



REVISTA INTERNACIONAL DE
HUMANIDADES
MÉDICAS

VOLUMEN 5
NÚMERO 2

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 5, NÚMERO 2



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordón, Rosario De, Psicopatología, Univesidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Editores asociados

María Lucrecia Rovalletti

Suly Castro Morales

Marlon Ribeiro da Silva

Olga Lucía Montoya Hurtado

Pablo Jesús López Soto

Alesander Cala Cerejido

Sabrina Falzarano

Fabiana Carelli

Carlos Roberto de Castro e Silva

Índice

La transfiguración en la autobiografía como experiencia terapéutica57

Yenny Patricia López Díaz

**Incidencia de la flebotomía terapéutica en pacientes
con policitemia “Vera” diagnosticados por hematocrito
y hemoglobina en el Banco de Sangre “Riobamba”65**

*Byron Geovanny Hidalgo Cajo, Libia Cristina Tinajero Novillo,
Angel Gualberto Mayacela, Edwin Gilberto Choca Alcoser,
Ivan Mesias Hidalgo Cajo, Maria Alejandra Tinajero Novillo*

Diferencias étnicas en salud en personas mayores del norte de Chile71

Lorena Gallardo Peralta

**Ante la ausencia del deseo sexual: activamos
el permiso de estar presentes81**

Elizabeth Viviana Barroso



Table of Contents

| | |
|---|-----------|
| Transfiguration in the Autobiography as a Therapeutic Experience | 57 |
| <i>Yenny Patricia López Díaz</i> | |
| Therapeutic Phlebotomy Incidence in Patients with Polycythemia "Vera" Diagnosed by Hematocrit and Hemoglobin in the Blood Bank. "Riobamba" | 65 |
| <i>Byron Geovanny Hidalgo Cajo, Libia Cristina Tinajero Novillo, Angel Gualberto Mayacela, Edwin Gilberto Choca Alcoser, Ivan Mesias Hidalgo Cajo, Maria Alejandra Tinajero Novillo</i> | |
| Ethnic Differences in Health among Elderly People Living in Northern Chile | 71 |
| <i>Lorena Gallardo Peralta</i> | |
| In the Absence of Sexual Desire: we Activate the Permission to be Presents | 81 |
| <i>Elizabeth Viviana Barrozo</i> | |



La transfiguración en la autobiografía como experiencia terapéutica

Yenny Patricia López Díaz, Universidad de Zaragoza, España

Resumen: Este texto expone el fenómeno de transfiguración que se ha ido desvelado durante el desarrollo de una investigación biográfico-narrativa con docentes colombianos y españoles. Se ha observado que dicha transformación se produce en la persona cuando narra sus experiencias, moldeando el recuerdo y alterando una realidad vivida. Esta alteración en la percepción de los recuerdos puede transformar profundamente a la persona y brindar la posibilidad de reescribir la historia vital. El propósito de la investigación es el profundo conocimiento de las experiencias significativas de un grupo de participantes mediante la autobiografía y la biografía. El desarrollo del proceso autobiográfico expuso este fenómeno subyacente y simultáneo de transformación que se origina cuando narra la propia vida y recuerda las experiencias que han sido significativas a lo largo de su existencia. La investigación emplea una metodología cualitativa mediante autobiografías escritas, entrevistas en profundidad y conversaciones biográficas.

Palabras clave: transfiguración, biografía, autobiografía, terapia

Abstract: This text presents the phenomenon of transfiguration that has been revealed during the development of a biographical-narrative research with Colombian and Spanish teachers. It has been observed that this change occurs in the person when he narrates his experiences, shaping the memory and altering a lived reality. This alteration in the perception of the memories can profoundly transform the person and give the possibility to rewrite the life history. The purpose of the research is the deep knowledge of significant experiences of a group of participants through autobiography and biography. Autobiographical development process and simultaneously exposed the underlying phenomenon of transformation that occurs when narrates the life and remembers the experiences that have been significant throughout its existence. The research uses a qualitative methodology through written autobiographies, interviews and biographical conversations.

Keywords: transfiguration, biography, autobiography, therapy

Introducción

El fenómeno subyacente en la autobiografía que ha emergido a partir de los estudios preliminares y la trayectoria de la investigación biográfico-narrativa que se desarrolla con docentes españoles y colombianos, insta a postular a la autobiografía como un acto íntimo que permite comprender la realidad vivida y que puede llegar a modificar la percepción sobre la propia existencia, transformando la denominada conciencia de sí. Durante el proceso de narración autobiográfica se ha sido testigo y parte de una (de)construcción íntima en cada uno de los y las participantes. Este fenómeno simultáneo, al que se denominará *acto autobiográfico* se fue desvelando como un producto esencial del propio proceso de investigación. En la mayoría de los estudios biográficos-narrativos la entrada y salida al campo es un continuo ir y venir debido a la necesidad del análisis paralelo de los datos. Este devenir es, en sí mismo, un movimiento entre la subjetividad y la intersubjetividad, que en este caso permitió observar cómo al narrar la propia vida los y las participantes manifestaron comprender su trayectoria vital al distanciarse de las experiencias vividas y reescribir su historia.

Al hablar de la conciencia de sí mismo se hace visible el referente ontológico de la experiencia humana. El ser humano elabora su interpretación de la realidad a partir de las experiencias, es decir que construye su visión del mundo cuando interactúa con él y es mediante la reelaboración de la propia experiencia que podemos dibujar otras formas de construcción de una realidad. La experiencia humana ha atraído a hombres y mujeres para su estudio desde diferentes disciplinas. La experiencia en Kant (1724-1804), es una especie de conocimiento que requiere entendimiento de las impresiones sensibles (Kant, 1999, A1). Para Hegel (1807), el concepto de experiencia se expresa



como un “movimiento dialéctico que la conciencia lleva a cabo en sí misma, tanto en su saber como en su objeto, en cuanto brota ante ella el nuevo objeto verdadero” (Hegel, 1885: 59), y este movimiento se produce “sobre la base de la experiencia tenida y superando sus limitaciones y contradicciones se llega a nuevas y más lúcidas experiencias” (Amengual, 2007: 22).

Hannah Arendt (1975) creía que no era posible ningún curso de pensamiento sin experiencia personal y que todo pensar es un repensar las cosas. Para la filósofa las *experiencias psíquicas* no son la experiencia en sí sino una interpretación de ella, es lo que pensamos de ellas. De forma que el lenguaje y el pensamiento nos permiten la experiencia de una *identidad personal* al hacer consciente nuestras sensaciones y percepciones (Arendt, 1984: 45). De allí la importancia de la autobiografía para repensar las sensaciones y percepciones porque durante la escritura de la propia vida, la persona toma distancia de sí misma y vuelve a su pasado con el propósito de reproducir una existencia y al hacerlo se sumerge en la experiencia de identidad personal.

La experiencia para Dewey (1938) era una *fuerza en movimiento*, más que un *evento cognitivo*. Una fuerza con cualidad pasiva y activa, al ser acción desde y hacia el individuo. La experiencia es un *ensayo sobre el mundo* y al mismo tiempo es algo que le sucede al individuo cuando este actúa sobre él. Cuando se procesa e interpreta la experiencia se produce un conocimiento sobre lo vivido, dicho conocimiento moldeará las experiencias ulteriores como mencionaba Dewey, porque la experiencia va más allá de la comprensión de las sensaciones y de su entendimiento, siendo un ejercicio en doble vía. En palabras del pedagogo “la experiencia no sólo transforma al mundo y al individuo, también transforma la experiencia pasada y futura: constituye una reconstrucción de la experiencia pasada y modifica la cualidad de las experiencias posteriores” (Dewey en 2004: 37). Las nuevas experiencias no sólo influyen en el presente, sino también en aquellas experiencias pasadas, “la experiencia presente debe extenderse hacia atrás. Sólo puede ampliarse al futuro en la medida en que ha sido ampliada para penetrar en el pasado” (Dewey, 1938: 115). Es así como la experiencia no solamente afecta a las experiencias futuras (Dewey, 1938), sino que ella tiene la capacidad de penetrar en el sujeto y modificarle profundamente desde su pasado.

Esa cualidad que tiene la experiencia de expandirse no sólo hacia adelante sino hacia atrás, es la que se hace viva en el acto autobiográfico y que se materializa en la autobiografía. Por tanto, la autobiografía como creación es producto de la experiencia humana permite recrear el pasado con un mínimo de alteraciones y reelaborar una realidad vivida, pero aquel que narra ya no es el mismo que experimentó por lo que su narración siempre será otra (Gusdorf, 1991). Para Gusdorf, “la autobiografía presenta ese contenido privilegiado con un mínimo de alteraciones; más exactamente, cree, de ordinario, restituirlo tal como fue, pero, para narrarse el hombre añade algo a sí mismo” (Gusdorf, 1991: 16). Este momento de añadidura durante la escritura autobiográfica es la oportunidad de reelaboración de la realidad vivida y la posibilidad de comprender nuestras vivencias desde la distancia que otorga el tiempo.

Hasta ahora se ha expuesto muy brevemente el interés de la filosofía y de la teoría literaria en los usos de la autobiografía como medio para comprender procesos humanos y sociales. Estas disciplinas reconocen a la subjetividad e intersubjetividad como aspectos fundamentales que otorgan credibilidad y cientificidad a los datos cualitativos obtenidos de la narración de la experiencia humana. No obstante, el interés en la narración autobiográfica y su comprensión por parte de otras muchas disciplinas como la neurociencia o la psicología permitirá profundizar en este conocimiento y a lo mejor nos lleve a superar la dicotomía, presente en nuestro imaginario del binomio cualitativo-cuantitativo que desde Kuhn en 1962, es tangible en la investigación científica.

El interés de la neurociencia por el yo-autobiográfico

La imagen que el ser humano construye de sí mismo y de su lugar en el mundo, ha sido estudiada a lo largo del tiempo, ejemplo de ello el uso del concepto del *Yo*, ligado a la psicología y a su evolución. A finales del siglo XIX, el médico, psicólogo y filósofo norteamericano, William James (1890), estudió la conciencia y el concepto del *Yo* desde una perspectiva funcionalista, lo que acercó el conocimiento de las sensaciones, emociones y percepciones de sí, a un ámbito más cercano que el metafísico. Hace más de un siglo, James extendió un puente entre las ciencias y hoy, la transformación y la evolución de

la comunidad hacia nuevos paradigmas como los que se están produciendo en la neurociencia, sustentan meta-análisis como este en el cual se pretende dar a conocer el fenómeno autobiográfico como un vasto campo de estudio para la comprensión de las necesidades humanas.

La mirada de la investigación a la neurociencia se dirigió a los estudios de científicos como Gerald Edelman, Giulio Tononi, Antonio Damasio y Rodolfo LLinás, quienes se han interesado profundamente por la emoción y la conciencia, esta última a la que consideran como “el estado normal en el que nos hallamos cuando despertamos que prosigue hasta que volvemos a dormirnos con un sueño profundo. Sin ensoñaciones, o nos hallamos bajo el efecto de una anestesia general, entramos en coma o nos morimos” (Castro & Toro, 2002: 3). De manera que “la conciencia es un proceso encarnado en el cuerpo que emerge de la actividad de las células nerviosas, pero mientras que el cuerpo y el cerebro son entidades públicas, externas y objetivas, la conciencia es una entidad privada, interna y subjetiva”, y como entidad privada pertenece a la esfera íntima propia de cada existencia.

Edelman y Tononi centran su atención en la experiencia consciente y distinguen dos modalidades: “la *conciencia primaria*, que surgió antes filogenéticamente y está presente en otras especies animales además de en la nuestra; y la *conciencia de orden superior*, que sólo la poseen los seres humanos”. Dentro de la conciencia primaria encontramos todas aquellas sensaciones transmitidas por el sistema nervioso que requieren de interpretación a través de mecanismos de reentrada llamados *integración* y *diferenciación*. Estos mecanismos funcionan en los científicos denominan *Núcleo o Centro Dinámico* (Castro & Toro, 2002).

