y plantean, ingenua pero al mismo tiempo sabiamente, cuestiones culturales, como la proliferación de palabras extranjeras en el español o las particularidades de la lengua rioplatense. Un capítulo aparte merece la representación del autor sobre el devenir político de una sociedad que fluctuó entre una democracia llena de gestos pero débil y los gobiernos militares.

Para finalizar con este juego de contrastes, el libro se cierra con la narración del cuento que los hombres eligen para sus hijos: Caperucita Roja. En este caso, la perspectiva de los animales le otorga a este clásico de la literatura infantil una mirada tan graciosa como original.

Por último, cabe destacar el exquisito trabajo de Luis Scafati, quien con sus trazos de tinta recrea el mundo de palabras creado por el sapo y sus compadres del monte.

Temas transversales y conexiones curriculares
Temas transversales en Educación para el medio ambiente.

13.2. FONTANARROSA, Roberto. Viejo con árbol.

En: <https://sites.google.com/site/633cuentorealista/viejo-con-arbol>

Viejo con árbol



A un costado de la cancha había yuyales y, más allá, el terraplén del ferrocarril. Al otro costado, descampado y un árbol bastante miserable. Después las otras dos canchas, la chica y la principal. Y ahí, debajo de ese árbol, solía ubicarse el viejo.

Había aparecido unos cuantos partidos atrás, casi al comienzo del campeonato, con su gorra, la campera gris algo raída, la camisa blanca cerrada hasta el cuello y la radio portátil en la mano. Jubilado seguramente, no tendría nada que hacer los sábados por la tarde y se acercaba al complejo para ver los partidos de la Liga. Los muchachos primero pensaron que sería casualidad, pero al tercer sábado en que lo vieron junto al lateral ya pasaron a considerarlo hinchada propia. Porque el viejo bien podía ir a ver los otros dos partidos que se jugaban a la misma hora en las canchas de al lado, pero se quedaba ahí, debajo del árbol, siguiéndolos a ellos.

Era el único hincha legítimo que tenían, al margen de algunos pibes chiquitos; el hijo de Norberto, los dos de Gaona, el sobrino del Mosca, que desembarcaban en el predio con las mayores y corrían a meterse entre los cañaverales apenas bajaban de los autos.

—Ojo con la vía -alertaba siempre Jorge mientras se cambiaban.

—No pasan trenes, casi -tranquilizaba Norberto. Y era verdad, o pasaba uno cada muerte de obispo, lentamente y metiendo ruido.

—¿No vino la hinchada?-ya preguntaban todos al llegar nomás, buscando al viejo-. ¿No vino la barra brava?

Y se reían. Pero el viejo no faltaba desde hacía varios sábados, firme debajo del árbol, casi elegante, con un cierto refinamiento en su postura erguida, la mano derecha en alto sosteniendo la radio minúscula, como quien sostiene un ramo de flores. Nadie lo conocía, no era amigo de ninguno de los muchachos.

—La vieja no lo debe soportar en la casa y lo manda para acá -bromeó alguno.

—Por ahí es amigo del referí —dijo otro. Pero sabían que el viejo hinchaba para ellos de alguna manera, moderadamente, porque lo habían visto aplaudir un par de partidos atrás, cuando le ganaron a Olimpia Seniors.

Y ahí, debajo del árbol, fue a tirarse el Soda cuando decidió dejarle su lugar a Eduardo, que estaba de suplente, al sentir que no daba más por el calor. Era verano y ese horario para jugar era una locura. Casi las tres de la tarde y el viejo ahí, fiel, a unos metros, mirando el partido. Cuando Eduardo entró a la cancha —casi a desgano, aprovechando para desperezarse— cuando levantó el brazo pidiéndole permiso al referí, el Soda se derrumbó a la sombra del arbolito y quedó bastante cerca, como nunca lo había estado: el viejo no había cruzado jamás una palabra con nadie del equipo.

El Soda pudo apreciar entonces que tendría unos setenta años, era flaquito, bastante alto, pulcro y con sombra de barba. Escuchaba la radio con un auricular y en la otra mano sostenía un cigarrillo con plácida distinción.

—¿Está escuchando a Central Córdoba, maestro? —medio le gritó el Soda cuando recuperó el aliento, pero siempre recostado en el piso. El viejo giró para mirarlo. Negó con la cabeza y se quitó el auricular de la oreja.

—No -sonrió. Y pareció que la cosa quedaba ahí. El viejo volvió a mirar el partido, que estaba áspero y empatado-. Música -dijo después, mirándolo de nuevo.

--¿Algún tanguito? —probó el Soda.

—Un concierto. Hay un buen programa de música clásica a esta hora.

El Soda frunció el entrecejo. Ya tenía una buena anécdota para contarles a los muchachos y la cosa venía lo suficientemente interesante como para continuarla. Se levantó resoplando, se bajó las medias y caminó despacio hasta pararse al lado del viejo.

—Pero le gusta el fútbol —le dijo—. Por lo que veo.

El viejo aprobó enérgicamente con la cabeza, sin dejar de mirar el curso de la pelota, que iba y venía por el aire, rabiosa.

—Lo he jugado. Y, además, está muy emparentado con el arte —dictaminó después—. Muy emparentado.

El Soda lo miró, curioso. Sabía que seguiría hablando, y esperó.

—Mire usted nuestro arquero —efectivamente el viejo señaló a De León, que estudiaba el partido desde su arco, las manos en la cintura, todo un costado de la camiseta cubierto de tierra—. La continuidad de la nariz con la frente. La expansión pectoral. La curvatura de los muslos. La tensión en los dorsales —se quedó un

momento en silencio, como para que el Soda apreciara aquello que él le mostraba—. Bueno... Eso, eso es la escultura...

El Soda adelantó la mandíbula y osciló levemente la cabeza, aprobando dubitativo.

—Vea usted —el viejo señaló ahora hacia el arco contrario, al que estaba por llegar un córner— el relumbrón intenso de las camisetas nuestras, amarillo cadmio y una veladura naranja por el sudor. El contraste con el azul de Prusia de las camisetas rivales, el casi violeta cardenalicio que asume también ese azul por la transpiración, los vivos blancos como trazos alocados. Las manchas ágiles ocre, pardas y sepias y Siena de los mulos, vivaces, dignas de un Bacon. Entrecierre los ojos y aprécielo así... Bueno... Eso, eso es la pintura.

Aún estaba el Soda con los ojos entrecerrados cuando al viejo arreció.

—Observe, observe usted esa carrera intensa entre el delantero de ellos y el cuatro nuestro. El salto al unísono, el giro en el aire, la voltereta elástica, el braceo amplio en busca del equilibrio... Bueno... Eso, eso es la danza...

El Soda procuraba estimular sus sentidos, pero sólo veía que los rivales se venían con todo, porfiados, y que la pelota no se alejaba del área defendida por De León.

—Y escuche usted, escuche usted... —lo acicateó el viejo, curvando con una mano el pabellón de la misma oreja donde había tenido el auricular de la radio y entusiasmado tal vez al encontrar, por fin, un interlocutor válido—... la percusión grave de la pelota cuando bota contra el piso, el chasquido de la suela de los botines sobre el césped, el fuelle quedo de la respiración agitada, el coro desparejo de los gritos, las órdenes, los alertas, los insultos de los muchachos y el pitazo agudo del referí... Bueno... Eso, eso es la música...

El Soda aprobó con la cabeza. Los muchachos no iban a creerle cuando él les contara aquella charla insólita con el viejo, luego del partido, si es que les quedaba algo de ánimo, porque la derrota se cernía sobre ellos como un ave oscura e implacable.

—Y vea usted a ese delantero... —señaló ahora el viejo, casi metiéndose en la cancha, algo más alterado—... ese delantero de ellos que se revuelca por el suelo como si lo hubiese picado una tarántula, mesándose exageradamente los cabellos, distorsionando el rostro, bramando falsamente de dolor, reclamando histriónicamente justicia... Bueno... Eso, eso es el teatro.

El Soda se tomó la cabeza.

—¿Qué cobró? —balbuceó indignado.

—¿Cobró penal? —abrió los ojos el viejo, incrédulo. Dio un paso al frente, metiéndose apenas en la cancha—. ¿Qué cobrás? —gritó después, desaforado—. ¿Qué cobrás, referí y la reputísima madre que te parió?

El Soda lo miró atónito. Ante el grito del viejo parecía haberse olvidado repentinamente del penal injusto, de la derrota inminente y del mismo calor. El viejo estaba lívido mirando al área, pero enseguida se volvió hacia el Soda tratando de recomponerse, algo confuso, incómodo.

— ¿Y eso? —se atrevió a preguntarle el Soda, señalándolo.

—Y eso... —vaciló el viejo, tocándose levemente la gorra—...Eso es el fútbol.

13.3. PATZAE, Pedro. Aguafuertes provincianas: Tierra Nuestra. Buenos Aires, Argentina, Corregidor 2013 ISBN 978-950-05-2068-3. Los esclavos de la superstición 84-85 p.

Los esclavos de la superstición



A Celso Miño, el gran supersticioso

Los que viven con miedo a la muerte, viven muriendo por miedo a vivir del todo, quizás por eso conviene reflexionar que entre nuestros temores y nuestras libertades, anidan las supersticiones.

¿Cuántos que sintieron un escalofrío repentino concluyeron que acababan de pisar la que será su tumba? ¿Cuántos a los que le zumbaron los oídos creyeron que alguien estaba hablando mal de ellos? ¿Cuántos que al comenzar a bostezar sintieron que fueron "ojeados"?

La superstición ha sido definida como una deformación del sentimiento religioso sustentado en el temor y la ignorancia. Según Félix Coluccio, cuando el hombre no puede o no sabe satisfacer sus necesidades espirituales o materiales apela a seres o relaciones sin consistencia alguna, convoca a la superstición.

Hay hombres que sólo tienen fe en la superstición, hombres que creen que lo posible suele ser regido por lo extraordinario; ¿Cuántos condenados a siete años de mala suerte, por romper un espejo? ¿Cuántos que derramaron sal, y no tuvieron la prudencia de tirar un puñado sobre el hombro izquierdo? ¿Cuántos que abrieron paraguas dentro de sus casas? ¿Cuántos que pisaron las rayas de baldosas o del pavimento, sin recordar la célebre advertencia: "Quien pisa raya, pisa medalla/ del niño Jesús/ muerto en la cruz".