La definición de centro dinámico lleva implícita la consideración de la conciencia como un proceso que es continuo, pero cambiante en fracciones de segundo como respuesta a los cambios de composición y de actividad que experimenta el propio centro dinámico. La conciencia primaria así definida posiblemente esté presente en mamíferos y en aves y su aparición puede situarse en la transición desde los reptiles hacia estas dos clases de animales hace unos trescientos millones de años. Sin embargo, un animal con conciencia primaria no posee un sentido auténtico del yo, no posee conciencia de sí mismo. Sus experiencias conscientes le permiten construir el presente teniendo en cuenta su experiencia pasada, el presente recordado, pero carece de los conceptos de pasado y de futuro. Para Edelman y Tononi, la autoconciencia y el sentido del pasado y del futuro requirieron el desarrollo de lo que denominan conciencia de orden superior, que surgió en la evolución durante el proceso de hominización y que fue unido al desarrollo del lenguaje (Castro & Toro, 2002:3).

Según su hipótesis, la conciencia de orden superior es aquella que nos otorga la conciencia de sí y con ella, la existencia del sentido del yo. Damasio, de forma similar a Edelman y Tononi, establece dos niveles de conciencia cuando manifiesta que el sentido del yo lo otorgan dos estructuras que tienen la función de mantener la homeostasis, una denominada el *proto-yo* y la otra, el *yo-central*. El *proto-yo* es “una colección coherente de pautas neuronales que representan, momento a momento, el estado de la estructura física del organismo en sus muchas dimensiones” (2002: 9). El *yo-central*, del que el autor menciona que somos conscientes y que se pone en marcha cuando percibimos un objeto, constituyendo una representación de segundo orden que registra todos los cambios producidos en el *proto-yo* con el fin de mantener la homeostasis. Los dos tipos de conciencias en Damasio son la *conciencia central* que está acompañada del *yo-central*, y la *conciencia ampliada*, a la que le corresponde el denominado *yo-autobiográfico*, el cual se genera gracias a la capacidad memorística de nuestro organismo, el cual registra las experiencias que proporciona la conciencia central. Para el científico estos registros son modificables por nuevas experiencias y pueden recuperarse (En Castro y Toro 2002:9).

Los recuerdos autobiográficos son procesados como si fuesen objetos y, por ello, pueden condicionar la respuesta del organismo en el acto de percibir un objeto real. Damasio denomina conciencia ampliada a la activación de la conciencia central producida por un objeto y por los recuerdos autobiográficos que se recuperan durante esa percepción. La conciencia ampliada exige disponer de estructuras cerebrales responsables de la memoria a largo plazo y de la memoria de trabajo. La conciencia ampliada proporciona al organismo un sentido del tiempo histórico, consciente del pasado vivido y capaz de anticipar el futuro, y le permite conocer mejor el entorno aprovechando las experiencias previas (Castro y Toro 2002: 10).

Cuando se hace referencia al yo-autobiográfico es necesario sumergirse en la teoría literaria para conocer y reconocer los diferentes fenómenos que lo producen. Gusdorf, filósofo e historiador español considera que a la autobiografía como la posibilidad de volver sobre lo vivido, dice “la autobiografía es la segunda lectura de la experiencia, y más verdadera que la primera, puesto que es toma de conciencia: en la inmediatez de lo vivido, me envuelve generalmente el dinamismo de la situación, impidiéndome ver el todo” (1991: 13). Se podría decir entonces que la autobiografía es la máxima expresión del *yo-autobiográfico* y que como una creación de la conciencia ampliada permite elaborar el *tiempo histórico* (Damasio, 2001) reelaborando el pasado vivido para así, transformar el presente.

El yo-autobiográfico se construye sobre la base de los recuerdos del pasado y de los recuerdos de los planes que hemos hecho; es la vida pasada y el futuro proyectado. Y el yo-autobiográfico ha provocado la memoria ampliada, el razonamiento, la imaginación, la creatividad y el lenguaje. Y de ellos han salido los instrumentos de la cultura: la religión, la justicia, el comercio, las artes, la ciencia, la tecnología. Y es dentro de esa cultura que podemos lograr, y ese es el descubrimiento, algo que no está establecido biológicamente por completo. Está desarrollado en las culturas. Lo desarrollan los seres humanos en colectivo. Y ésta es, por supuesto, la cultura en la que hemos desarrollado algo que denomino la regulación socio-cultural.

Hasta el momento se ha expuesto como Edelman y Tonini, junto con Damasio se han interesado por la conciencia y las emociones. Sus estudios ayudan a comprender el poder que tiene la experiencia humana para moldear la percepción de la realidad. Consecuentemente, nos hemos interesado en los estudios del neurofisiólogo colombiano Rodolfo Llinás, para quien la realidad es realmente un sueño y que es nuestra memoria, nuestro cerebro el gran director de orquesta de toda nuestra existencia. En 1997 la revista electrónica Salud y medicina, reseña una de sus conferencias en la que escribe:

El circuito neuronal que nos caracteriza: el sistema talámico y la estructura cortical. Entre ambos se establece un diálogo que ha servido para desvelar muchas curiosidades. Las células del tálamo producen descargas eléctricas distintas según si están despiertas (descargas largas) o dormidas (cortas). «Cuando estamos dormidos se crean descargas cortas, como estornudos, y no se genera consciencia. Es decir, que a baja frecuencia no existimos», dijo el neurofisiólogo. O, dicho de otra forma: cuando dormimos, las células no son capaces de hacer relevos de información. Se ha visto que la actividad eléctrica es igual tanto si la persona duerme como si no. Y que si a la persona dormida se le estimula para que oiga un sonido, no oye. En cambio, cuando soñamos, a pesar de que no recibimos estímulo externo, vemos y oímos. «De todo esto se desprende una conclusión rarísima», dijo Llinás. «Cuando estamos despiertos y conscientes, en realidad estamos soñando y esos sueños están siendo dominados por los sentidos que a su vez están gobernados por el mundo exterior. Mientras que cuando dormimos, están gobernados por la memoria. Es decir, que la vida es un sueño, algo que, por otro lado, hace mucho tiempo que se sabe».

Llinás plantea otra forma de ver la realidad y de percibirla, a su vez muestra como desde la memoria el ser humano articula toda la información que recibe tanto de su interior como del exterior y que realmente nuestras ondas cerebrales nos indican que cuando estamos despiertos nuestra conciencia es dominada por los sentidos y cuando estamos soñamos es dominada por la memoria. De modo que para él la vida es un sueño: “Yo solamente creo que el sistema nervioso lo que hace es soñar de dos modos: de noche, basados en las memorias y las invenciones; y de día, basados en los sentidos. Nosotros somos un estado en sueño modulado por los sentidos. Un estado onírico modulado por los sentidos” (Llinás, en Silva Guzman & Gómez Echeverri, 2013). Para Llinás, las emociones son desencadenantes de los patrones de acción fijos (FAP), que son respuestas motoras estereotipadas, los cuales pueden disparar otros patrones de conducta más específicos y pueden ser modificados por la experiencia, perfeccionarse y ser recordados. Esto pone de manifiesto la capacidad de la experiencia para modificar patrones de conducta más específicos, lo que podría llegar a intervenir en el estado homeostático del cuerpo.

La autobiografía y la homeostasis

Comprender, tal como nos expresa Gusdorf, que “la autobiografía no es la simple recapitulación del pasado; es la tarea, y el drama, de un ser, que, en un cierto momento de su historia, se esfuerza en parecerse a su parecido” y que esta reflexión sobre su existencia pasada constituye una nueva apuesta (1991: 15), posibilita su uso dentro del campo terapéutico. Durante el acto autobiográfico la persona toma conciencia de que se está recordando una vida pasada y, precisamente esa toma de conciencia, *conciencia histórica* la denomina Damasio, la que realiza la persona al narrar sus vivencias, es la que conecta su presente con su pasado y le permite reconstruir una realidad vivida para resignificar la experiencia y, a lo mejor otórgale otro sentido a su existencia.

La terapia narrativa ha sido una estrategia y herramienta ampliamente empleada para el mantenimiento de la homeostasis social y psicológica. Tal como expresa el investigador argentino Luis M. Zieher, el tema de las emociones tiene una larga trayectoria en psicología y psiquiatría y, gracias a la neurociencia moderna con la imagenología cerebral se esta confirmando lo que ya se había adelantado. Existe una gama amplia de estudios sobre el uso terapéutico y rehabilitador de la narración de la historia de vida como en casos de adicciones, depresión, duelo y muchas otras situaciones en las que el estado homeostático del individuo se encuentra alterado por emociones asociadas a experiencias traumáticas o negativas. Hemos llegado a considerar que la autobiografía puede tener por propósito el mantener la homeostasis en la persona, en casos en los que ciertas experiencias han alterado al cuerpo.

Zieher define dos procesos fundamentales que interactúan continuamente, la Homeostasis que es un proceso dinámico y continuo por el cual las funciones son mantenidas y la Alostasis que el proceso por el cual las funciones corporales cambian en respuesta a demandas o desafíos que provienen del entorno. La interacción continua entre estos dos procesos es la que permite a la persona vivir y adaptarse pero si la persona experimenta un estrés prolongado debido a la evocación emocional de experiencias traumáticas podría desencadenarse una enfermedad crónica por una carga Alostática. Por lo tanto, la emoción homeostática que reporta el estado biológico del cuerpo (temperatura corporal, la sed, el hambre, la conducta sexual entre otras) es un proceso consciente y necesario para la propia existencia.

Ahora bien, la autobiografía al ser toma de conciencia de la experiencia vivida nos permite evocar no solo los hechos o vivencias sino las sensaciones y emociones asociadas a ellos, para poder tomar distancia en el tiempo y moldear el recuerdo, asimilar y dar nueva perspectiva a la experiencia. Zieher expresa que la sensación de felicidad o desagrado, sufrimiento o de goce que acompaña a las emociones puede ser generado por la evocación, gracias a la memoria y que la persona vuelve a tener el sufrimiento o el goce que corresponde al sentimiento primario. Sin embargo, la evocación al ser parte de un fenómeno mayor como lo es la autobiografía trabaja para recapitular la experiencia y brindar la posibilidad de resiliencia para reescribir nuevas emociones.

No obstante, asegurar que el fenómeno autobiográfico modifica la percepción de la realidad y es una nueva oportunidad de existencia para la persona es un supuesto subjetivo e intersubjetivo que se hace visible en los propios textos autobiográficos, tal como lo analiza Anna Caballé, investigadora de la Universidad de Barcelona quien viene trabajando ampliamente en el campo de la autobiografía y que en su trabajo “Malestar y autobiografía” expone la íntima conexión del cuerpo como testigo autobiográfico de la Alostasis y homeostasis. La autora analiza tres textos autobiográficos en los que el narrador expone el cuerpo como escenario principal de las emociones y responde a la pregunta de ¿cómo aplicar las nuevas teorías neurocientíficas al estudio de la autobiografía? Apoyada en los estudios del historiador y literato Paul John Eakin, manifiesta que “la autobiografía puede cumplir una función autorreguladora, homeostática: la preservación o restauración de la estabilidad emocional, y por tanto corporal, en el individuo en momentos de crisis o de fractura” (2012: 29).

Consideramos que la experiencia humana, su recuerdo o significado y su evocación son tres momentos transformadores para una persona y que ellos ayudan a construir la idea de una conciencia de sí mismo con la facultad de transformar el sentido y el significado de nuestra existencia. Estos

tres momentos ocurren en el acto autobiográfico y al ser este un fenómeno íntimo posee elementos estructurales y funcionales necesarios como la memoria para su elaboración. El estudio de estas estructuras y mecanismos por parte de la neurociencia ha permitido comprender el por qué la autobiografía puede ser un camino terapéutico para resignificar nuestra existencia y más aún para poder mantener un equilibrio dinámico dentro de nuestro organismo gracias a la reelaboración de las emociones que hemos experimentado. Bajo este supuesto, podemos comprender que la realidad es una construcción realizada sobre la experiencia humana y que en una narración sobre los hechos vividos, es decir en una autobiografía, el yo que narra, no es el mismo yo que se está narrando, entendiendo así la naturaleza dinámica y cambiante del ser humano y su percepción de la realidad, tal como expresaba Paul Ricoeur:

La ficción narrativa, como hemos dicho, «imita» la acción humana en la medida en que contribuye a remodelar esas estructuras y esas dimensiones según la configuración imaginaria de la trama. La ficción tiene esa capacidad de «rehacer» la realidad y, de modo más preciso en el marco de la ficción narrativa, la realidad práxica, en la medida en que el texto tiende a abrir intencionadamente el horizonte de una realidad nueva, a la que hemos podido llamar mundo. Este mundo del texto interviene en el mundo de la acción para configurarlo o, me atrevería a decir, para transfigurarlo (Ricoeur, 1997 :199).

En la investigación se ha ido desvelando este fenómeno de trasfiguración en los textos autobiográficos de algunos de los y las participantes, ejemplo de ello es esta reflexión de Antonio, profesor de Lengua y Literatura en un instituto aragonés de enseñanza secundaria, y uno de los primeros participantes que exteriorizó su propio proceso:

“-Vamos a hablar sobre la impresión que tiene de escucharse a sí mismo.
-Me hace reflexionar y me ha dado pistas e ideas nuevas que pueden completar.
-¿De otros recuerdos?
-De otros recuerdos que, como te dije la última vez, se van enlazando, de un recuerdo sacas otro. Me ha venido muy bien oírlo. Al principio no me esperaba esto, me esperaba solo hacer algo sobre el papel. Pero así es mucho mejor, creo que has tomado una buena decisión.
-¿Cómo se siente?
-¿En qué sentido?
-¿Cuáles son las sensaciones que tiene ahora con respecto a lo que escuchó?
-Ahora me siento tranquilo. Siento que he vivido lo mejor que he podido la etapa de mi infancia. Ahora estoy viendo y cada vez veo más, que esta etapa ha sido importante para el resto de mi vida joven y adulta”
(Antonio, relato autobiográfico, en López, 2012).

Esta transfiguración de la realidad por la narración autobiográfica es una de las estrategias terapéuticas que puede ser empleada en la búsqueda del equilibrio dinámico de las funciones físicas y psicológicas del cuerpo y ser humano. Consideramos que un punto de partida en el estudio de este fenómeno es el reconocimiento de esta función creadora y transformadora de la autobiografía y consecuentemente, su uso como alternativa sanadora.

Asimismo, la reconciliación con el pasado mediante la profunda comprensión de las circunstancias personales permiten a la persona dar otros sentidos a su propia existencia, tal como lo dejó escrito Yolanda, maestra española con 39 años de experiencia docente a pocos meses de su jubilación.

“De lo que sí puedo estar segura es que la infancia que me tocó vivir fue modelando mi inteligencia emocional de manera muy controlada sin altibajos, con grandes dosis de optimismo porque las vivencias eran muy positivas y gratificantes y con respeto y agradecimiento hacia los que contribuían a enseñarme a querer mejorar aceptando y tratando de superar las pequeñas frustraciones que iban apareciendo en el diario caminar. Ese equilibrio personal, ese respeto hacia cualquier persona, ese ayudar y confiar en que puedes y pueden mejorar me ha servido de mucho en mi profesión de maestra” (Yolanda, escrito autobiográfico, en López, 2011).

El acto autobiográfico además de posibilitarle a la persona el reelaborar su historia puede brindarle alternativas de futuro, planteadas como posibilidades dentro de la ficción propia de la narración. Tal es el caso de la respuesta de María, una maestra colombiana, que se pregunta a sí misma:

“¿Sigo siendo maestra? Sigue corriendo por mis venas el enorme deseo de contribuir, según mi capacidad, para que las personas puedan cualificarse en la búsqueda de un mundo más humano. En el mejor de los casos, eso también me cualifica y le seguirá dando sentido a mi vida... Hoy, alejada de la labor docente, de los horarios, del ruido de los estudiantes, de las evaluaciones, de las clases, de las reuniones, de los trabajos para presentar, de las formaciones, de los ensayos, de las presentaciones ante la comunidad, ...me pregunto: ¿Qué quiero hacer de la vida que me queda? Por el momento, quiero ocuparme de mí...”. (María, en López & Luengo, 2014)

María comparte en su autobiografía no solo aquello que le sucede sino aquello que le ocupa e inquieta y deja entrever que este no es el final de su narración, sino un nuevo principio lleno de posibilidades. Extractos autobiográficos como los anteriormente expuestos han facilitado el acercamiento a procesos transformadores muy íntimos y han abierto nuevas líneas de investigación compatibles con otras disciplinas como la neurociencia o la psicología.

REFERENCIAS

- Amengual, G. (2007). Transformación del concepto de Experiencia: de Kant a Hegel. *TÓPICOS. Revista de Filosofía de Santa Fé (Rep. Argentina) Vol. 15* , 1-20.
- Arendt, H. (2005). *Ensayos de comprensión: 1930-1954. Escritos no reunidos e inéditos de Hannah Arendt.* (A. Serrano de Haro, Trad.) España: Grupo PlanetCaparrós editores.
- Amengual, G. (2007). Transformación del concepto de Experiencia: de Kant a Hegel. *TÓPICOS. Revista de Filosofía de Santa Fé (Rep. Argentina) Vol. 15* , 1-20.
- Arendt, H. (2005). *Ensayos de comprensión: 1930-1954. Escritos no reunidos e inéditos de Hannah Arendt.* (A. Serrano de Haro, Trad.) España: Grupo PlanetCaparrós editores.
- (1984). *La vida del espíritu. El pensar, la voluntad y el juicio en la filosofía y en la política.* (R. Montoro Romero, & F. Vallespin Oña, Trads.) Madrid, España: Centro de estudios Constitucionales.
- Caballé, A. (2012). Malestar y autobiografía. *Cículo de Lingüística aplicada a la comunicación* (50), 25-38.
- Castro, L., Toro, M. (2002). Neurobiología de la conciencia: rnrnla actividad mental de la materia. *Revista de libros* (67-78), 1-13.
- Damasio, A. R. (20001). *La sensación de lo que ocurre: Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia.* Barcelona, España: Debate.
- Dewey, J. (2004). Experiencia y educación, 1ª Ed 1938. En J. (. Sáenz Obregón, *Experiencia y educación. Colección memoria y crítica de la educación, serie clásicos de la educación* (págs. 62-126). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva, S.L.
- Domínguez, L. (1999). Yo, sí mismo o autovaloración? *Revista Cubana de Psicología. Vol 16* , 3-7.
- Gusdorf, G. (1991). Condiciones y límites de la autobiografía. *La autobiografía y sus problemas teóricos. Estidos e investigación documental. Suplementos Anthropos, vol 29* , 9-17.
- Guzman, M., Gómez, F. (18 de Noviembre de 2013). Las increíbles travesuras del doctor Rodolfo Linás. *El tiempo* .
- Hegel, G. W. (1985). *Fenomenología del espíritu.* (W. Rocés, Trad.) Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- Immanuel , K. (1999). *Crítica de la razón pura* (Vol. 1 y 2). (P. Ribas, Trad.) Madrid: Alfaguara.
- James, W. (1950). *Principles od psychology* (Vol. 2). Nueva York: Dorver Publications.
- Llinás, R. (24 de abril de 1997). *La vida es un sueño.* Recuperado el Diciembre de 2011, de Salud y medicina: <http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S244/S244neurofisiologia.html>
- (2002). *El Cerebro y el mito del yo: el papel de las neuronas en el pensamiento en el comportamiento humanos.* Bogotá- Colombia: Editorial norma.
- López, Y. (2012). *¡La educación que me (de)construyó! Relatos autobiográficos de maestros.* Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- López, Y., Luengo Gascón, E. (2014). Una auto-biografía en colaboración: Ser maestra en Colombia. En E. Camarero Calandria (Ed.), *Contenidos y formas en la vanguardia universitaria* (págs. 225-240). Madrid, España: ACCI, Asociación Cultural y Científica Iberoamerica.
- Ricoeur, P. (1997). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. En G. Aranzueque (Ed.), *Horizontes del relato. Lecturas y conversaciones con Paul Ricoeur* (págs. 479-496). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez, J., López, I.(2008). La memoria: una estructura para la creación. *Arte, Individuo y Sociedad. Vol. 20* , 21-42.
- Zieher, L. M. (2015). *Procesamiento de las emociones y los sentimientos. El self-feeling.* Obtenido de Memoria y Emociones: De la adpatación al agotamiento vital: www.gador.com.ar/wp-content/upload/2015/04/men_y_emo.pdf

Incidencia de la Flebotomía Terapéutica en Pacientes con Policitemia “Vera” diagnosticados por Hematocrito y Hemoglobina en el Banco de Sangre. “Riobamba”

Byron Geovanny Hidalgo Cajo, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
Libia Cristina Tinajero Novillo, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
Angel Gualberto Mayacela, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
Edwin Gilberto Choca Alcoser, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador
Ivan Mesias Hidalgo Cajo, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador
Maria Alejandra Tinajero Novillo, Escuela Latinoamericana de Medicina, Cuba

Resumen: La policitemia es un aumento del volumen total de hematíes en sangre, en efecto cifras de hematocrito superiores al 52% (hombres) o 48% (mujeres), concentración de hemoglobina superior a 18,5 g/dl (hombres) y a 16,5 g/dl (mujeres), demuestran la presencia de esta neoplasia mieloproliferativa que tiene alta tasa de morbilidad. La investigación se realizó con 172 pacientes, 141 hombres y 31 mujeres. La flebotomía es un método utilizado para reducir la alta viscosidad sanguínea, y por medio de la cual se extrae semanalmente 1 unidad (500 cm³) de sangre hasta que el hematocrito sea de 45%. Al 62% de los pacientes junto con la flebotomía se realizó compensaciones con solución salina, se notó una mejoría notable con el tratamiento de las flebotomías terapéuticas; y, se observó que no existe ninguna complicación o efecto secundario por las sucesivas extracciones de sangre, es un tratamiento oportuno, y eficaz.

Palabras clave: flebotomía, policitemia, hematocrito, hemoglobina, hipoxia, trombosis, tratamiento

Abstract: Polycythemia is an increase in the total volume of red blood cells in blood, in effect hematocrit levels above 52% (men) or 48% (women) concentration greater than 18.5 g / dl (men) and 16.5 g / dl (women) demonstrate the presence of this myeloproliferative neoplasm which has high morbidity. The research was conducted with 172 patients, 141 men and 31 women. Phlebotomy is a method used to reduce high blood viscosity, and through which is drawn weekly 1 unit (500 cc) of blood until the hematocrit is 45%. To 62% of patients with phlebotomy compensation saline was performed, a remarkable improvement with therapeutic phlebotomy treatment is noticed; and, it was noted that no complications or side effects from successive bleeds, is a timely treatment, and effective.