La mentalidad del hombre primitivo lo indujo a otorgar personalidad a elementos de la naturaleza y concebir otros seres sobrenaturales, unos y otros dotados de poderes extraordinarios. La superstición se hizo parte de la historia de la humanidad, la superstición se hizo huella del hombre. Así por culpa de las

supersticiones, muchos han dejado de ir a citas por no pasar por debajo de una escalera; otros han abandonado barcos por no zarpar un martes 13 y algunos han pintado de blanco sus gatos negros, y lo que es peor, muchos han dejado de pensar en la revolución, con tal que la mala suerte no se hiciera presente, aunque nadie sabe como les ha ido en la vida a éstos supersticiosos.

¿Cuántos tuvieron la imprudencia de levantarse con el pie izquierdo? ¿Cuántos pusieron el pan al revés, en la mesa? ¿Cuántos novios vieron a la novia antes de casarse? ¿Cuántos no se animaron a tocarle la joroba a un jorobado? ¿Cuántos se olvidaron de colgar una herradura detrás de la puerta? ¿Cuántas mujeres que no han lucido sus bombachas rosas en año nuevo? ¿Cuántos actores se han vestido con una prenda amarilla? ¿Cuántos no han tocado madera ante la mención de una posible desgracia? ¿Cuántos imprudentes se han quedado pelados por cortarse el pelo con la Luna menguante? ¿Cuántas se quedaron solteras porque alguna envidiosa les barrieron sobre sus pies?

El supersticioso reza, conjura, realiza hechizos, echa maldiciones, hace rituales, todo para intentar influir de manera trascendental en el destino de su vida.

¿Cuántas monedas se habrán tirado en las fuentes? ¿Cuántos dedos se habrán cruzado, cuántos tréboles de cuatro hojas se habrán buscado? ¿Cuántas patas de conejos habrán prevenido sufrimientos? ¿A cuántas estrellas fugaces se les habrá pedido un deseo? ¿Cuántas veces se habrá dicho: Maestro Osvaldo Pugliese, Maestro Osvaldo Pugliese, Maestro Osvaldo Pugliese?

¿Quién llevará la cuenta de la cantidad de deseos que se echan al cruzar un puente?

¿Cuántos fueron “mufados” por dejar sus sombreros sobre la cama? ¿Cuántos fueron desgraciados por no tirar sus zapatos viejos, luego de una boda? ¿Cuántas quedaron solteras por criar hortensias en sus casas?

Sin embargo, lo más importante:

¿Cuántos fueron esclavos de sus supersticiones? ¿Cuántos nunca pudieron gozar de su libertad por miedo a ellas?

Un hombre que quiera conquistar su destino, debe librarse de cualquier superstición.

13.4. GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel. Ladrón de sábado. Cuento. Texto completo. Ciudad Selva: hogar electrónico del escritor Luis López Nieves. En línea en: http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/esp/ggm/ladron_de_sabado.htm

Ladrón de sábado



Hugo, un ladrón que sólo roba los fines de semana, entra en una casa un sábado por la noche. Ana, la dueña, una treintañera guapa e insomne empedernida, lo descubre in fraganti. Amenazada con la pistola, la mujer le entrega todas las joyas y cosas de valor, y le pide que no se acerque a Pauli, su niña de tres años. Sin embargo, la niña lo ve, y él la conquista con algunos trucos de magia. Hugo piensa: «¿Por qué irse tan pronto, si se está tan bien aquí?» Podría quedarse todo el fin de semana y gozar plenamente la situación, pues el marido -lo sabe porque los ha espiado- no regresa de su viaje de negocios hasta el domingo en la noche. El ladrón no lo piensa mucho: se pone los pantalones del señor de la casa y le pide a Ana que cocine para él, que saque el vino de la cava y que ponga algo de música para cenar, porque sin música no puede vivir.

A Ana, preocupada por Pauli, mientras prepara la cena se le ocurre algo para sacar al tipo de su casa. Pero no puede hacer gran cosa porque Hugo cortó los cables del teléfono, la casa está muy alejada, es de noche y nadie va a llegar. Ana decide poner una pastilla para dormir en la copa de Hugo. Durante la cena, el ladrón, que entre semana es velador de un banco, descubre que Ana es la conductora de su programa favorito de radio, el programa de música popular que oye todas las noches, sin falta. Hugo es su gran admirador y, mientras escuchan al gran Benny cantando *Cómo fue* en un casete, hablan sobre música y músicos. Ana se arrepiente de dormirlo pues Hugo se comporta tranquilamente y no tiene intenciones de lastimarla ni violentarla, pero ya es tarde porque el somnífero ya está en la copa y el ladrón la bebe toda muy contento. Sin embargo, ha habido una equivocación, y quien ha tomado la copa con la pastilla es ella. Ana se queda dormida en un dos por tres.

A la mañana siguiente Ana despierta completamente vestida y muy bien tapada con una cobija, en su recámara. En el jardín, Hugo y Pauli juegan, ya que han terminado de hacer el desayuno. Ana se sorprende de lo bien que se llevan. Además, le encanta cómo cocina ese ladrón que, a fin de cuentas, es bastante atractivo. Ana empieza a sentir una extraña felicidad.

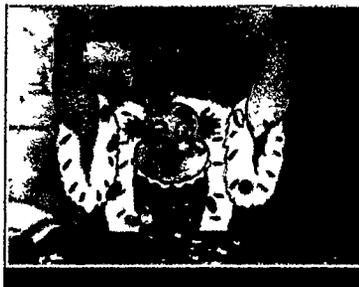
En esos momentos una amiga pasa para invitarla a comer. Hugo se pone nervioso pero Ana inventa que la niña está enferma y la despide de inmediato. Así los tres se quedan juntitos en casa a disfrutar del domingo. Hugo repara las ventanas y el teléfono que descompuso la noche anterior, mientras silba. Ana se entera de que él baila muy bien el danzón, baile que a ella le encanta pero que nunca puede practicar con nadie. Él le propone que bailen una pieza y se acoplan de tal manera que bailan hasta ya entrada la tarde. Pauli los observa, aplaude y, finalmente se queda dormida. Rendidos, terminan tirados en un sillón de la sala.

Para entonces ya se les fue el santo al cielo, pues es hora de que el marido regrese. Aunque Ana se resiste, Hugo le devuelve casi todo lo que había robado, le da algunos consejos para que no se metan en su casa los ladrones, y se despide de las dos mujeres con no poca tristeza. Ana lo mira alejarse. Hugo está por desaparecer y ella lo llama a voces. Cuando regresa le dice, mirándole muy fijo a los ojos, que el próximo fin de semana su esposo va a volver a salir de viaje. El ladrón de sábado se va feliz, bailando por las calles del barrio, mientras anochece.

FIN

13.5. Reflexiones - El Rey sin Dientes. Anécdota árabe. En línea En:
<http://www.renuevodeplenitud.com/reflexiones-el-rey-sin-dientes.html>

El Rey sin Dientes



Una sabia y conocida anécdota árabe dice que en una ocasión, un Sultán soñó que había perdido todos los dientes. Después de despertar, mandó a llamar a un adivino para que interpretase su sueño.

"¡Qué desgracia, mi Señor!" exclamó el adivino, "cada diente caído representa la pérdida de un pariente de vuestra Majestad".

"¡Qué insolencia!" gritó el Sultán enfurecido, "¿Cómo te atreves a decirme semejante cosa? ¡Fuera de aquí!" Llamó a su guardia y ordenó que le dieran cien latigazos.

Más tarde ordenó que le trajesen a otro adivino y le contó lo que había soñado. Éste, después de escuchar al Sultán con atención, le dijo: "¡Excelso Señor! Gran felicidad os ha sido reservada... ¡El sueño significa que sobreviviréis a todos vuestros parientes!"

Iluminóse el semblante del Sultán con una gran sonrisa y ordenó le dieran cien monedas de oro.

Cuando éste salía del palacio, uno de los cortesanos le dijo admirado: "No es posible! La interpretación que habéis hecho de los sueños es la misma que la del primer adivino. No entiendo porque al primero le pagó con cien latigazos y a ti con cien monedas de oro.

"Recuerda bien, amigo mío", respondió el segundo adivino, "que todo depende de la forma en el decir... uno de los grandes desafíos de la humanidad es aprender el arte de comunicarse".

De la comunicación depende, muchas veces, la felicidad o la desgracia, la paz o la guerra. Que la verdad debe ser dicha en cualquier situación, de esto no cabe duda, más la forma con que debe ser comunicada es lo que provoca, en algunos casos, grandes problemas.

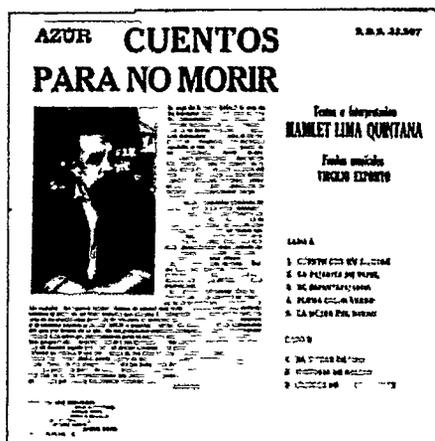
La verdad puede compararse con una piedra preciosa. Si la lanzamos contra el rostro de alguien, puede herir, pero si la envolvemos en un delicado embalaje y la ofrecemos con ternura, ciertamente será aceptada con agrado.

Que refrene su lengua de hablar el mal y sus labios de proferir engaños..

13.6. LIMA QUINTANA, Hamlet. Gente necesaria. En: AzulPoesia:
<http://azulpoesia.blogspot.com.ar/2006/10/gente.html>

Folklorista argentino, Movimiento Nuevo Cancionero, "La amanecida",
"Zamba para no morir", 1923-2002

Gente Necesaria



"Hay gente que con solo decir una palabra
enciende la ilusión y los rosales;
que con solo sonreír entre los ojos
nos invita a viajar por otras zonas,
nos hace recorrer toda la magia.

Hay gente que con solo dar la mano
rompe la soledad, pone la mesa,
sirve el puchero, coloca las guirnaldas,
que con solo empuñar una guitarra
hace una sinfonía de entrecasa.

Hay gente que con solo abrir la boca
llega a todos los límites del alma,
alimenta una flor, inventa sueños,
hace cantar el vino en las tinajas
y se queda después, como si nada.