Keywords: Phlebotomy, Polycythemia, Hematocrito, Hemoglobin, Hypoxia, Thrombosis, Treatment

Introducción

Actualmente, el sistema de vida que practica la población humana con una alimentación inadecuada, actividad física limitada o escasa y exposición al stress, ha logrado que gran número de personas presenten enfermedades silenciosas y de alto riesgo, entre las que se pueden mencionar hipertensión, diabetes, y policitemia.

Perez & Gomez, (2012) afirman que la poca importancia que se le da a la valoración de un hemograma especialmente al hematocrito y hemoglobina, nos lleva al estudio de esta problemática, los valores elevados determinan policitemia en pacientes de cualquier edad (p.102).

Perez & Gomez (2012), en un estudio realizado por la Dra. Olga Cantú Rodríguez en la ciudad de México, indican que la incidencia de Policitemia Vera, es de 2.6 casos /100 000 habitantes/ año (p.103). La mediana de edad al momento del diagnóstico es de 60 años y menos de 10% de los pacientes es menor de 40 años. La distribución por género es de dos varones por cada mujer, se pre-



senta con mayor frecuencia en caucásicos, que en personas de raza negra, y también se ha observado que es más común en individuos de origen judío.

La eritropoyesis normal está regulada por una glucoproteína hormonal, la eritropoyetina en los adultos, esta se produce en riñones y menor cantidad en el hígado, actúa estimulando la proliferación de los progenitores eritroides, manteniendo la supervivencia y favoreciendo su diferenciación, la producción de eritropoyetina está regulada a nivel de la transcripción genética.

La eritrocitosis incontrolada puede producir «síntomas neurológicos, como vértigo, cefalea, acúfenos y trastornos visuales, también suele haber hipertensión sistólica y un aumento de la masa eritrocitaria, en algunos pacientes la primera manifestación clínica de la Policitemia Vera, puede ser una trombosis venosa o arterial» (Alvarez, 2013, p.12).

La viscosidad de la sangre y el aumento de plaquetas generan un alto potencial para la formación de coágulos lo cual puede a su vez ocasionar un ataque cardíaco o una apoplejía, en algunos pacientes se producen hemorragias ya que a pesar del aumento de plaquetas, su capacidad de coagulación es insuficiente.

En 2010 la Sociedad Argentina de Hematología, mediante su Guía Médica Terapéutica, publica los resultados de sus investigaciones sobre la Policitemia Vera, donde señala que:

[...] Esta enfermedad es de origen clonal de células progenitoras hematopoyéticas eritroides, con hemoglobina y hematocrito elevados en forma persistente. El tratamiento se realiza de acuerdo al riesgo patológico según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, en pacientes de bajo riesgo; hasta la actualidad lo más utilizado es la flebotomía terapéutica acompañada de dosis de aspirina, desde que se utiliza este tratamiento la sobrevida aumentó en más de 20 años. (Castro, 2010)

En la actualidad, «son los hematólogos especialistas en el tratamiento de los trastornos de la sangre, los que utilizan el remedio para la poliglobulia.

Quevedo (2011) afirma que:

[...] Nuevos fármacos citorreductores prácticamente desprovistas de riesgo mutagénico incluyen interferón alfa y anagrelida, pero su papel en la reducción de complicaciones trombóticas o mortalidad queda por demostrar. Los fármacos antitrombóticos, tales como la aspirina, se utilizan con frecuencia, a pesar de dudas respecto a la seguridad y eficacia, además de secuelas a largo plazo de sangrados gástricos. (Quevedo, 2011)

El objetivo fue determinar cómo incide la flebotomía terapéutica en los pacientes con policitemia vera, evitando de esta manera el uso indebido y altas dosis de fármacos antitrombóticos.

Objetivo General:

- Determinar la incidencia de la flebotomía terapéutica en pacientes polisintéticos diagnosticados por hematocrito y hemoglobina en el Banco de Sangre. “Riobamba” 2014.

Objetivos Específicos:

- Valorar al hematocrito y hemoglobina en pacientes que acuden al Banco de Sangre.
- Identificar pacientes policitémicos con valores de hematocrito y hemoglobina elevados.
- Aplicar el tratamiento de la flebotomía terapéutica.
- Dar seguimiento a los pacientes con policitemia “Vera”.

Desarrollo

Según García – Conde (2000) define a la policitemia como «El aumento de la masa eritrocitaria total por encima de 32 ml/kg en mujeres o 36 ml/kg en hombres, o bien de forma más sencilla mediante un valor de hemoglobina mayor de 15,7 g/dl en mujeres o 17,7 g/dl en varones» (p.123).

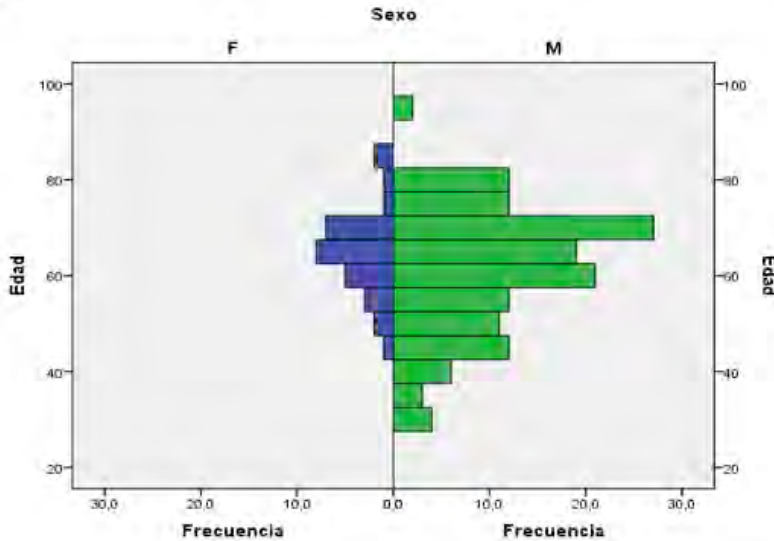
Se puede decir que García indica valores elevados de hemoglobina y hematocrito en hombres y mujeres, también el diagnóstico por índices elevados de masa eritrocitaria.

Diversas estrategias terapéuticas, empleadas a lo largo de los años, han permitido prolongar significativamente la vida de los pacientes. Sin embargo las complicaciones propias de la enfermedad, y otras inducidas por los tratamientos utilizados, continúan comprometiendo la sobrevida y la calidad de vida de estos pacientes.

Diversos signos y síntomas como: fatiga, cansancio, dolor de cabeza, dificultad para respirar, mareos, observas tu piel enrojecida, son característicos de un paciente poliglobúlico, con un hemo-grama y un diagnóstico oportuno, se puede prevenir una trombosis arterial o venosa, un ataque al corazón, un derrame cerebral o una embolia pulmonar. (Alvarez, 2013, p.23).

Resultados

Figura 1: Frecuencia, Policitemia (Relación Edad- Sexo)

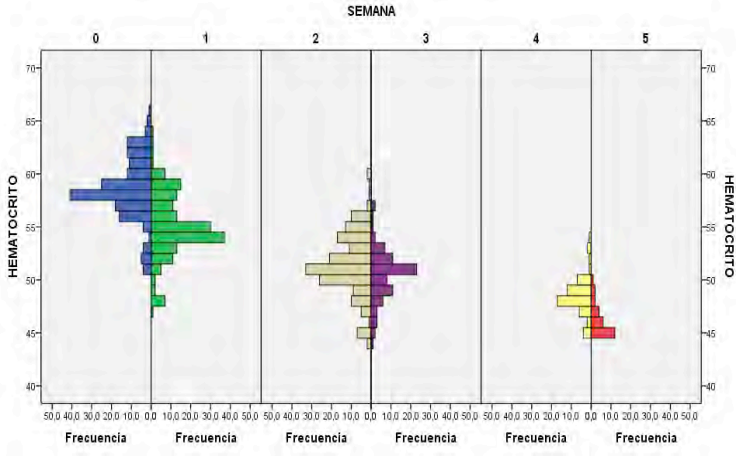


Fuente: Investigadores, 2015.

El gráfico No 1, demuestran la frecuencia de los datos después de realizar la determinación del hematocrito y hemoglobina en los pacientes que acudieron al Banco de Sangre, se observa que hay mayor incidencia de la enfermedad en el género masculino, con un total de 141 pacientes, distribuidos por edades así se observa que la enfermedad empieza a edades tempranas, desde los 30 hasta los 93 años, en el rango de 30 a 40 años (13 pacientes), desde los 43 a 50 años (21 pacientes), desde los 51 a los 60 años(28 pacientes), desde los 61 a los 70 años (48 pacientes), desde los 71 a los 80 años(25 pacientes) y finalmente desde los 81 años hasta los 93 son (6 pacientes), es decir que hay mayor número de pacientes diagnosticados policitemia en el rango de edad de 61 a 70 años. Estos resultados ratifican lo expuesto por Castro M. et al. (2010) el cual indica que “la PV se presenta habitualmente entre los 50 y 70 años, con ligero predominio en hombres (58%)”.

También concuerda con lo encontrado por la Dra. Norma Fernández, en el sentido de que «la PV afecta fundamentalmente a individuos entre la quinta y sexta décadas de vida, pero se ha informado hasta el 4,7 % de los casos en menores de 40 años, sin embargo, todos los autores coinciden en que aunque puede aparecer a cualquier edad, en los niños es muy rara» (Fernández, 2011).

Figura 2: Frecuencia Del Hematocrito Por Semanas



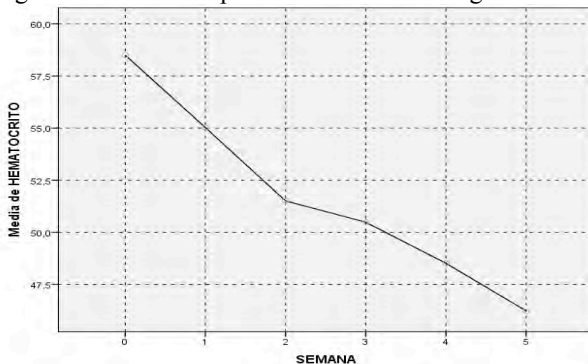
Fuente: Investigadores, 2015

En el gráfico No. 2, se observa el comportamiento de dispersión entre los datos de los valores de hematocrito en relación a la frecuencia, iniciando en la semana de diagnóstico (semana 0) hasta la semana que culmina el tratamiento (semana 5). En la primera semana se observa una simetría entre los datos, cuyos valores mayores de hematocrito se observa que está entre los 58 y 64%, con una frecuencia cercana al 45%. En la segunda semana se observa una ligera asimetría, y los valores de hematocrito están en su mayoría en el rango de 50 a 60%, con una frecuencia menor al 40%. En la tercera semana se observa un sesgo aumentado hacia la derecha, encontrándose valores de hematocrito en su mayoría por debajo de 50%, con una frecuencia de apenas 25%. En la cuarta semana la asimetría es más evidente los valores decaen por debajo de 50%, con una frecuencia menor a 20%. Al finalizar la quinta semana se observa una asimetría marcada hacia la derecha lo que significa que los valores de hematocrito bajaron hasta 45% y con una frecuencia disminuida del 10% de pacientes.

Entonces los pacientes policitémicos diagnosticados mediante la valoración del hematocrito y hemoglobina mejoran progresivamente con la flebotomía terapéutica. Tal como manifiesta la Dra. Norma Fernández acerca del tema:

[...] La manifestación más evidente de la PV es el incremento de la masa de glóbulos rojos y por ende, del Hto. Las flebotomías han sido empleadas en el control de la eritrocitosis por años, pero es obvio que aunque es una medida eficaz en la reducción rápida del Hto, no tiene acción sobre otras manifestaciones como la leucocitosis, la trombocitosis y la esplenomegalia. (Fernández, 2011)

Figura 3: Análisis Exploratorio De La Hemoglobina



Fuente: Investigadores, 2015

En el gráfico N° 3, se observa que en la semana cero se inicia el diagnóstico de los pacientes con policitemia, cuyos valores de hemoglobina están alrededor de 21 mg/dL y en el transcurso de las semanas estos valores siguen disminuyendo así en la semana 1 se llegan a valores de hemoglobina en promedio de 18.2 mg/dL, en la segunda semana valores de hemoglobina con un promedio de 16.9 mg/dL. En la tercera semana se encuentran valores promedio de 16.5 mg/dL, en la cuarta semana un promedio de 16 mg/dL hasta llegar a la quinta semana donde se alcanzan valores de 15.2 mg/dL de hemoglobina.

RESUMEN DE HIPOTESIS DE LAS 5 SEMANAS Hb.

Tabla1: Se demuestra el valor de significancia mediante el test de Wilcoxon)

| Resumen de prueba de hipótesis | | | | |
|--------------------------------|---|---|------|-----------------------------|
| | Hipótesis nula | Test | Sig. | Decisión |
| 1 | La mediana de las diferencias entre HEMOGLOBINA_2 y HEMOGLOBINA_3 es igual a 0. | Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas | ,000 | Rechazar la hipótesis nula. |

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: Investigadores, 2015

El test no paramétrico de Wilcoxon se utiliza para agrupar con dos variables en este caso los hematocritos por semanas, se calcula un valor de significancia de 0,000 que es menor a 0,05, lo que significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa H1, quedando demostrado que los valores de Hb, disminuyen conforme se sigue el tratamiento en semanas.

Conclusiones

- La flebotomía terapéutica incide favorablemente en el tratamiento de los pacientes policitémicos diagnosticados por hematocrito y hemoglobina en el Banco de Sangre, Riobamba 2014.
- Se valoró hematocrito y hemoglobina de acuerdo al sexo y a la edad para diagnosticar la policitemia en los pacientes que acudieron al Banco de Sangre 172 pacientes. 141 hombres, 31 mujeres. Hemoglobinas de más de 18,5 g/dl en hombres y de 17,5 g/dl en mujeres.
- Se identificó pacientes policitémicos de sexo masculino con valores de hematocrito superior a 52% y hemoglobina mayor de 19 mg/dL, y pacientes policitémicas mujeres con hematocrito superior a 47% y hemoglobina mayor a 16,5 mg/dL.
- Se aplicó el tratamiento de la flebotomía terapéutica a los 172 pacientes de estudio, y mejoraron notablemente su salud, signos y síntomas de la enfermedad, los valores de hematocrito y hemoglobina desde la semana 3 hasta la semana 5 donde se finalizó el tratamiento se alcanzó un hematocrito de 45%, se determinó una diferencia significativa desde la semana 0 de diagnóstico hasta la semana 5.
- Se dio seguimiento a los pacientes con policitemia vera, realizándolos controles semanales de hematocrito y hemoglobina, también se compensó el volumen de sangre extraído con solución salina o bedex de acuerdo a la orden del médico., cabe recalcar que durante el tratamiento con la flebotomía terapéutica todos los pacientes consumían una aspirina diaria de 100 mg/dL para evitar la formación de trombos y coágulos que impidan el fluido normal de la sangre.

REFERENCIAS

- Alvarez, C. (2013). *Fmbolivia.net*. Obtenido de <http://www.fmbolivia.net/noticia16217-la-umsa-descubre-tratamiento-para-la-poliglobulia-en-la-altura.html>
- Castro, M. (2010). *Guía Médica Terapéutica*. Buenos Aires.
- Domingo Claros, A. (1999). Problemas hematológicos. Atención primaria. Madrid; Cano Pérez JF, editores. 4 ed. 1999; p. 1345-71.
- Espinoza, E. (2014). *Flebotomía Terapéutica*. Obtenido de <http://www.slideshare.net/edgarespinozazepita/flebotomia-terapeutica>
- Fernández, N. (2011). Flebotomía en pacientes policitémicos. (C. Tinajero, Entrevistador)
- García - Conde, J. (2000). *Oncología Clínica Básica*. Madrid: Arám.
- Harrison, G. (2010). *Principios de Medicina Interna*. México; Editorial MC Graw Hill Interamericana 14a edición, p. 1486, 1658, 1318, 777.
- Hernández, J. (2010). *Monografías.com*. Recuperado el 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos15/tecnicas-homoterap/tecnicas-hemoterap.shtml>
- Osorio, S. (2008). *Hematología Diagnóstico y Terapéutica*. Buenos Aires; Editorial Mediterráneo Ltda. p. 213,214, 220, 307-313
- Perez, J., & Gomez, A. (2012). *Hematología la sangre y sus Enfermedades*. México: Editores S.A de C.V.
- Quevedo, A. (2011). *Guía de Policitemia*. Recuperado el 2016, de <http://www.sah.org.ar/docs/guiadeaPV-vf.pdf>
- Robin, O. (2011). *Hematología, Inmunología y Enfermedades Infecciosas*. Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Rodak, C. 2010. *Atlas de Hematología Clínica*. Bogotá; Editorial Medica panamericana, p 172.
- Sauders, E. 2011. *Enfoque para la Anemia*. Philadelphia; Editorial Cecel, p. 220- 224.

Diferencias étnicas en salud en personas mayores del norte de Chile

Lorena Gallardo Peralta, Universidad de Tarapacá, Chile

Resumen: Esta investigación analiza las diferencias en salud en función de la pertenencia a una etnia originaria chilena en la región de Arica y Parinacota. Se trata de unas de las primeras investigaciones en Chile y en Sudamérica que analizan esta dimensión en el proceso de envejecimiento. Se trata de un estudio cuantitativo y transversal. La muestra está conformada por 493 personas mayores chilenas que residen en el extremo norte de Chile. La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal. El estudio fue realizado en zona urbana y zonas rurales, incluyendo poblados del altiplano chileno. Se aplicaron escalas internacionalmente reconocidas en la investigación geriátrica para medir la presencia de síntomas de deterioro en salud, dependencia y depresión. Los resultados obtenidos en el análisis de datos muestran diferencias estadísticamente significativas en depresión y salud en función de la pertenencia étnica, estableciendo una desventaja para las personas mayores indígenas. Los hallazgos confirman la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y la relevancia de los aspectos culturales a través de la pertenencia a una etnia originaria. Para el campo de las ciencias sociales este estudio confirma la necesidad de realizar intervenciones gerontológicas contextualizadas que discriminen positivamente a los grupos en riesgo social.

Palabras clave: salud, depresión, dependencia, envejecimiento, etnicidad

Abstract: This research analyzes the differences in health in terms of belonging to a native Chilean ethnic group in the region of Arica and Parinacota. This is one of the first investigations in Chile and South America that analyze this dimension in the aging process. This is a quantitative and cross-sectional study. The sample consists of 493 Chilean elderly living in the far north of Chile. The application of the questionnaire was conducted through personal interviews. The study was conducted in urban and rural areas, including villages in the Chilean Altiplano. Scales internationally recognized geriatric research to measure the presence of symptoms of impaired health, dependence and depression were applied. The results of data analysis showed statistically significant differences in depression and health in terms of ethnic belonging, establishing a disadvantage for the elderly Indians. The findings confirm the heterogeneity of the aging process and the importance of the cultural aspects through belonged to a native ethnic group. For the field of social sciences this study confirms the need for gerontological contextualized interventions that positively discriminate against groups at risk.

Keywords: Health, Depression, Dependency, Aging, Ethnicity

Introducción

Chile ha experimentado en las últimas décadas un acelerado proceso de envejecimiento de su población. Según los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (2013) el 16,7% de los chilenos tienen más de 60 años, lo que se traduce en que 2.885.157 personas chilenas son consideradas adultas mayores. De esta manera, los estudios centrados en este grupo de edad han ganado relevancia en los últimos años. Específicamente el estudio de las variables que permitan comprender las condiciones del envejecimiento de los chilenos y las chilenas, tales como salud física (Vivaldi y Barra, 2012), salud mental (Von Mühlbrock *et al.*, 2011), calidad de vida (Herrera, Barros y Fernández, 2011) y satisfacción vital (Ramírez y Lee, 2012).

La salud es una variable central en el análisis del envejecimiento (Fernández- Ballesteros *et al.*, 2010, Grundy y Sloggett, 2003; Hawton *et al.*, 2011). Si bien es cierto el envejecimiento es un proceso multidimensional, tanto la salud física como la salud mental son variables recurrentes en el análisis del envejecimiento con éxito o buen envejecer (Peel, McClure y Bartlett, 2005). Desde el punto de la salud física, en este estudio se analizan los problemas de salud más recurrentes en los adultos mayores, tales como dolor de espalda, problemas cardíacos, problemas



respiratorios, etc. (se detallan en la metodología) y la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Entendiendo que padecer problemas de salud (Valenzuela, Herrera, Fernández y Prado, 2011) y una baja o nula capacidad funcional (Bozo y Guarnaccia, 2010) afectarán negativamente el proceso de envejecimiento. Específicamente, los problemas de funcionalidad, ya sea la falta de autonomía o bien algún grado de dependencia, limita y afecta negativamente la calidad de vida de las personas mayores (Mella, Alvear, Carrillo y Caire, 2003). Lo mismo cabe señalar con respecto a la salud mental (Mella *et al.*, 2004), que en esta investigación se operacionalizó a través de la presencia de síntomas depresivos.

En este trabajo se incorpora una variable cultural especialmente relevante, como es el hecho de pertenecer o no a una etnia originaria chilena. Más específicamente a la etnia aymara¹. Cuando se analiza la variable etnicidad y envejecimiento, se observan diversas perspectivas. Por un lado, se encuentran posiciones que señalan que la pertenencia a minorías étnicas constituye un factor protector en la vejez, al potenciar que los individuos afronten en mejores condiciones el proceso de envejecimiento (Hopper, 1993). Peek *et al.* (2010) observan que la identidad étnica (en este caso ser mexicano en los Estados Unidos) influye positivamente en los indicadores de salud de las personas mayores, al contrario de lo ocurrido entre aquellas personas que presentan un proceso de aculturación más profundo, las cuales muestran una mayor probabilidad de no disfrutar de los efectos protectores en la salud. Por otro lado, son también relevantes las investigaciones que se ocupan de los elementos de desventaja existentes para las minorías étnicas, evidenciando su asociación con menores niveles de salud y con una mayor incidencia de depresión (Pinquart y Sörensen, 2005).

En el caso específico de los grupos étnicos latinoamericanos y su proceso de envejecimiento, la evidencia empírica es escasa. Destacan los estudios realizados en México. En este sentido Gómez (2012) a través de un estudio etnogerontológico, observa que la vejez en contextos indígenas se caracteriza por la marginación y vulnerabilidad social. Los adultos mayores indígenas suelen presentar problemas asociados a la pobreza, al analfabetismo y a las dificultades de acceso a redes formales de apoyo. Igualmente en Chile se comprueba que en zonas rurales, donde viven principalmente las personas mayores indígenas, es difícil el acceso a los sistemas de atención de salud. Mella *et al.* (2003) realizan un estudio en adultos mayores mapuches y no mapuches en zonas rurales, evaluando la capacidad funcional en cinco áreas. Los resultados demostraron que las personas mayores mapuches presentan mayores porcentajes de dependencia en las áreas de funciones mentales y comunicación. En ámbitos sociales, como la escolaridad, los mapuches presentan mayor analfabetismo.

La presente investigación tiene como objetivo analizar las diferencias étnicas en salud- física y mental- en personas mayores residentes en extremo norte de Chile. Teniendo en cuenta la localización geográfica del estudio, tiene sentido incluir la variable etnicidad, puesto que en la región en cuestión se alberga el mayor número de población aymara del país. Por tanto el objetivo del estudio es conocer las diferencias en la salud física y mental de los adultos mayores de la región de Arica y Parinacota, según la pertenencia a una etnia originaria. Se plantea como hipótesis que las personas mayores indígenas presentan más problemas de salud física y mental.