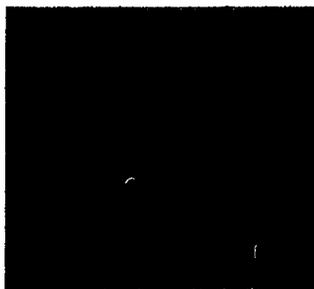
Y uno se va de novio con la vida

desterrando una muerte solitaria
pues sabe que a la vuelta de la esquina
hay gente que es así, tan necesaria.”

13.7. LIMA QUINTANA, Hamlet. La Breve Palabra. En:

<http://acuarela.wordpress.com/2013/09/14/la-breve-palabra-hamlet-lima-quintana/>

La Breve Palabra



A veces el silencio es la palabra justa,
la que enciende las luces, la que mejor se escucha,
la que place o se sufre cargada de milenios,
la que otorga hermosura,
la flor del pensamiento.

En ese momento de la clara armonía,
de la mejor tristeza, de la entera alegría.
Es el gran fundamento que ronda a la grandeza:
tu palabra y la mía
habitan el silencio.

Por eso la palabra
debe ser pronunciada
como una ceremonia
con aire de campanas,
una fiesta del alma,
farol del pensamiento,
porque fue generada
por el mejor silencio.

13.8. ANDERSEN, Hans Christian. El patito feo. Ciudad Selva: hogar electrónico del escritor Luís López Nieves. En: http://www.ciudadseva.com/textos/cuentos/euro/andersen/el_patito_feo.htm

El patito feo



Como cada verano, a la Señora Pata le dio por empollar y todas sus amigas del corral estaban deseosas de ver a sus patitos, que siempre eran los más guapos de todos.

Llegó el día en que los patitos comenzaron a abrir los huevos poco a poco y todos se congregaron ante el nido para verles por primera vez.

Uno a uno fueron saliendo hasta seis preciosos patitos, cada uno acompañado por los gritos de alborozo de la Señora Pata y de sus amigas. Tan contentas estaban que tardaron un poco en darse cuenta de que un huevo, el más grande de los siete, aún no se había abierto.

Todos concentraron su atención en el huevo que permanecía intacto, incluso los patitos recién nacidos, esperando ver algún signo de movimiento.

Al poco, el huevo comenzó a romperse y de él salió un sonriente pato, más grande que sus hermanos, pero ¡oh, sorpresa!, muchísimo más feo y desgarrado que los otros seis...

La Señora Pata se moría de vergüenza por haber tenido un patito tan feísimo y le apartó con el ala mientras prestaba atención a los otros seis.

El patito se quedó tristísimo porque se empezó a dar cuenta de que allí no le querían...

Pasaron los días y su aspecto no mejoraba, al contrario, empeoraba, pues crecía muy rápido y era flacucho y desgarrado, además de bastante torpe el pobrecito.

Sus hermanos le jugaban pesadas bromas y se reían constantemente de él llamándole feo y torpe.

El patito decidió que debía buscar un lugar donde pudiese encontrar amigos que de verdad le quisieran a pesar de su desastroso aspecto y una mañana muy temprano, antes de que se levantase el granjero, huyó por un agujero del cercado.

Así llegó a otra granja, donde una vieja le recogió y el patito feo creyó que había encontrado un sitio donde por fin le querrían y cuidarían, pero se equivocó también,

porque la vieja era mala y sólo quería que el pobre patito le sirviera de primer plato. También se fue de aquí corriendo.

Llegó el invierno y el patito feo casi se muere de hambre pues tuvo que buscar comida entre el hielo y la nieve y tuvo que huir de cazadores que pretendían dispararle.

Al fin llegó la primavera y el patito pasó por un estanque donde encontró las aves más bellas que jamás había visto hasta entonces. Eran elegantes, gráciles y se movían con tanta distinción que se sintió totalmente acomplejado porque él era muy torpe. De todas formas, como no tenía nada que perder se acercó a ellas y les preguntó si podía bañarse también.

Los cisnes, pues eran cisnes las aves que el patito vio en el estanque, le respondieron:

- ¡Claro que sí, eres uno de los nuestros!

A lo que el patito respondió:

-¡No os burléis de mí!. Ya sé que soy feo y desgarrado, pero no deberíais reír por eso...

- Mira tu reflejo en el estanque -le dijeron ellos- y verás cómo no te mentimos.

El patito se introdujo incrédulo en el agua transparente y lo que vio le dejó maravillado. ¡Durante el largo invierno se había transformado en un precioso cisne!. Aquel patito feo y desgarrado era ahora el cisne más blanco y elegante de todos cuantos había en el estanque.

Así fue como el patito feo se unió a los suyos y vivió feliz para siempre.

13.9. BUCAY, Jorge. Recuentos para Demián. Las ranitas en la crema. En: <http://cuentosqueyocuento.blogspot.com.ar/2007/06/las-ranitas-en-la-crema.html>

Las ranitas en la crema



Yo estaba en época de exámenes. Había rendido dos finales y un parcial. Tenía fecha para mi siguiente examen en una semana y la materia era muy larga.

—No voy a llegar —le dije a Jorge—. Es inútil seguir poniendo energía en una causa perdida. Creo que lo mejor es presentarme con lo que sé hasta ahora; así, por lo menos si me bochan no habré desperdiciado esta semana estudiando.

—¿Conoces el cuento de las dos ranitas? —preguntó el gordo.

Había una vez dos ranas que cayeron en un recipiente de crema.

Inmediatamente sintieron que se hundían; era imposible nadar o flotar mucho tiempo en esa masa espesa como arenas movedizas. Al principio, las dos patalearon en la crema para llegar al borde del recipiente pero era inútil, sólo conseguían chapotear en el mismo lugar y hundirse. Sintieron que cada vez era más difícil salir a la superficie a respirar.

Una de ellas dijo en voz alta:

—No puedo más. Es imposible salir de aquí, esta materia no es para nadar. Ya que voy a morir, no veo para qué prolongar este dolor. No entiendo qué sentido tiene morir agotada por un esfuerzo estéril.

Y dicho esto, dejó de patalear y se hundió con rapidez siendo literalmente tragada por el espeso líquido blanco.

La otra rana, más persistente o quizás más tozuda, se dijo:

—¡No hay caso! Nada se puede hacer para avanzar en esta cosa. Sin embargo ya que la muerte me llega, prefiero luchar hasta mi último aliento. No quisiera morir un segundo antes de que llegue mi hora.

Y siguió pataleando y chapoteando siempre en el mismo lugar, sin avanzar un centímetro. ¡Horas y horas!. Y de pronto... de tanto patalear y agitar, agitar y patalear... La crema, se transformó en manteca.

La rana sorprendida dio un salto y patinando llegó hasta el borde del pote.
Desde allí, sólo le quedaba ir croando alegremente de regreso a casa.

BUCAY, Jorge. Hay que buscar un amante! En:
<http://www.leonismoargentino.com.ar/RefBuscarAmante.htm>

Hay que buscar un amante!



Muchas personas tienen un amante y otras quisieran tenerlo. Y también están las que no lo tienen, o las que lo tenían y lo perdieron. Y son generalmente estas dos últimas, las que vienen a mi consultorio para decirme que están tristes o que tienen distintos síntomas como insomnio, falta de voluntad, pesimismo, crisis de llanto o los más diversos dolores. Me cuentan que sus vidas transcurren de manera monótona y sin expectativas, que trabajan nada más que para subsistir y que no saben en qué ocupar su tiempo libre. En fin, palabras más, palabras menos, están verdaderamente desesperanzadas. Antes de contarme esto ya habían visitado otros consultorios en los que recibieron la condolencia de un diagnóstico seguro: "Depresión" y la infaltable receta del antidepresivo de turno. Entonces, después de que las escucho atentamente, les digo que no necesitan un antidepresivo; que lo que realmente necesitan, ES UN AMANTE. Es increíble ver la expresión de sus ojos cuando reciben mi veredicto. Están las que piensan: ¡Cómo es posible que un profesional se despache alegremente con una sugerencia tan poco científica!. Y también están las que escandalizadas se despiden y no vuelven nunca más. A las que deciden quedarse y no salen espantadas por el consejo, les doy la siguiente definición: Amante es: "Lo que nos apasiona". Lo que ocupa nuestro pensamiento antes de quedarnos dormidos y es también quien a veces, no nos deja dormir. Nuestro amante es lo que nos vuelve distraídos frente al entorno. Lo que nos deja saber que la vida tiene motivación y sentido. A veces a nuestro amante lo encontramos en nuestra pareja, en otros casos en alguien que no es nuestra pareja. También solemos hallarlo en la investigación científica, en la literatura, en la música, en la política, en el deporte, en el trabajo cuando es vocacional, en la necesidad de trascender espiritualmente, en la amistad, en la buena mesa, en el estudio, o en el obsesivo placer de un hobby... En fin, es "alguien" o "algo" que nos pone de "novio con la vida" y nos aparta del triste destino de durar. Y que es durar? - Durar es tener miedo a vivir. Es dedicarse a espiar como viven los demás, es tomarse la presión, deambular por consultorios médicos, tomar remedios multicolores,

alejarse de las gratificaciones, observar con decepción cada nueva arruga que nos devuelve el espejo, cuidarnos del frío, del calor, de la humedad, del sol y de la lluvia. Durar es postergar la posibilidad de disfrutar hoy, esgrimiendo el incierto y frágil razonamiento de que quizás podamos hacerlo mañana. Por favor no te empeñes en durar, búscate un amante, se vos también un amante y un protagonista... de la vida Pensá que lo trágico no es morir, al fin y al cabo la muerte tiene buena memoria y nunca se olvidó de nadie. Lo trágico, es no animarse a vivir; mientras tanto y sin dudar, búscate un amante... La psicología después de estudiar mucho sobre el tema descubrió algo trascendental: "Para estar contento, activo y sentirse feliz, hay que estar de novio con la vida".

13.10. Autor anónimo. La liebre y el tigre

En: <http://www.aciprensa.com/Historias/historia.php?id=103>

La liebre y el tigre



Un joven se hallaba sentado a la vera del camino sintiéndose amargado y frustrado pues no entendía el comportamiento tan egoísta e individual de las personas.

Un día hallándose en medio del bosque, vio sorprendido que una pequeña liebre le llevaba comida a un enorme tigre malherido, el cual no podía valerse por sí mismo.