Método

Muestra

Se trata de un estudio de corte transversal, con una muestra conformada por 493 personas mayores chilenas que residen en la región de Arica y Parinacota. Se trata de una muestra de la población de adultos mayores residentes en la región con un margen de error del 4.4% para un nivel de confianza del 95%. Se recurrió a un muestro estratificado por sexo, etnia y lugar de residencia (rural y urbano).

¹ La etnia aymara que hoy habita las Regiones de Arica- Parinacota (región en la que se desarrolló el trabajo de campo del presente estudio) y Tarapacá, en el extremo norte de Chile, formaban parte del Estado Nacional del Perú entre 1821 y 1879. Periodo comprendido entre la declaración de independencia de España y la Guerra del Pacífico. Tras esta guerra se anexan estos territorios al Estado Nacional de Chile. Por tanto la etnia aymara es incorporada a las chilenas ya existentes en el año 1879.

En cuanto a sus características fundamentales, el 86% de las personas incluidas en la muestra tenía entre 60 y 79 años de edad (edad media de 71.47 años). El 67% eran mujeres y el 51% tenían estudios básicos. En cuanto al estado civil, la mayoría de la muestra tenía pareja (54%), ya sea en matrimonio o en convivencia. De aquellos que no contaban con pareja, la mayoría eran viudos/as (25% de la muestra). Se trata de una muestra que incluye tanto personas residentes en zonas urbanas (86%) como en zonas rurales de valles pre-cordilleranos y en zonas altiplánicas. Finalmente, el 30% pertenecía a una etnia originaria chilena, siendo la aymara la más frecuente (85% de los casos).

Tabla 1: Características de la muestra

| <i>Variable</i> | <i>Categorías</i> | <i>Frecuencia n (%)</i> |
|---|--------------------------------------|-------------------------|
| <i>Edad</i> (<i>por grupos</i>) | 60 – 69 años | 207 (42%) |
| | 70 – 79 años | 216 (44%) |
| | 80 – 89 años | 63 (13%) |
| | 90 y más años | 7 (1%) |
| <i>Sexo</i> | Mujer | 330 (67%) |
| | Hombre | 163 (33%) |
| <i>Escolaridad</i> | Sin estudios | 48 (10%) |
| | Educación básica | 251 (51%) |
| | Educación media | 128 (26%) |
| | Educación superior | 66 (13%) |
| <i>Estado conyugal</i> | Casado/a | 243(49%) |
| | Conviviente | 22 (5%) |
| | Soltero/a | 52 (11%) |
| | Viudo/a | 123 (25%) |
| | Divorciado/a o separado/a de hecho | 53 (10%) |
| <i>Localidad en la que reside</i> | Urbana (ciudad de Arica) | 425 (86%) |
| | Rural (Codpa y poblados cercanos) | 17 (3%) |
| | Altiplánico (Putre, Socoroma u otro) | 51 (11%) |
| <i>Pertenece a etnia originaria chilena</i> | Sí pertenece | 147 (30%) |
| | No pertenece | 346 (70%) |

Procedimiento

La aplicación del cuestionario se realizó a través de entrevista personal. Para realizar el estudio se siguieron dos estrategias. Por un lado, para la aplicación en la zona urbana se estableció contacto con la institución gubernamental de personas mayores (Servicio Nacional de Adultos Mayores), que facilitó la aplicación de los cuestionarios y aportó información de las principales agrupaciones de personas mayores en la ciudad. Por otro lado, la aplicación del cuestionario en las zonas rurales/altiplánicas supuso afrontar grandes dificultades, como el difícil acceso a los poblados (por no contar con carreteras asfaltadas) o la existencia de horarios restringidos de luz pública y en los hogares (por tanto con horarios restringidos de aplicación). En el caso específico de localidades altiplánicas se añaden las dificultades que el entrevistador pueda presentar en términos físicos (por la altitud geográfica) y los rasgos culturales de desconfianza al extraño, siendo imprescindible contar con el apoyo de un agente social de la zona. Por todos esos motivos, en las zonas rurales (Valle de Codpa) y altiplánicas (Putre y Socoroma) se contactaron agentes sociales claves. En el Valle de Codpa se contactó con el párroco del poblado y la presidenta del Club de Adultos Mayores. El cuestionario se aplicó en las dependencias de la Junta de Vecinos y asimismo se realizó una puerta a puerta por el pueblo. Procedimiento similar se realizó en las zonas altiplánicas de Putre y Socoroma, en las que se localizó al párroco de Putre y a dirigentes de agrupaciones de personas mayores, aplicándose los cuestionarios en una reunión convocada por los dirigentes en cada localidad y en los domicilios.

Instrumentos

Dependencia en actividades básicas de la vida diaria (AVD)

Índice de Barthel de Mahoney y Barthel (1965). Se trata de una escala que valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al servicio, traslados, deambular y subir escalera. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .62.

Síntomas asociados a problemas de salud

Cuestionario de Síntomas asociados a Problemas de Salud de Herrera, Barros, y Fernández (2007). Es un instrumento desarrollado específicamente para la medición de salud entre la población de adultos mayores en Chile, en el marco de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (Valenzuela *et al.*, 2011). Se trata de un *checklist* compuesto por 12 situaciones relacionadas con problemas de salud (dolor de espalda, problemas cardíacos, problemas respiratorios, dolor de cabeza persistente, problemas de memoria, piernas hinchadas, problemas para dormir, caídas, mareos o desmayos, problemas de estómago e intestino, incontinencia urinaria, estado de ánimo). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .71.

Depresión

Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink *et al.* (1982). La versión original consta de 30 ítems, si bien en este estudio se utilizó la versión abreviada, que incluye 15. Esta última conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de administración. A través de este instrumento se registra la presencia de 15 síntomas de depresión, de manera que la puntuación resultante varía entre 0 y 15. Es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar la depresión en personas mayores. Ha sido traducido y validado en diversos idiomas, incluyendo el español (Baker y Espino, 1997). Esta escala ha sido utilizada exitosamente en población chilena por Hoyl, Valenzuela y Marín (2000). El índice de consistencia interna (*alpha* de Cronbach) fue de .77.

Análisis de los datos

Para dar cuenta del objetivo del estudio se realizaron –además de los correspondientes análisis descriptivos– comparaciones de las medias (prueba *t* de Student) para las variables centrales del estudio (dependencia en actividades de la vida diaria, síntomas asociados a problemas de salud y depresión) entre las personas mayores pertenecientes a una etnia originaria (Aymara, en este caso) y las personas mayores no pertenecientes a ninguna etnia originaria. Además, en aquellos casos en los que se trataba de determinar la existencia de una diferencia en la prevalencia de alguna situación o síntoma concreto, se calculó la prueba χ^2 . El análisis de datos se realizó a través de los programas SPSS (versión 19).

Resultados

Los datos de la tabla 2 recogen los estadísticos descriptivos de las principales variables del estudio. En lo que refiere a la dependencia de las actividades de la vida diaria (AVD) en general se advierte que los adultos mayores investigados presentan bajos niveles de dependencia, de forma que la mayoría es independiente y solo un 20.7% presenta dependencia leve. Las actividades que presentan mayor dificultad son bajar y subir las escaleras (20.3%), deambular en un radio de 50

metros (10.3%) y trasladarse dentro de la casa (6.1%). En otras palabras, en pocos casos hay actividades del día a día que requieren la ayuda física o supervisión de un tercero.

En lo que respecta a los síntomas asociados a problemas de salud, el cuestionario utilizado registra la existencia de 12 situaciones especialmente recurrentes entre las personas mayores chilenas. En este estudio la media para este cuestionario es de 3.86 (d.t.=2.29). Destaca el hecho de que 62.7% presenta dolores de espalda, rodillas, caderas y otros, seguido por un 42.6% que señala tener problemas para dormir.

Finalmente, la depresión muestra una puntuación media de 4.24 (d.t.=3.14). El 29.3% de la muestra alcanzó puntuaciones que sugieren la existencia de depresión, un 23% de la muestra se encontraría en la categoría de depresión leve y un 6% en la de depresión establecida, según el estándar de clasificación del cuestionario utilizado.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos para las variables dependencia, síntomas asociados a problemas de salud y depresión

| | <i>Media (d.t.)</i> | <i>Rango observado</i> |
|---|---------------------|------------------------|
| <i>Dependencia en actividades básicas de la vida diaria</i> | 78.14 (4.29) | 0 - 100 |
| <i>Síntomas asociados a problemas de salud</i> | 3.86 (2.29) | 0 -12 |
| <i>Depresión</i> | 4.24 (3.14) | 0-15 |

En la tabla 3 se ofrecen los resultados de las comparaciones de medias correspondientes a las variables del estudio en función de la pertenencia étnica. Los datos muestran que hay diferencias estadísticamente significativas entre personas mayores indígenas y no indígenas en las variables “síntomas asociados a problemas de salud” y “depresión”. En ambos casos las puntuaciones medias de las personas mayores indígenas sugieren la presencia de más síntomas de salud física y mental.

Tabla 3: Diferencias en salud física y mental, según pertenencia étnica

| <i>Variable</i> | <i>Etnicidad</i> | <i>Media</i> | <i>t</i> | <i>g.l.</i> | <i>p</i> |
|---|------------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| <i>Dependencia en actividades básicas de la vida diaria</i> | Pertenece a etnia originaria | 77.85 | 0.967 | 491 | .33 |
| | No pertenece a etnia | 78.26 | | | |
| <i>Síntomas asociados a problemas de salud</i> | Pertenece a etnia originaria | 4.26 | -2.427 | 455 | .01 |
| | No pertenece a etnia | 3.69 | | | |
| <i>Depresión</i> | Pertenece a etnia originaria | 4.80 | -2.563 | 452 | .01 |
| | No pertenece a etnia | 3.99 | | | |

Además, en el caso concreto de los síntomas valorados en el cuestionario de salud se comparó la incidencia de cada uno de ellos en función de la pertenencia al grupo étnico. Los resultados mostraron que las personas mayores aymaras presentaron en mayor porcentaje dolores de espalda, rodillas y caderas (73.4%) que las no indígenas (64.4%) ($\chi^2=3.280$; $p=.05$); dolor de cabeza (52.5%) que los no indígenas (40.1%) ($\chi^2=6.038$; $p=.01$); contusiones por caídas (31.9%) que los no indígenas (22.3%) ($\chi^2=4.741$; $p=.02$); incontinencia (9.4%) que los no indígenas (4.7%) ($\chi^2=3.648$; $p=.05$). Por último mientras que el 12.3% de las personas mayores aymaras serían clasificables como casos potenciales de depresión, este porcentaje es de 4.1% para los no indígenas ($\chi^2=10.428$; $p=.005$).

Discusión y conclusión

Los resultados de este estudio comprueban la asimetría en el proceso de envejecimiento en la población chilena, en desmedro de los grupos étnicos originarios. Las personas mayores indígenas envejecen con mayores dificultades en los ámbitos de salud física y mental. Diversos factores étnicos, familiares y ambientales influyen en que esta etapa del ciclo vital sea aún más compleja en las personas mayores aymaras.

En lo que refiere a salud física. Los datos muestran mayor padecimiento de síntomas asociados a problemas de salud en los indígenas del extremo norte de Chile, lo que se corrobora con estudios efectuados en otras etnias originarias chilenas (Mella *et al.*, 2003). El difícil acceso a sistemas de salud influye en que estos grupos étnicos minoritarios padezcan más problemas de salud en comparación con el resto de la población chilena. En muchas ocasiones los indígenas mayores asisten a la etapa del diagnóstico, pero suelen ser rehaceos a seguir el tratamiento bajo los parámetros de la medicina convencional. En este sentido, en los últimos años en Chile se ha avanzado en una política social indígena integral, incorporando las prácticas de la medicina tradicional indígena en los sistemas primarios de atención de salud, con objeto de respetar las prácticas ancestrales y a la vez de poder ofrecer un sistema más integral a este grupo en específico.