Le impresionó tanto al ver este hecho, que regresó al siguiente día para ver si el comportamiento de la liebre era casual o habitual. Con enorme sorpresa pudo comprobar que la escena se repetía: la liebre dejaba un buen trozo de carne cerca del tigre.

Pasaron los días y la escena se repitió de un modo idéntico, hasta que el tigre recuperó las fuerzas y pudo buscar la comida por su propia cuenta. Pensó en el miedo que tuvo que vencer el pequeño animal y también en el esfuerzo de cada día para acarrear el enorme peso que tenía la comida del felino.

Admirado por la solidaridad y cooperación entre los animales, se dijo:
"No todo está perdido. Si los animales, que son inferiores a nosotros, son capaces de ayudarse de este modo, mucho más lo haremos las personas".

Y decidió hacer la experiencia: Se tiró al suelo, simulando que estaba herido, y se puso a esperar que pasara alguien y le ayudara. Pasaron las horas, llegó la noche y nadie se acercó en su ayuda. Estuvo así durante todo el otro día, y ya se iba a levantar, mucho más decepcionado que cuando comenzamos a leer esta historia, con la convicción de que la humanidad no tenía el menor remedio, sintió dentro de sí todo el desespero del hambriento, la soledad del enfermo, la tristeza del abandono, su corazón estaba devastado, y casi no sentía deseo de levantarse. Entonces allí, en ese instante, lo oyó...

... una hermosa voz, muy dentro de él le dijo:

“Si quieres encontrar a tus semejantes, si quieres sentir que todo ha valido la pena, si quieres seguir creyendo en la humanidad y encontrarte con tus hermanos, deja de hacer de tigre y simplemente se la liebre”.

13.11. Autor anónimo. El billete de cien pesos

<https://www.facebook.com/charilua/posts/531540573566827>

El billete de cien pesos



Un profesor enseña un billete de \$100 a sus alumnos y les dice: "¿A quién le gustaría tener este billete?" todos los alumnos levantan la Mano. Él arruga el billete y les pregunta de nuevo: "Ahora, ¿quién lo quiere?" Las manos suben de nuevo. Él lanza el billete arrugado en el suelo, lo pisa y vuelve a preguntar: "¿Aún lo quieren?" Los alumnos responden que sí y levantan la mano. Entonces los miró y les dijo: "Amigos míos, ustedes han aprendido una lección muy importante el día de hoy: Aunque he arrugado el billete, lo he tirado y lo he pisoteado ustedes quieren todavía el billete, porque su valor no ha cambiado, sigue con un valor de \$100. Muchas veces en la vida, te ofenden, personas te rechazan y los acontecimientos te sacuden. Sientes que ya no vales nada, pero TU VALOR no cambiará NUNCA para la gente que realmente te quiere. Incluso en los días en que estés en tu peor momento, TU VALOR SIGUE SIENDO LO MISMO". Los alumnos aplaudieron emocionados... No dudes nunca de tu valor... Siempre valdrás mucho para las personas que te quieren. NUNCA pero NUNCA valdrás menos, aunque así lo sientas.

13.12. VARGAS LLOSA, Mario. Día domingo. Cuento. En:

http://www.roland557.com/ficcion/dia_domingo.htm

Día Domingo: cuento ejemplar donde se pone a prueba la verdadera amistad, uno de los más emocionantes cuentos de la literatura peruana. Ejemplo de conflicto sin odio



Contuvo un instante la respiración, clavó las uñas en la palma de sus manos y dijo muy rápido: "Estoy enamorado de ti". Vio que ella enrojecía bruscamente, como si alguien hubiera golpeado sus mejillas, que eran de una palidez resplandeciente y muy suaves. Aterrado, sintió que la confusión ascendía por él y petrificaba su lengua. Deseó salir corriendo, acabar: en la taciturna mañana de invierno había surgido ese desaliento íntimo que lo abatían siempre en los momentos decisivos. Unos minutos antes, entre la multitud animada y sonriente que circulaba por el Parque Central de Miraflores, Miguel se repetía aún: "Ahora. Al llegar a la Avenida Pardo. Me atreveré. ¡Ah, Rubén, si supieras como te odio!". Y antes todavía, en la iglesia, mientras buscaba a Flora con los ojos, la divisaba al pie de una columna y, abriéndose paso con los codos sin pedir permiso a las señoras que empujaba, conseguía acercársele y saludarla en voz baja, volvía a decidirme, tercamente, como esa madrugada, tendido en su lecho, vigilando la aparición de la luz: " No hay más remedio. Tengo que hacerlo hoy día. En la mañana. Ya me las pagarás, Rubén". Y la noche anterior había llorado, por primera vez en muchos años, al saber que se preparaba esa innoble emboscada. La gente seguía en el Parque y la Avenida Pardo desierta; caminaban por la alameda, bajo los ficus de cabelleras altas y tupidas. "Tengo que apurarme, pensaba Miguel, si no me friego". Miró de soslayo alrededor: no había nadie, podía intentarlo. Lentamente fue estirando su mano izquierda hasta tocar la de ella: el contacto le reveló que transpiraba. Imploró que ocurriera un milagro, que cesara aquella humillación. "Qué le digo, pensaba, qué le digo". Ella acababa de retirar su mano y él se sentía desamparado y ridículo. Todas las frases radiantes, preparadas febrilmente la víspera, se habían disuelto como globos de espuma.

-Flora -balbuceó-, he esperado mucho tiempo este momento. Desde que te conozco

sólo pienso en ti. Estoy enamorado por primera vez, créeme, nunca había conocido una muchacha como tú.

Otra vez una compacta mancha blanca en su cerebro, el vacío. Ya no podía aumentar la presión: la piel cedía como jebe y las uñas alcanzaban el hueso. Sin embargo, siguió hablando, dificultosamente, con grandes intervalos, venciendo el bochornoso tartamudeo, tratando de describir una pasión irreflexiva y total, hasta descubrir, con alivio, que llegaban al primer óvalo de la Avenida Pardo, y entonces calló. Entre el segundo y tercer ficus, pasando el óvalo, vivía Flora. Se detuvieron, se miraron: Flora estaba aún encendida y la turbación había colmado sus ojos de un brillo húmedo. Desolado, Miguel se dijo que nunca le había parecido tan hermosa: una cinta azul recogía sus cabellos y él podía ver el nacimiento de su cuello, y sus orejas, dos signos de interrogación, pequeñitos y perfectos.

-Mira Miguel -dijo Flora; su voz era suave,, llena de música, segura-. No puedo contestarte ahora. Pero mi mamá no quiere que ande con chicos hasta que termine el colegio.

-Todas las mamás dicen lo mismo, Flora -insistió Miguel- ¿Cómo iba a saber ella? Nos veremos cuando tú digas, aunque sea sólo los domingos.

-Ya te contestaré, primero tengo que pensarlo -dijo Flora, bajando los ojos. Y después de unos segundos, añadió: -Perdona, pero ahora tengo que irme, se hace tarde. Miguel sintió una profunda lasitud, algo que se expandía por todo su cuerpo y lo ablandaba.

-¿No estás enojada conmigo, Flora, no? -dijo humildemente.

-No seas sonso -replicó ella, con vivacidad-. No estoy enojada.

-Esperaré todo lo que quieras -dijo Miguel.. Pero nos seguiremos viendo, ¿no? ¿Iremos al cine esta tarde, no?

-Esta tarde no puedo -dijo ella, dulcemente -. Me ha invitado a su casa Martha.

Una correntada cálida y violenta, lo invadió y se sintió herido, atontado, ante esa respuesta que esperaba y ahora parecía una crueldad. Era cierto lo que el Melanés había murmurado, torvamente, a su oído, el sábado en la tarde. Martha los dejaría solos, era la táctica habitual. Después, Rubén relataría a los pajarracos cómo él y su hermana habían planeado las circunstancias, el sitio y la hora. Martha habría reclamado, en pago de servicios, el derecho a espiar detrás de la cortina. La cólera empapó sus manos de golpe.

-No seas así, Flora. Vamos a la matinée como quedamos. No te hablaré de esto. Te

prometo.

-No puedo, de veras -dijo Flora-. Tengo que ir donde Martha. Vino ayer a mi casa para invitarme. Pero después iré con ella al Parque Salazar.

Ni siquiera en esas últimas palabras una esperanza. Un rato después contemplaba el lugar donde había desaparecido la frágil figurita celeste, bajo el arco majestuoso de los ficus de la avenida. Era simple competir con un simple adversario, pero no con Rubén. Recordó los nombres de las muchachas invitadas por Martha, una tarde de domingo. Ya no podía hacer nada, estaba derrotado.

Una vez más surgió entonces esa imagen que lo salvaba siempre que sufría una frustración: desde un lejano fondo de nubes infladas de humo negro se aproximaba él, al frente de una compañía de cadetes de la Escuela Naval, a una tribuna levantada en el Parque; personajes vestidos de etiqueta, el sombrero de copa en la mano y señoras de joyas relampagueantes lo aplaudían. Aglomerada en las veredas, una multitud en la que sobresalían los rostros de sus amigos y enemigos, lo observaba maravillada murmurando su nombre. Vestido de paño azul, una amplia capa flotando a sus espaldas, Miguel desfilaba delante, mirando al horizonte. Levantada la espada, su cabeza describía media esfera en el aire: allí, en el corazón de la tribuna estaba Flora, sonriendo. En una esquina, haraposo, avergonzado, descubría a Rubén: se limitaba a echarle una brevísima ojeada despectiva. Seguía marchando, desaparecía entre vítores.

Como el vaho de un espejo que se frota, la imagen desapareció. Estaba en la puerta de su casa, odiaba a todo el mundo, se odiaba. Entró y subió directamente a su cuarto. Se echó de bruces en la cama: y luego Rubén, con su mandíbula insolente, y su sonrisa hostil: estaban uno al lado del otro, se acercaban, los ojos de Rubén se torcían para mirarlo burlescamente, mientras su boca avanzaba hacia Flora. Saltó de la cama. El espejo del armario le mostró un rostro ojeroso, lívido. "No la veré; decidí. No me hará esto, no permitiré que me haga esa perrada".

La Avenida pardo continuaba solitaria. Acelerando el paso sin cesar, caminó hasta el cruce de la Avenida Grau; allí vaciló. Sintió frío: había olvidado el saco en su cuarto y la sola camisa no bastaba para protegerlo del viento que venía del mar y se enredaba en el denso ramaje de los ficus con un suave murmullo. La temida imagen de Flora y Rubén juntos, le dio valor, y siguió andando. Desde la puerta del bar vecino al cine

Montecarlo, los vio en la mesa de costumbre, dueños del ángulo que formaban las paredes del fondo y de la izquierda. Francisco, el Melanés, Tobías, el Escolar lo descubrían y, después de un instante de sorpresa, se volvían hacia Rubén, los rostros maliciosos, excitados. Recuperó el aplomo de inmediato: frente a los hombres sí sabía comportarse.

-Hola -les dijo acercándose-. ¿Qué hay de nuevo?

-Siéntate -le alcanzó una silla el Escolar--. ¿Qué milagro te ha traído por aquí?

-Hace siglos que no venías -dijo Francisco..

-Me provocó verlos -dijo Miguel, cordialmente-. Ya sabía que estaba aquí. ¿De qué se asombran? ¿O ya no soy un pajarraco?

Tomó asiento entre el Melanés y Tobías. Rubén estaba al frente.

-¡Cuncho! -gritó el Escolar-. Trae un vaso. Que no esté muy mugriento.

Cuncho trajo el vaso y el Escolar lo llenó de cerveza. Miguel dijo "por los pajarracos" y bebió.

-Por poco te tomas el vaso también -dijo Francisco-. ¡Qué ímpetus!

-Apuesto a que fuiste a misa de una -dijo el Melanés, un párpado plegado por la satisfacción, como siempre que iniciaba algún enredo- ¿O no?

-Fui -dijo Miguel imperturbable-. Pero sólo para ver a una hembrita, nada más.

Miró a Rubén con ojos desafiantes, pero él no se dio por aludido; jugueteaba con los dedos sobre la mesa y, bajito, la punta de la lengua entre los dientes, silbaba LA NIÑA POPOF, de Pérez Prado.

-¡Buena! -aplaudió el Melanés-. Buena, don Juan. Cuéntanos, ¿a qué hembrita?

-Eso es un secreto.

-Entre pajarracos no hay secretos -recordó Tobías-. ¿Ya te has olvidado? Anda, ¿quién era?

Qué importa -dijo Miguel.

-Muchísimo -dijo Tobías. Tengo que saber con quién andas para saber quién eres.

-Toma mientras -dijo el Melanés a Miguel-... Una a cero.

-¿A que adivino quién es? -dijo Francisco---. ¿Ustedes no?

-Yo ya sé -dijo Tobías.

-Y yo -dijo el Melanés. Se volvió a Rubén con ojos y voz muy inocentes- Y tú, cuñado, ¿adivinas quién es?

-No -dijo Rubén, con frialdad-. Y tampoco me importa.

-Tengo llamitas en el estómago -dijo el Escolar-. ¿Nadie va a pedir una cerveza?

El Melanés se pasó un patético por la garganta:

-Y have not money, darling -dijo.

-Pago una botella -anunció Tobías, con ademán solemne-. A ver quién me sigue, hay que apagarle las llamitas a este baboso.

-Cuncho, bájate media docena de Cristal -dijo Miguel.

Hubo gritos de júbilo, exclamaciones.

Eres un verdadero pajarraco -afirmó Francisco.

-Sucio, pulgüento -agregó el Melanés-, sí señor, un pajarraco de la pitri-mitri.

Cuncho trajo las cervezas. Bebieron. Escucharon al Melanés referir historias sexuales, crudas, extravagantes y afiebradas y se entabló entre Tobías y Francisco una recia polémica sobre fútbol. El Escolar contó una anécdota. Venía de Lima a Miraflores en un colectivo; los demás pasajeros bajaron en la Avenida Arequipa. A la altura de Javier Prado subió el cachalote Tomaso, ese albino de dos metros que sigue en primaria, vive por la Quebrada, ¿ya captan?; simulando gran interés por el automóvil comenzó a hacer preguntas al chofer, inclinado hacia el asiento de adelante, mientras rasgaba con una navaja, suavemente, el tapiz del espaldar.

-Lo hacía porque yo estaba ahí afirmó el Escolar-. Quería lucirse.

-Es un retrasado mental -dijo Francisco-. Esas cosas se hacen a los diez años. A su edad no tiene gracia.

-Tiene gracia lo que pasó después -rió el Escolar-. Oiga chofer, ¿no ve que este cachalote está destrozando su carro?

-¿Qué? -dijo el chofer, frenando en seco. Las orejas encarnadas, los ojos espantados, el cachalote Tomaso forcejeaba con la puerta.

-Con su navaja -dijo el Escolar-. Fíjese como le ha dejado el asiento.

El cachalote logró salir por fin. Echó a correr por la Avenida Arequipa; el chofer iba tras él, gritando: "Agarren a ese desgraciado".

-¿Lo agarró? -preguntó el Melanés.

-No sé. Yo desaparecí. Y me robé la llave del motor, de recuerdo. Aquí la tengo.

Sacó de su bolsillo una pequeña llave plateada y la arrojó sobre la mesa. Las botellas estaban vacías. Rubén miró su reloj y se puso de pie.

-Me voy -dijo-. Ya nos vemos.

-No te vayas -dijo Miguel-. Estoy rico, hoy día. Los invito a almorzar a todos.

Un remolino de palmadas cayó sobre él, los pajarracos le agradecieron con estruendo, lo alabaron.

-No puedo -dijo Rubén-. Tengo que hacer.

-Anda vete no más, buen mozo -dijo Tobías---. y salúdame a Marthita.

-Pensaremos mucho en tí, cuñado -dijo el Melanés.

-No -exclamó Miguel. Invito a todos o a ninguno. Si se va Rubén, nada.

-Ya has oído, pajarraco Rubén -dijo Francisco-, tienes que quedarte.

-Tienes que quedarte -dijo el Melanés-, no hay tutías.

-Me voy -dijo Rubén.

-Lo que pasa es que está borracho -dijo Miguel-. Te vas porque tienes miedo de quedar en ridículo delante de nosotros, eso es lo que pasa.

-¿Cuántas veces te he llevado a tu casa boqueando? -dijo Rubén- ¿Cuántas te he ayudado a subir la reja para que no te pesque tu papá? Resisto diez veces más que tú.

-Resistías -dijo Miguel-. Ahora está difícil. ¿Quieres ver?

-Con mucho gusto -dijo Rubén- ¿Nos vemos a la noche, aquí mismo?

-No. En este momento -Miguel se volvió hacia los demás, abriendo los brazos: - Pajarracos, estoy haciendo un desafío.

Dichoso, comprobó que la antigua fórmula conservaba intacto su poder. En medio de la ruidosa alegría que había provocado, vio a Rubén, sentarse, pálido.

-¡Cuncho! -gritó Tobías-. El menú. Y dos piscinas de cerveza. Un pajarraco acaba de lanzar un desafío.

Pidieron bistecs a la chorrillana y una docena de cerveza. Tobías dispuso tres botellas para cada uno de los competidores y las demás para el resto. Comieron hablando apenas. Miguel bebía después de cada bocado y procuraba mostrar animación, pero el temor de no resistir lo suficiente crecía a medida que la cerveza depositaba en su garganta un sabor ácido. Cuando alcanzaron las seis botellas, hacía rato que Cuncho había retirado los platos.

-Ordena tú -dijo Miguel a Rubén.

Otras tres por cabeza.

Después del primer vaso de la nueva tanda, Miguel sintió que los oídos le zumbaban; su cabeza era una lentísima ruleta, todo se movía.

-Me hago pis -dijo-. Voy al baño.

Los pajarracos rieron.

-¿Te rindes? -preguntó Rubén.

-Voy a hacer pis -gritó Miguel-. Si quieres que traigan más.

En el baño, vomitó. Luego se lavó la cara, detenidamente, procurando borrar toda señal reveladora. Su reloj marcaba las cuatro y media. Pese al denso malestar, se sintió feliz. Rubén ya no podía hacer nada. Regresó donde ellos.

-Salud -dijo Rubén, levantando el vaso.

> "Está furioso, pensó Miguel. Pero ya lo fregué".

-Huele a cadáver -dijo el Melanés-. Alguien se nos muere por aquí.

-Estoy nuevecito -aseguró Miguel, tratando de dominar el asco y el mareo.

-Salud -repetía Rubén.

Cuando hubieron terminado la última cerveza, su estómago parecía de plomo, las voces de los otros llegaban a sus oídos como una confusa mezcla de ruidos. Una mano apareció de pronto bajo sus ojos, era blanca y de largos dedos, lo cogía del mentón, lo obligaba a alzar la cabeza: la cara de Rubén había crecido. Estaba chistoso, tan despeinado y colérico.

-¿Te rindes, mocoso?

Miguel se incorporó de golpe y empujó a Rubén, pero antes que el simulacro prosperara, intervino el Escolar.

-Los pajarracos no pelean nunca -dijo obligándolos a sentarse-. Los dos están borrachos. Se acabó. Votación.

El Melanés, Francisco y Tobías accedieron a otorgar el empate, de mala gana.

-Yo ya había ganado -dijo Rubén-. Este no puede ni hablar. Mírenlo.

Efectivamente, los ojos de Miguel estaban vidriosos, tenía la boca abierta y de su lengua chorreaba un hilo de saliva.

-Cállate -dijo el Escolar-. Tú no eres un campeón, que digamos, tomando cerveza.

-No eres un campeón tomando cerveza -subrayó el Melanés-. Sólo eres un campeón de natación, el trompe de las piscinas.

-Mejor tú no hables -dijo Rubén-; ¿no ves que la envidia te corroe?

-Viva la Esther Williams de Miraflores -dijo el Melanés.

-Tremendo vejete y ni siquiera sabes nadar -dijo Rubén-. ¿No quieres que te de unas clases?

-Ya sabemos, maravilla -dijo el Escolar-. Has ganado un campeonato de natación. Y todas las chicas se mueren por ti. Eres un campeoncito.

-Este no es campeón de nada -dijo Miguel con dificultad. Es pura pose.

-Te estás muriendo -dijo Rubén-. ¿Te llevo a tu casa, niñita?

-No estoy borracho -aseguró Miguel-. Y tú eres pura pose.

-Estás picado porque le voy a caer a Flora -dijo Rubén-. Te mueres de celos. ¿Crees que no capto las cosas?

-Pura pose -dijo Miguel-. Ganaste porque tu padre es Presidente de la Federación, todo el mundo sabe que hizo trampa, sólo por eso ganaste.