En la localidad de Putre (donde se entrevistó a un número significativo de personas mayores aymaras) está en pleno desarrollo un sistema intercultural de atención en salud, con la presencia de terapeutas aymaras en el centro de salud familiar. Autores como Caroselli (2013) plantean que este nuevo sistema intercultural, solo es capaz de dar respuesta eficiente a la demandas de enfermedades infecciosas (uso de la biomedicina), sin embargo el nuevo sistema no logra dar respuesta a las demandas de pacientes que padecen de dolor crónico. De esta manera, podemos comprender por qué los aymaras presentan más síntomas asociados a problemas de salud.

Otro factor que puede afectar negativamente la salud de las personas mayores aymaras es seguir trabajando aunque físicamente no estén en óptimas condiciones. Teniendo en cuenta que realizar actividades físicas de alto coste, por ejemplo pastoreo, puede incrementar el dolor o bien transformar esa dolencia en algo crónico. Para comprender es fenómeno se debe tener en cuenta la cosmovisión aymara, en la cual se respeta el principio de “participación comunitaria” en la reproducción económica y social de la familia, por tanto desde que se nace hasta la adultez mayor se es parte de este principio de reciprocidad participativa que perpetua la comunidad andina (Gavilán, 2002). Desde esta perspectiva, envejecer desde una mirada aymara significa mantenerse activo en la comunidad y las personas mayores indígenas seguirán trabajando en labores domésticas, ganaderas, agrícolas y textiles. Esta capacidad de seguir trabajando supone incluso, como lo señalábamos, tener que lidiar con diversos dolores físicos (espalda, rodillas, caderas o bien contusiones por caídas), sobrellevar enfermedades crónicas e incluso experimentar sentimientos negativos, como la soledad, la tristeza y la desesperanza.

En este estudio, igualmente se confirma una desventaja en salud mental de las personas indígenas. Los datos muestran mayores síntomas de depresión en la comunidad aymara. Una posible explicación es que los aymaras entrevistados en su mayoría residen en zonas rurales, estas localidades altiplánicas han experimentado en los últimos años un acelerado proceso de despoblación (Caroselli, 2013). Por tanto muchos adultos mayores indígenas viven solos o con su pareja y lejos de otras redes sociales significativas: hijos, nietos y familiares extensos. Junto con la ausencia de redes sociales, que les genera un fuerte sentimiento de soledad, acrecienta este sentimiento negativo el aislamiento físico en el que habitan, puesto que las condiciones geográficas los hace estar alejados entre los pueblos y la zona urbana.

No solo las condiciones de salud física y mental son precarias en pueblos originarios chilenos, sino también el acceso a diversos sistemas de protección o bien promoción de un mejor envejecimiento. Se debe tener en cuenta que las comunidades indígenas en Chile, experimentan un contexto de exclusión aún no resuelto. Tal como afirma Gavilán (2015) los descendientes de los pueblos originarios en América Latina y en Chile, demandan una mayor inclusión política y social a sus respectivos Estados o naciones, pues históricamente han sufrido diversas manifestaciones de exclusión ciudadana. De esta manera, más allá de las posibles dificultades personales (étnicas que pudiesen existir), familiares o ambientales, las personas mayores aymaras aún están sujetas a un sistema político y social que es adverso. Ello no implica desconocer las políticas impulsadas por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), sino más bien situarnos en su momento histórico y comprender que aún quedan heridas por la falta de reconocimiento histórico del pueblo aymara.

A modo de conclusión, se confirma nuevamente que el proceso de envejecer en los indígenas chilenos está relacionado con diversos factores de riesgo (Mella *et al.*, 2003). Esto supone un desafío para las disciplinas de las ciencias sociales y ciencias de la salud en la promoción políticas sociales integrales, desde una mirada intercultural, que discriminen positivamente a las personas mayores que pertenecen a etnias originarias, ya sea aymara, rapa-nui, quechua, mapuche, atacameña, coya, alacalufe, yagán o diaguita.

El aislamiento y la soledad son un tema a considerar en el proceso de envejecer con éxito o bien (Fokkema, de Jong y Dykstra, 2012). El fenómeno de despoblamiento en zona rurales chilenas va en aumento, frente a lo cual los sistemas formales de apoyo al adulto mayor han de buscar mecanismos inclusivos y otros sistemas de intervención social, que puedan compensar este sentimiento de soledad en los aymaras. Por otra parte, queda aún el desafío de mejorar las prácticas de medicina intercultural, como bien lo señalamos que den respuesta oportuna no solo a enfermedades infecciosas, sino también a dolores o patologías crónicas.

Finalmente, este estudio comprueba la necesidad de efectuar estudios del proceso de envejecimiento en grupos étnicos minoritarios, atendiendo las condiciones de vulnerabilidad social en la que se desenvuelven.

REFERENCIAS

- Baker, F. M. y Espino, D. V. (1997). A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(1), 21-25. doi: 10.1002/(SICI)1099-1166
- Bozo, Ö. y Guarnaccia, C. A. (2010). Activities of daily living, social support, and future health of older Americans. *Journal of Psychology*, 144(1), 1-14. doi:10.1080/00223980903356032
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey, M. y Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1(1), 37-43. doi: 10.1300/J018v01n01_06
- Caroselli, S. (2013). El dolor de los pacientes aymara de la comuna de Putre: prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural. *Diálogo Andino*, (42), 89-104. doi: 10.4067/S0719-26812013000200008
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López, M. D., Molina, M. A., Díez, J., Montero, P. y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: Criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
- Fokkema, T., de Jong, J. y Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in Older Adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 201-228. doi: 10.1080/00223980.2011.631612
- Gavilán, V. (2002). Buscando vida: hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. *Chungará*, 34(1), 101-117. doi: 10.4067/S0717-73562002000100006.
- (2015). Ser indio y ciudadano en el norte chileno: Etnicidad y estatus de pertenencia a la comunidad nacional y política. *Revista de geografía Norte Grande*, (60), 63-77. doi: 10.4067/S0718-34022015000100004.
- Gómez, L. R. (2012). Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. *Revista del Centro de Investigación. Universidad la Salle*, 10(38), 69-83.
- Grundy, E. y Sloggett, A. (2003). Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science and Medicine*, 56(5), 935-947.
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Grave, C. J. y Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67. doi:10.1007/s11136-010-9717-2
- Herrera, M. S., Barros, C. y Fernández, M. B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139. doi: 10.1007/s12062-011-9043-7
- Herrera, M.S., Barros, C., y Fernández, M.B. (2007). Primera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Hopper, S. V. (1993). The influence of ethnicity on the health of older women. *Clinics in Geriatric Medicine*, 9(1), 231-259.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. y Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista Médica de Chile*, 128(11), 1199-1204. doi: 10.4067/S0034-98872000001100003
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mella, R., Alvear, A., Carrillo, B. y Caire, V. (2003). Valoración de las funciones mentales y la comunicación en adultos mayores mapuches y no mapuches en áreas rurales del sur de

- Chile. *Revista médica de Chile*, 131(11), 1257-1265. doi: 10.4067/S0034-98872003001100005
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*, 13(1), 79-89. doi: 10.4067/S0718-22282004000100007
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional* [Casen, 2013]: Síntesis de resultados de adultos mayores. Ministerio de Desarrollo Social: Santiago de Chile.
- Von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. y Von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337. doi: 10.4067/S0717-92272011000400004.
- Peek, M. K., Cutchin, M. P., Salinas, J. J., Sheffield, K. M., Eschbach, K., Stowe, R. P. y Goodwin, J. S. (2010). Allostatic load among non-hispanic whites, non-hispanic blacks, and people of mexican origin: Effects of ethnicity, nativity, and acculturation. *American Journal of Public Health*, 100(5), 940-946. doi: 10.2105/AJPH.2007.129312
- Peel, N. M., McClure, R. J. y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. doi: 10.1016/j.amepre.2004.12.002
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90-106. doi: 10.1093/geront/45.1.90
- Ramírez, M. y Lee, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis*, 11(33), 407-428. doi: 10.4067/S0718-65682012000300020
- Valenzuela, E., Herrera, M. S., Fernández, B. y Prado, P. (2011). *Chile y sus mayores. Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. doi: 10.4067/S0718-48082012000200002

Ante la ausencia del deseo sexual: activamos el permiso de estar presentes

Elizabeth Viviana Barrozo, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen: La falta de deseo sexual se manifiesta de manera creciente en la sociedad actual. Proponemos como abordaje, la activación de “permisos para el placer con sentido”: estar presentes, utilizando herramientas como la pantomima transaccional.

Palabras clave: salud, medicina, comunicación, pantomima, sexualidad, deseo

Abstract: In this age, talking about sexuality is to get communicated, and sexuality is communication. The absence of sexual desire requires multiple approaches but, above all, it needs the activation of permits: to feel, enjoy, live, love and be loved, experiences linked to this present. We offer, as an approach to achieve this objective, a valuable tool that we call: “Transactional Pantomime”, therapy link art and science, in a leading meeting way, at the highest point of communication: the intimacy.

Keywords: Health, Medicine, Communication, Sexuality, Desire, Pantomime

Introducción. Fundamentación teórica

La sexualidad humana, aunque es potencialmente un bien natural, implica hábitos, comportamientos, actitudes y significados aprendidos que tienen que ver con la historia personal de cada uno. “La sexualidad puede –y debe– ser una fuente de placer. Lamentablemente, cuando se presentan disfunciones, se transforma en origen de conflictos, intensas pesadumbres, obstáculos en la comunicación y profunda infelicidad.”¹

Estas intensas pesadumbres, conflictos, sufrimiento o profunda infelicidad, para nada significan presencia de enfermedad, como en algunos casos, tales disfunciones acompañadas de sufrimiento, podrían hacernos pensar. En este sentido, debe entenderse el sufrimiento, como dice Reggiani:²

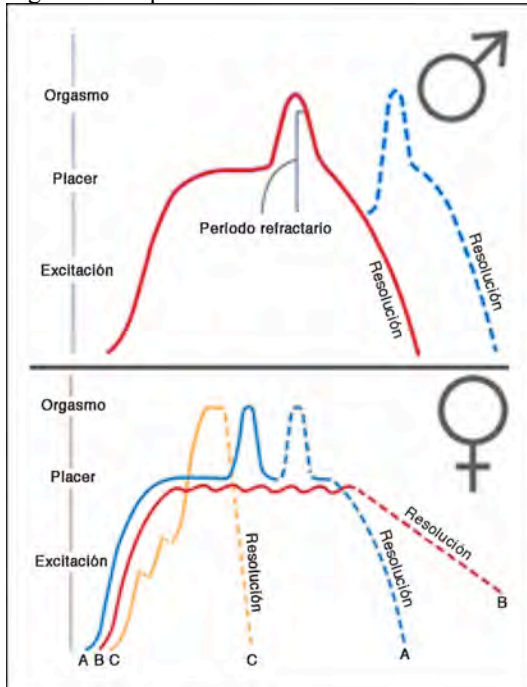
Si desde el fondo de todos los tiempos el chamán, y más tarde el médico, fundó su hacer en extraer la enfermedad de los cuerpos sufrientes, en este momento, mal se podría continuar haciéndolo, cuando la demanda así no lo justifica. (Reggiani, 2006, p. 116)

Cuando las personas acuden a los hospitales, llevadas por diversas dolencias, muchas veces se trata de este sufrimiento expresado a través del cuerpo que, en principio, nos hacen pensar en enfermedades que no están presentes luego de realizados los estudios pertinentes.