-Por lo menos nado mejor que tú -dijo Rubén-, que ni siquiera sabes correr olas.

-Tú no nadas mejor que nadie -dijo Miguel---. Cualquiera te deja botado.

-Cualquiera -dijo el Melanés-. Hasta Miguel que es una madre.

-Permítanme que me sonría -dijo Rubén.

-Te permitimos -dijo Tobías-. No faltaba más.

-Se me sobran porque estamos en invierno ---dijo Rubén-. Si no, los desafiaba a ir a la playa, a ver si en el agua también son tan sobrados.

-Ganaste el campeonato por tu padre -dijo Miguel-. Eres pura pose. Cuando quieras nadar conmigo, me avisas no más, con toda confianza. En la playa, en el Terrazas, donde quieras.

-En la playa -dijo Rubén-. Ahora mismo. -Eres pura pose -dijo Miguel.

El rostro de Rubén se iluminó de pronto y sus ojos, además de rencorosos, se volvieron arrogantes.

-Te apuesto a ver quién llega primero a la reventazón -dijo.

-Pura pose -dijo Miguel.

-Si ganas -dijo Rubén, te prometo que no le caigo a Flora. Y si yo gano, tú te vas con la música a otra parte.

-¿Qué te has creído? -balbuceó Miguel-. Maldita sea, ¿qué es lo que te has creído?

-Pajarracos -dijo Rubén, abriendo los brazos-, estoy haciendo un desafío.

-Miguel no está en forma ahora -dijo el Escolar-. ¿Por qué no se juegan a Flora a cara o sello?

-Y tú por qué te metes -dijo Miguel-. Acepto. Vamos a la playa.

-Están locos -dijo Francisco-. Yo no bajo a la playa con este frío. Hagan otra apuesta.

-He aceptado -dijo Rubén-. Vamos.

-Cuando un pajarraco hace un desafío, todos se meten la lengua al bolsillo -dijo Melanés-. Vamos a la playa. Y si no se atreven a entrar al agua, los tiramos nosotros.

-Los dos están borrachos -insistió el Escolar-. El desafío no vale.

-Cállate, Escolar -rugió Miguel-. Ya estoy grande, no necesito que me cuides.

-Bueno -dijo el Escolar, encogiendo los hombros-. Friégate, no más.

Salieron. Afuera los esperaba una atmósfera quieta, gris. Miguel respiró hondo; se sintió mejor. Caminaban adelante Francisco, el Melanés y Rubén. Atrás, Miguel y el Escolar. En la Avenida Grau había transeúntes; la mayoría sirvientas de trajes chillones, en su día de salida. Hombres cenicientos, de gruesos cabellos lacios, merodeaban a su alrededor y las miraban con codicia; ellas reían mostrando sus dientes de oro. Los pajarracos no les prestaban atención. Avanzaban a grandes

trancos y la excitación los iba ganando, poco a poco.

-¿Ya te pasó? -dijo el Escolar.

-Sí -respondió Miguel-. El aire me ha hecho bien.

En la esquina de la Avenida Pardo, doblaron. Marchaban desplegados como una escuadra, en una misma línea, bajo los ficus de la alameda, sobre las losetas hinchadas a trechos por las enormes raíces de los árboles que irrumpían a veces en la superficie como garfios. Al bajar por la Diagonal, cruzaron a dos muchachas. Rubén se inclinó, ceremonioso.

-Hola, Rubén -cantaron ellas, a dúo.

Tobías las imitó, aflautando la voz:

-Hola, Rubén, príncipe.

La Avenida Diagonal desemboca en una pequeña quebrada que se bifurca: por un lado, serpentea el Malecón, asfaltado y lustroso; por el otro, hay una pendiente que contornea el cerro y llega hasta el mar. Se llama "la bajada a los baños", su empedrado es parejo y brilla por el repaso de las llantas de los automóviles y los pies de los bañistas de muchísimos veranos.

-Entremos en calor, campeones -gritó el Melanés, echándose a correr. Los demás lo imitaron.

Corrían contra el viento y la delgada bruma que subía desde la playa, sumidos en un emocionante torbellino; por sus oídos su boca y sus narices penetraba el aire a sus pulmones y una sensación de alivio y desintoxicación se expandía por su cuerpo a medida que el declive se acentuaba y en un momento sus pies no obedecían ya sino a una fuerza misteriosa que provenía de lo más profundo de la tierra. Los brazos como hélices, en sus lenguas un aliento salado, los pajarracos descendieron la bajada a toda carrera, hasta la plataforma circular, suspendida sobre el edificio de las casetas.

El mar se desvanecía a unos cincuenta metros de la orilla, en una espesa nube que parecía próxima a arremeter contra los acantilados, altas moles oscuras plantadas a lo largo de toda la bahía.

-Regresemos -dijo Francisco-. Tengo frío...

Al borde de la plataforma hay un cerco manchado a pedazos por el musgo. Una abertura señala el comienzo de la escalerilla, casi vertical, que baja hasta la playa.

Los pajarracos contemplaban desde allí, a sus pies, una breve cinta de agua libre, y la

superficie inusitada, gaseosa, donde la neblina se confundía con la espuma de las olas.

-Me voy si éste se rinde -dijo Rubén.

-¿Quién habla de rendirse? -repuso Miguel---. ¿Pero qué te has creído?

Rubén bajó la escalerilla de tres en tres escalones, a la vez que desabotonaba la camisa.

-¡Rubén! -gritó el Escolar- ¿Estás loco? ¡¡Regresa!

Pero Miguel y los otros también bajaban y el Escolar los siguió.

En el verano, desde la baranda del largo y angosto edificio recostado contra el cerro, donde se hallan los cuartos de los bañistas, hasta el límite curvo del mar, había un declive de piedras plomizas donde la gente se asoleaba. La pequeña playa hervía de animación desde la mañana hasta el crepúsculo. Ahora el agua ocupaba el declive y no había sombrillas de colores vivísimos, ni muchachas elásticas de cuerpos tostados, no resonaban los gritos melodramáticos de los niños y de las mujeres cuando una ola conseguía salpicarlos, antes de regresar arrastrando rumorosas piedras y guijarros, no se veía ni un hilo de playa pues la corriente inundaba hasta el espacio limitado por las sombrías columnas que mantienen el edificio en vilo y, en el momento de la resaca, apenas se descubrían los escalones de madera y los soportes de cemento, decorados por estalactitas y algas.

-La reventazón no se ve -dijo Rubén-. ¿Cómo hacemos?

Estaban en la galería de la izquierda, en el sector correspondiente a las mujeres; tenían los rostros serios.

-Esperen hasta mañana -dijo el Escolar-. Al medio día estará despejado. Así podremos controlarlos.

-Ya que hemos venido hasta aquí, que sea ahora -dijo el Melanés-. Pueden controlarse ellos mismos.

-Me parece bien -dijo Rubén-. ¿Y a ti?

-También -dijo Miguel.

Cuando estuvieron desnudos, Tobías bromeó acerca de las venas azules que escalaban el vientre liso de Miguel. Descendieron. La madera de los escalones, lamida incesantemente por el agua desde hacía meses, estaba resbaladiza y muy suave. Prendido al pasamanos de hierro para no caer, Miguel sintió un estremecimiento que subía desde la planta de sus pies al cerebro. Pensó que, en cierta forma, la neblina y el frío lo favorecían, el éxito ya no dependía de la destreza, sino sobre todo de la resistencia, y la piel de Rubén estaba también cárdena, replegada en millones de

capas pequeñísimas. Un escalón más abajo, el cuerpo armonioso de Rubén se inclinó: tenso, aguardaba el final de la resaca y la llegada de la próxima ola, que venía sin bulla, airosamente, despidiendo por delante una bandada de trocitos de espuma. Cuando la cresta de la ola estuvo a dos metros de la escalera, Rubén se arrojó; los brazos como lanzas, los cabellos alborotados por la fuerza del impulso, su cuerpo cortó el aire rectamente y cayó sin doblarse, sin bajar la cabeza ni plegar las piernas, rebotó en la espuma, se hundió apenas y, de inmediato, aprovechando la marea, se deslizó hacia adentro; sus brazos aparecían y se hundían entre un burbujeo frenético y sus pies iban trazando una estela cuidadosa y muy veloz. A su vez, Miguel bajó otro escalón y esperó la próxima ola. Sabía que el fondo era allí escaso, que debía arrojarse como una tabla, duro y rígido, sin mover un músculo, o chocaría contra las piedras. Cerró los ojos y saltó y no encontró el fondo, pero su cuerpo fue azotado desde la frente hasta las rodillas, y surgió un vivísimo escozor mientras braceaba con todas sus fuerzas para devolver a sus miembros el calor que el agua les había arrebatado de golpe. Estaba en esa extraña sección del mar de Miraflores vecina a la orilla, donde se encuentran la resaca y las olas, y hay remolinos y corrientes encontradas, y el último verano distaba tanto que Miguel había olvidado cómo franquearla sin esfuerzo. No recordaba que es preciso aflojar el cuerpo y abandonarse, dejarse llevar sumisamente a la deriva, bracear sólo cuando se salva una ola y se está sobre la cresta, en esa plancha líquida que escolta a la espuma y flota encima de las corrientes. No recordaba que conviene soportar con paciencia y cierta malicia ese primer contacto con el mar exasperado de la orilla que tironea los miembros y avienta chorros a la boca y los ojos, no ofrecer resistencia, ser un corcho, limitarse a tomar aire cada vez que una ola se avecina, sumergirse -apenas, si reventó lejos y viene sin ímpetu, o hasta el mismo fondo, si el estallido es cercano-, aferrarse a alguna piedra y esperar atento el estruendo sordo de su paso, para emerger de un solo impulso y continuar avanzando, disimuladamente, con las manos, hasta encontrar un nuevo obstáculo y entonces ablandarse, no combatir contra los remolinos, girar voluntariamente en la espiral lentísima y escapar de pronto, en el momento oportuno, de un solo manotazo. Luego, surge de improviso una superficie calma, conmovida tumbos inofensivos; el agua es clara, llana y en algunos puntos se divisan las opacas piedras submarinas.

Después de atravesar la zona encrespada, Miguel se detuvo, exhausto, y tomó aire. Vio a Rubén a poca distancia, mirándolo. El pelo le caía sobre la frente en cerquillo; tenía los dientes apretados.

-¿Vamos?

-Vamos.

A los pocos minutos de estar nadando, Miguel sintió que el frío, momentáneamente desaparecido, lo invadía de nuevo, y apuró el pataleo porque era en las piernas, en las pantorrillas sobre todo, donde el agua actuaba con mayor eficacia, insensibilizándolas primero, luego endureciéndolas. Nadaba con la cara sumergida y, cada vez que el brazo derecho se hallaba afuera, volvía la cabeza para arrojar el aire retenido y tomar otra provisión, con la que hundió una vez más la frente y la barbilla, apenas, para no frenar su propio avance y, al contrario, hendir el agua como una proa y facilitar el desliz. A cada brazada veía con un ojo a Rubén, nadando sobre la superficie, suavemente, sin esfuerzo, sin levantar espuma ahora, con la delicadeza y la facilidad de una gaviota que planea.

Miguel trataba de olvidar a Rubén y al mar y a la reventazón (que debía estar lejos aún, pues el agua era limpia, sosegada y sólo atravesaban tumbos recién iniciados), quería recordar únicamente el rostro de Flora, el vello de sus brazos que los días de sol centelleaba como un diminuto bosque de hilos de oro, pero no podía evitar que, a la imagen de la muchacha, sucediera otra, brumosa, excluyente, atronadora, que caía sobre Flora y la ocultaba, la imagen de una montaña de agua embravecida, no precisamente la reventazón (a la que había llegado una vez, hacía dos veranos, y cuyo oleaje era intenso, de espuma verbosa y negruzca, porque en ese lugar, más o menos, terminaban las piedras y empezaba el fango que las olas extraían a la superficie y entreveraban con los nidos de algas y malaguas, tiñendo el mar), sino, más bien, en un verdadero océano removido por cataclismos interiores, en el que se elevaban olas descomunales, que hubieran podido abrazar a un barco entero y lo hubieran revuelto con asombrosa rapidez, despidiendo por los aires a pasajeros, lanchas, mástiles, velas, boyas, marineros, ojos de buey y banderas.

Dejó de nadar, su cuerpo se hundió hasta quedar vertical, alzó la cabeza y vio a Rubén que se alejaba. Pensó en llamarlo con cualquier pretexto, decirle por ejemplo "por qué no descansamos un momento", pero no lo hizo. Todo el frío de su cuerpo parecía concentrarse en las pantorrillas, sentía los músculos agarrotados, la piel tirante, el corazón acelerado. Movié los pies febrilmente. Estaba en el centro de un círculo de agua oscura, amurallado por la neblina. Trató de distinguir la playa, cuando menos la sombra de los acantilados, pero esa gasa equívoca que se iba disolviendo a su paso, no era transparente. Sólo veía una superficie breve, verde negruzco y un manto de nubes, a ras del agua. Entonces, sintió miedo. Lo asaltó el recuerdo de la

cerveza que había bebido, y pensó "fijo que eso me ha debilitado". Al instante preciso que sus brazos y piernas desaparecían. Decidió regresar, pero después de unas brazadas en dirección a la playa, dio media vuelta y nadó lo más ligero que pudo. "No llego a la orilla solo, se decía, mejor estar cerca de Rubén, si me agoto le diré me ganaste pero regresemos". Ahora nadaba sin estilo, la cabeza en alto, golpeando el agua con los brazos tiesos, la vista clavada en el cuerpo imperturbable que lo precedía.

La agitación y el esfuerzo desentumieron sus piernas, su cuerpo recobró algo de calor, la distancia que lo separaba de Rubén había disminuido y eso lo serenó. Poco después lo alcanzaba; estiró un brazo, cogió uno de sus pies. Instantáneamente el otro se detuvo. Rubén tenía muy enrojecidas las pupilas y la boca abierta.

-Creo que nos hemos torcido -dijo Miguel-... Me parece que estamos nadando de costado a la playa.

Sus dientes castañearon, pero su voz era segura. Rubén miró a todos lados. Miguel lo observaba, tenso.

-Ya no se ve la playa -dijo Rubén.

-Hace mucho rato que no se ve -dijo Miguel-. Hay mucha neblina.

-No nos hemos torcido -dijo Rubén-. Ya se ve la espuma.

En efecto, hasta ellos llegaban unos tumbos condecorados por una orla de espuma que se disolvía y, repentinamente, rehacía. Se miraron, en silencio.

-Ya estamos cerca de la reventazón, entonces -dijo, al fin, Miguel.

-Sí, hemos nadado rápido.

-Nunca había visto tanta neblina.

-¿Estás muy cansado? -preguntó Rubén.

-¿Yo? Estás loco. Sigamos.

Inmediatamente lamentó esa frase, pero ya era tarde, Rubén había dicho "bueno, sigamos".

Llegó a contar veinte brazadas antes de decirse que no podía más: casi no avanzaba, tenía la pierna derecha semi-inmovilizada por el frío, sentía los brazos torpes y pesados. Acezando gritó "¡Rubén!". Este seguía nadando. "¡Rubén, Rubén!". Giró y comenzó a nadar hacia la playa, a chapotear más bien, con desesperación, y de pronto rogaba a Dios que lo salvara, sería bueno en futuro, obedecería a sus padres, no faltaría a la misa del domingo y, entonces, recordó haber confesado a los pajarracos "voy a la iglesia sólo a ver una hembra" y tuvo una certidumbre como una

puñalada, Dios iba a castigarlo ahogándolo en esas aguas turbias que golpeaba frenético, aguas bajo las cuales lo aguardaba una muerte atroz y, después, quizá, el infierno. En su angustia surgió entonces como un eco, cierta frase pronunciada alguna vez por el padre Alberto en la clase de religión, sobre la bondad divina que no conoce límites, y mientras azotaba el mar con los brazos -sus piernas colgaban como plumas transversales-, moviendo los labios rogó a Dios que fuera bueno con él, que era tan joven, y juró que iría al seminario si se salvaba, pero un segundo después rectificó, asustado, y prometió que en vez de hacerse sacerdote haría sacrificios y otras cosas, daría limosnas y ahí descubrió que la vacilación y el regateo en ese instante crítico podían ser fatales y entonces sintió los gritos enloquecidos de Rubén, muy próximos, y volvió la cabeza y lo vio, a unos diez metros, media cara hundida en el agua, agitando un brazo, implorando: "¡Miguel, hermanito, ven, me ahogo, no te vayas!"

Quedó perplejo, inmóvil, y fue de pronto como si la desesperación de Rubén fulminara la suya, sintió que recobraba el coraje, la rigidez de sus piernas se atenuaba.

-Tengo calambre en el estómago -chillaba Rubén-. No puedo más, Miguel. Sálvame, por lo que más quieras, no me dejes, hermanito.

Flotaba hacia Rubén y ya iba a acercársele cuando recordó, los naufragos sólo atinan a prenderse como tenazas de sus salvadores, y los hunden con ellos, y se alejó, pero los gritos lo aterraban y presintió que si Rubén se ahogaba él tampoco llegaría a la playa, y regresó. A dos metros de Rubén, algo blanco y encogido que se hundía y emergía, gritó: "no te muevas, Rubén, te voy a jalar pero no trates de agarrarme, si me agarras nos hundimos, Rubén, te vas a quedar quieto, hermanito, yo te voy a jalar de la cabeza, pero no me toques". Se detuvo a una distancia prudente, alargó una mano hasta alcanzar los cabellos de Rubén. Principió a nadar con el brazo libre, esforzándose todo lo posible para ayudarse con las piernas. El desliz era lento, muy penoso, acaparaba todos sus sentidos, apenas escuchaba a Rubén quejarse monótonamente, lanzar de pronto terribles alaridos, "me voy a morir, sálvame Miguel", o estremecerse por las arcadas. Estaba exhausto cuando se detuvo. Sostenía a Rubén con una mano, con la otra trazaba círculos en la superficie. Respiró hondo por la boca. Rubén tenía la cara contraída por el dolor, los labios plegados en una mueca insólita.

-Hermanito -susurró Miguel-, ya falta poco,, haz un esfuerzo. Contesta, Rubén. Grita. No te quedes así.

Lo abofeteó con fuerza y Rubén abrió los ojos; movió la cabeza débilmente.

-Grita, hermanito -repitió Miguel-. Trata de estirarte. Voy a sobarte el estómago. Ya falta poco, no te dejes vencer.

Su mano buscó bajo el agua, encontró una bola dura que nacía en el ombligo de Rubén y ocupaba gran parte del vientre. La repasó, muchas veces, primero despacio, luego fuertemente, y Rubén gritó: "¡no quiero morirme, Miguel, sálvame!"

Comenzó a nadar de nuevo, arrastrando a Rubén esta vez de la barbilla. Cada vez que un tumbo los sorprendía, Rubén se atragantaba, Miguel le indicaba a gritos que escupiera. Y siguió nadando, sin detenerse un momento, cerrando los ojos a veces, animado porque en su corazón había brotado una especie de confianza, algo caliente y orgulloso, estimulante, que lo protegía contra el frío y la fatiga. Una piedra raspó uno de sus pies y él dio un grito y apuró. Un momento después podía pararse y pasaba los brazos en torno a Rubén. Teniéndolo apretado contra él, sintiendo su cabeza apoyada en uno de sus hombros, descansó largo rato. Luego ayudó a Rubén a extenderse de espaldas, y soportándolo en el antebrazo, lo obligó a estirar las rodillas: le hizo masajes en el vientre hasta que la dureza fue cediendo. Rubén ya no gritaba, hacía grandes esfuerzos por estirarse del todo y con sus dos manos se frotaba también.

-¿Estás mejor?

-Sí, hermanito, ya estoy bien. Salgamos. Una alegría inexpresable los colmaba mientras avanzaban sobre las piedras, inclinados hacia adelante para enfrentar la resaca, insensibles a los erizos. Al poco rato vieron las aristas de los acantilados, el edificio de los baños y, finalmente, ya cerca de la orilla, a los pajarracos, de pie en la galería de las mujeres, mirándolos.

-Oye -dijo Rubén.

-Sí.

-No les digas nada. Por favor, no les digas que he gritado. Hemos sido siempre muy amigos, Miguel. No me hagas eso.

-¿Crees que soy un desgraciado? -dijo Miguel-. No diré nada, no te preocupes.

Salieron tiritando. Se sentaron en la escalerilla, entre el alboroto de los pajarracos.

-Ya nos íbamos a dar el pésame a las familias -decía Tobías.

-Hace más de una hora que están adentro -dijo el Escolar-. Cuenten ¿Cómo ha sido la cosa?

Hablando con calma, mientras se secaba el cuerpo con la camiseta, Rubén explicó:

-Nada. Llegamos a la reventazón y volvimos. Así somos los pajarracos. Miguel me ganó. Apenas, por una puesta de mano. Claro que si hubiera sido en una piscina, habría quedado en ridículo.

Sobre la espalda de Miguel, que se había vestido sin secarse, llovieron las palmadas de felicitación.

-Te estás haciendo un hombre -le decía el Melanés.

Miguel no respondió. Sonriendo, pensaba que esa misma noche iría al Parque Salazar; todo Miraflores sabría ya, por boca del Melanés, que había vencido esa prueba heroica y Flora lo estaría esperando con los ojos brillantes. Se abría, frente a él, un porvenir dorado. FIN

13.13. BUCAY, Jorge. Recuentos para Demián. El elefante encadenado. En:

<http://www.miriamortiz.es/TEXTOS/VElefanteEncadenado.pdf>

El elefante encadenado



Cuando yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños. Durante la función, la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba una de sus patas.

Sin embargo, la estaca era sólo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en el suelo. Y, aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza, podría liberarse con facilidad de la estaca y huir.

El misterio sigue pareciéndome evidente.

¿Qué lo sujeta entonces?

¿Por qué no huye?

Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunté entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado.

Hice entonces la pregunta obvia: «Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan?».

No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente. Con el tiempo, olvidé el misterio del elefante y la estaca, y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez.

Hace algunos años, descubrí que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta:

El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.

Cerré los ojos e imaginé al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que, en aquel momento, el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y, a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él.

Imaginé que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día, y al otro... Hasta que, un día, un día terrible para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino.

Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo no escapa porque, pobre, cree que no puede.

Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer.

Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo.

Jamás, jamás intentó volver a poner a prueba su fuerza...

Todos somos un poco como el elefante del circo: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos pensando que «no podemos» hacer montones de cosas, simplemente porque una vez, hace tiempo, cuando éramos pequeños, lo intentamos y no lo conseguimos. Hicimos entonces lo mismo que el elefante, y grabamos en nuestra memoria este mensaje: No puedo, no puedo y nunca podré.

Hemos crecido llevando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y por eso nunca más volvimos a intentar liberarnos de la estaca.

Cuando, a veces, sentimos los grilletes y hacemos sonar las cadenas, miramos de reojo la estaca y pensamos:

No puedo y nunca podré.

14. Anexo III

Encuesta al paciente:

A partir del momento de su inclusión en el programa de Biblioterapia:

1. Comprende mejor que al principio del Taller, las lecturas que realizamos? Si-no
2. Ha superado, en cierta medida, las dificultades iniciales para expresar sus opiniones respecto de cada lectura? Si-no
3. Las lecturas realizadas le han dado respuestas satisfactorias a conflictos internos que afectaban su vida cotidiana? Si-no
4. Le han ayudado a tomar decisiones en su vida cotidiana? Si-no
5. Ha mejorado su lenguaje oral o escrito? Si-no
6. Ha mejorado su concentración en la lectura? Si-no
7. Ha observado mejoras en su participación en las conversaciones con sus familiares, sus conocidos y otros? Si-no
8. Percibe que puede desarrollar las actividades diarias con menor grado de dificultad? Si-no
9. Siente que se distrae con menos frecuencia en el transcurso de las sesiones de biblioterapia y en sus actividades cotidianas? Si-no
10. Considera que el Taller de lectura le ha ayudado a mejorar su calidad de vida? Si-no

15. Glosario

Agrafia: La agrafia o agrafia es un concepto médico que hace referencia a la completa o parcial imposibilidad para manifestar ideas por medio de la escritura. Esta incapacidad se hace notoria a raíz de una lesión o de un desorden de tipo cerebral.

ACV Accidente Cerebro Vascular

Afasia Es un trastorno causado por lesiones en las partes del cerebro que controlan el lenguaje. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. Es más común en los adultos que sufrieron un derrame. Otras causas pueden ser los tumores cerebrales, las infecciones, las lesiones y la demencia. El tipo de problema que tenga y la gravedad dependerán de la parte del cerebro que sufrió el daño y de la magnitud del mismo.

Agnosia visual Es la incapacidad para reconocer objetos visualmente que se origina por lesiones en el cuerpo calloso o en las regiones cerebrales próximas a las principales zonas sensitivas.

Existen dos tipos de agnosia visual: 1) de percepción, referida a una anormalidad en el proceso de discriminación, y 2) de asociación, o incapacidad para relacionar los estímulos con la experiencia previa.

Aparatos de asistencia: aparatos que permiten a los discapacitados usar materiales estándar, equipamiento, y recursos, por ejemplo, aparato que pasa las páginas de forma electrónica para los que no pueden sujetar un libro, teclado con sistema braille para los afectados visuales.

Apraxia La apraxia es una enfermedad neurológica que se caracteriza por la dificultad o la imposibilidad para desarrollar acciones voluntarias, pese a que no existen motivos orgánicos que justifiquen el problema. Esto quiere decir que la persona tiene la fortaleza, las habilidades físicas y el deseo de concretar los movimientos, pero no logra hacerlos. Este trastorno, que también se conoce como dispraxia, implica una separación entre el pensamiento de la persona (que es consciente de aquello que quiere realizar) y la ejecución de dicha idea en movimiento (no logra controlar el accionar)

Arteterapia: Es la aplicación de una estrategia de abordaje terapéutico basado en el arte

Atención a corto plazo: tiempo empleado para tratar de forma inmediata una lesión, una enfermedad, o estado relacionado con la salud

Atención constante: atención continuada para una enfermedad, trastorno, problema o estado relacionado con la salud.

Biblioteca de hospital: una biblioteca ubicada en un hospital y al servicio de un grupo específico de usuarios

Biblioterapia La biblioterapia es recurso terapéutico que consiste en provocar procesos catárquicos en la interpretación de textos leídos en cada sesión, personalizando los temas abordados a las necesidades de cada uno de los pacientes.

Catarsis psicología purificación purga eliminación de los sentimientos o recuerdos que provocan un desequilibrio catarsis a través de la palabra.

Centro de atención de larga duración: todas las instituciones, incluyendo hospitales, asilos, conjunto de residencias, que proporcionan atención continuada tanto física como psicológica, de tutela o de cualquier otro tipo.

Clínica: en estas pautas, una unidad del hospital que proporciona atención exclusivamente a pacientes externos.

Cognitivo La palabra cognitivo es un adjetivo que se utiliza para referir al conocimiento o todo aquello relativo a el.

Será a través de la cognición entonces que los seres humanos pueden procesar cualquier tipo de información partiendo de la percepción, el conocimiento ya adquirido y de las características subjetivas que permitirán valorar y considerar determinados aspectos en detrimento de otros.

Colecciones: conjunto de libros.

Empírico Que procede de la experiencia: dato empírico.

Hospital: una institución autorizada para proporcionar atención sanitaria de cualquier tipo a largo y corto plazo; a menudo incluye instituciones especializadas, por ejemplo, los centros de rehabilitación.

Identificación Proceso psicológico mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente, sobre el modelo de éste. La personalidad se constituye y se diferencia mediante una serie de identificaciones.

Injuria cerebral La injuria cerebral o cefálica es definida como el daño sobre el tejido cerebral vivo causado por fuerzas mecánicas externas.

Introspección Observación interna de los pensamientos, sentimientos o actos.

Introyección Término de la teoría psicoanalítica introducido por S. Ferenczi para designar el proceso psíquico por el que una persona se atribuye características de otros objetos o personas a los que ama, admira, odia o teme, como mecanismo de defensa frente a la angustia del conocimiento consciente de impulsos hostiles intolerables. Constituye el proceso básico de la identificación y se utiliza frecuentemente por oposición al término proyección.

Libros adaptados: libros y otros materiales de lectura cuya forma o contenido se ha adaptado a las necesidades de usuarios especiales, por ejemplo, libros en letra grande para discapacitados visuales, libros de lectura fácil para personas con discapacidades cognitivas.

Materiales de lectura: en estas pautas, la amplia gama de materiales bibliotecarios que están a disposición de los pacientes.

Neuropsiquiátricas Es la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos mentales atribuibles a enfermedades del sistema nervioso.

Paresia-plejia Es, en medicina, la ausencia parcial de movimiento voluntario, la parálisis parcial o suave, descrito generalmente como debilidad del músculo. Es un síntoma

común de la esclerosis múltiple y de otras enfermedades del sistema nervioso central.

Proyección Es un mecanismo de defensa que opera en situaciones de conflicto emocional o amenaza de origen interno o externo, atribuyendo a otras personas u objetos los sentimientos, impulsos o pensamientos propios que resultan inaceptables para el sujeto. Se «proyectan» los sentimientos, pensamientos o deseos que no terminan de aceptarse como propios porque generan angustia o ansiedad, dirigiéndolos hacia algo o alguien y atribuyéndolos totalmente a este objeto externo. Por esta vía, la defensa psíquica logra poner estos contenidos amenazantes afuera.

Rehabilitación Rehabilitación implica el restablecimiento de los pacientes al nivel de funcionamiento más alto posible a nivel físico, psicológico y de adaptación social. Incluye poner todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y permitir a la gente discapacitada alcanzar un nivel óptimo de integración social (definición de la OMS)

Secuela, en medicina, lesión o trastorno remanente tras una enfermedad o un traumatismo

Síndrome disejecutivo: Síndrome que conlleva un déficit en las funciones ejecutivas debido a una lesión en las áreas prefrontales del cerebro.

Terapéutica Parte de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades.

· **Trauma** Traumatismo.

Trastornos Visuoconstructivos incapacidad de construir la copia del objeto presentado visualmente por medio de bloques o a través del dibujo. La falla básica es la incapacidad de la integración de la información visual y quinestésica para las actividades constructivas.

Visuoespacial La capacidad visuoespacial es el tipo de pensamiento no verbal que tiene que ver con actividades creativas como la arquitectura, la música o el arte.

común de la esclerosis múltiple y de otras enfermedades del sistema nervioso central.

~~Resumen~~ Es un mecanismo de defensa que opera en situaciones de conflicto