Hecha esta salvedad, entendemos que toda respuesta sexual consta de las siguientes fases (Figura 1), y que las mismas están sujetas a variaciones.



Figura 1: Respuesta sexual



Fuente: Master y Johnson.

Características principales

En el presente trabajo haremos particular incapié en la primera fase: **deseo sexual**, condición necesaria para dar inicio a la actividad sexual.

Se entiende por deseo la acción y efecto de desear. La palabra **deseo** viene del latín *desidium*. Este vocablo se le atribuye al sentimiento enorme que posee una persona por conseguir un objetivo determinado; o la aspiración, esperanza o anhelo que se origina en un individuo y que tiene un origen y un fin, de saciar un gusto. Por otra parte, el término **deseo** se aplica al impulso o excitación, carnal o sexual; o sea, a las “ganas” de tener relaciones sexuales.

El deseo, por lo tanto, es el anhelo de cumplir una voluntad y, en este caso, está relacionado a la experiencia del placer sexual.

Para poder acceder a esta primera fase, debemos saber que:

- 1) el estímulo debe ser “adecuado”, para quienes van al encuentro, y
- 2) es sumamente importante recordar que se encuentra influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales.

La falta de deseo sexual

También llamado **deseo sexual inhibido**.

Es motivo de consulta sexológica muy frecuente en nuestro medio, y se caracteriza por lo que el paciente identifica como “falta de ganas”, o dificultad para iniciar la actividad sexual.

Se advierte que la mayoría de las parejas consultantes tiene problemas en la interacción. Pero, una vez descartadas las causas orgánicas, descubrimos que los problemas relacionales son por dificultades en la comunicación. Mantener una buena comunicación, es la condición indispensable para lograr una relación satisfactoria en la intimidad, y bienestar que se traduce en salud.

Además, advertimos el peso de las ideas erróneas, el desconocimiento sobre aspectos relacionados con “el deseo espontáneo”, las prohibiciones para disfrutar, o vivencias traumáticas no resueltas que se hacen presentes con mayor énfasis en determinados momentos de la vida.

Aquí es donde la tarea de *psicoeducación*, toma un rol insustituible.

Al igual que cuando una persona excede su peso corporal, por sobrealimentación u otras causas, y sale de la norma para su edad, estatura y sexo; este sobrepeso, y un cuerpo deforme por la acumulación de tejido adiposo, por sí mismos no constituyen enfermedad; pero sí pueden detonar en genuinas enfermedades (insuficiencia cardíaca, arteriosclerosis, infarto, hipertensión, ACV, etc.) y por consiguiente, debe insertarse en un nuevo modo de vivir para, finalmente, volver a su peso normal. Así, durante todo ese proceso, no tuvo ninguna enfermedad, sin embargo, tuvo signos y síntomas, necesitó asistencia médica, y el apoyo para un aprendizaje de una manera de vivir saludable. No se curó de enfermedad alguna.

Como el caso de la obesidad usada como ejemplo, la ausencia de deseo sexual, merece atención médica, dejando de ser curativa, transformándose en preventiva, a través del aprendizaje de un nuevo modo de vivir; la falta de deseo sexual entonces, se incluye en el “síntoma” (como la luz amarilla) que avisa del modo inadecuado en que la persona se desenvuelve en su interacción vital con su medio socio cultural.

Se hace imprescindible en este punto aclarar que a los efectos de transmitir el concepto con claridad, se ha tomado a la obesidad como ejemplo; en otro orden, es muy conocido de que al igual que el color de la piel, del cabello o de los ojos, se puede convertir en causa de discriminación, por minorías exclusivas y excluyentes que desde siempre encontraron y encontrarán elementos que justifiquen sus abominables designios.

Necesidades sociales

Inherente a los acelerados cambios en nuestro comportamiento habitual en las últimas décadas, el aprendizaje (actividad inevitable, sin la cual sería imposible la adaptación a éstos), incluye amplias y variadas áreas, sobre todo, aquellas *motorizadoras* del cambio mismo.

En la intersección de las áreas de salud y educación, espacio vacío de prácticas genuinas que hacen al aprendizaje de los comportamientos sanos (estrictamente al margen de comportamientos normales o típicos), la información satura de prevenciones para evitar enfermar, ocupando dicho espacio.

El hecho de ausencia de enfermedad, encubierto por una presencia sostenida de sufrimiento personal, lejos de certificar salud alguna, denota falencias en los aspectos sociales, habitualmente desapercibidos.

Entre estos últimos, encontramos la prestación curativa de tales sufrimientos “como si se tratara de enfermedades” y de hecho, simultáneamente, el ignorar, el desentender o la incompreensión del mismo por parte de los prestadores.

Cuando la escucha es colectiva, permite compartir un aprendizaje acerca del propio sufrimiento, cuando se comprende el del prójimo:³

La actividad ineludible del conductor del Colectivo, más allá de la mirada médica (los diagnósticos, el pedido de exámenes, la prescripción de sustancias), es la incorporación de cada uno de los viajeros al proceso de análisis crítico de la estructura social que los determina. Inevitable valoración previa, que implica la voluntad de transformación de la misma, descontando que tal acontecimiento no se genera espontáneamente, sino a través de la concientización creciente de los individuos que incluye. (Reggiani, 2006, p. 143)

Estos aspectos remiten al hecho mismo de dicha experiencia, al que podemos categorizar de aprendizaje social. Y el tema central que lo satura, es el del sufrimiento humano en sus variadas temáticas y, consecuentemente, de sus alternativas resolutivas que emergen espontáneamente en su transcurso.

Finalmente, durante el desarrollo de tales actividades, la enfermedad solo va a ser tenida en cuenta cuando aparezca través de sus síntomas; mientras que el aprendizaje de la resolución del

sufrimiento, es una acción sostenida que descubre, desarrolla y cuida de la salud de sus participantes.

Recordando a José Blejer, uno de los pocos profesionales de la salud mental en nuestro medio, decía en la década del 70, ocupándose de ella:⁴

Nos hallamos en la actualidad ante lo que podría denominarse –sin exageración– una verdadera situación de emergencia en lo que concierne al problema de la salud y la enfermedad mental, y frente a la necesidad de elaborar y aplicar planes de vasto alcance social (en extensión y en profundidad) en el terreno de la higiene mental y la salud pública; la cantidad y variedad de sucesos y fenómenos que tendríamos que enfrentar y resolver son de una magnitud incalculable, ya que debemos tomar en cuenta no solo a los enfermos mentales (en el sentido riguroso de esta denominación), sino también las conductas antisociales y las perturbaciones conflictivas de todo tipo, y esto tampoco solamente desde el punto de vista de la terapia, sino fundamentalmente desde el enfoque de la profilaxis. Sumariamente, los hechos son, en la actualidad, los siguientes:

- 1) Necesidad de mejorar y difundir la asistencia a los enfermos mentales.
- 2) Atender los requerimientos del diagnóstico precoz y la rehabilitación.
- 3) Necesidad de actuar en situaciones que –sin ser enfermedades mentales– se beneficiarían con la ayuda profesional del psicoanalista, psicólogo o psiquiatra.
- 4) Gran limitación social de muchos procedimientos que son, en primer lugar, de índole terapéutica y no preventivos.
- 5) Gran limitación de muchos procedimientos por ser, además, de índole individual (a lo sumo, grupal), pero con los que solo podemos atender a una pequeña proporción de individuos.
- 6) Por la índole de las afecciones mentales, la gran mayoría de ellas requieren, en la profilaxis, atender o evitar no causas específicas, sino una compleja constelación multifactorial de índole social (educación, relación madre-niño, trabajo, alimentación, vivienda, etc.), con lo cual el problema a enfrentar se hace sumamente complejo.
- 7) En síntesis: el problema es social y nuestros instrumentos son individuales (o grupales –cuanto más–); enfocamos en primer lugar la enfermedad y lo que se requiere es la profilaxis y la promoción de bienestar y salud. (Blejer, 1972, p.167)

Enfoque teórico

Métodos aplicativos

Desde esta experiencia, desarrollamos la presente con la inclusión del marco teórico referencial del Análisis Transaccional (AT), por considerarlo una herramienta eficaz para el abordaje resolutivo de padecimientos ligados a los trastornos del comportamiento y, porque sus hipótesis instrumentales al estar fundadas en la interacción de los individuos, permiten operar el aprendizaje desde la acción misma.

El Dr. Eric Berne (médico psiquiatra, 1910-1970), fue el fundador y creador inicial del Análisis Transaccional; observó los cambios que ocurrían en sus pacientes cuando se presentaban nuevos estímulos, tales como un tono de voz, una palabra, un gesto, etc.

También, advirtió, cómo estos cambios se presentan en una misma persona en diferentes circunstancias, ante distintas personas (durante las transacciones) y en diferentes momentos, como si dentro de un individuo existieran otros. Y así fue que definió los estados del Yo (sobre los que trabajaremos).

En su modelo tripartito, definió básicamente tres estados:

Estado del Yo Padre. Contiene las actitudes y comportamientos incorporados de figuras parentales, mensajes parentales que continúan influyendo: los **mandatos**, los **permisos**, las **prohibiciones**.

Estado del Yo Adulto. No guarda relación con la edad de la persona. Es la parte que, tomando información de la realidad, nos dice qué conviene y qué no conviene.

Estado del Yo Niño. Es el que contiene todos los impulsos naturales de un infante, las grabaciones de la primera infancia. En la práctica, se subdivide en: **Niño Libre** y **Niño Adaptado**. Este último tiene, a su vez, dos subdivisiones: **Niño Sumiso** y **Niño Rebelde**.

En el **Estado del Yo Niño Libre** se encuentran albergadas las reliquias de la infancia... la creatividad, los deseos, lo espontáneo, lo que no es modificado por la educación, las necesidades biológicas, el sentido de la vida. Es quien busca el placer, cuando puede expresarse, es decir cuando contamos con “el permiso parental”.

Es natural, por basarse en necesidades biológicas comunes a todo ser humano (afecto, contacto físico), así como necesidades psicológicas (reconocimiento, toma de posición sobre sí mismo y los demás, estructuración del tiempo) y sociales (pertenecer a un grupo, destacarse en algo).

“Dentro de los estados Niño del YO de algunas personas, existe una batalla permanente entre su Niño Libre y su Niño Adaptado.”⁵

Berne observó que los diversos YO realizaban transacciones con otras personas de diferentes maneras y que aquellas podían ser analizadas. Observó que algunas de las transacciones tenían motivos ulteriores y que el individuo las utilizaba como medio para manipular a los demás hacia sus juegos y trampas psicológicas; que las personas se comportaban en formas predeterminadas, actuaban como si estuviesen en un escenario, leyendo el guión de una obra teatral.

Berne dice que un objetivo importante del AT es “establecer la comunicación más franca y auténtica posible entre los componentes afectivos e intelectuales de la personalidad”.⁶

También, observó y analizó lo que ocurría entre dos o más individuos (transacciones), cuando se activaban los estados del YO de ambas partes. En las interacciones, generalmente, se desarrollaron manipulaciones (transacciones ulteriores), a través de los juegos psicológicos, que llevaban a un final previsible. Por tal motivo, uno de los principales objetivos del AT es ayudar a los individuos a establecer la comunicación más franca posible.

Enfoque práctico

Material humano



Fuente: www.elizabethbarrozo.blogspot.com.ar

La incorporación de “actores-mimos” en la tarea, por supuesto tiene antecedentes, no tanto en las prácticas del psicodrama con el cual cabrían las semejanzas de la representación, sino en las antiguas prácticas de quienes, siendo sus más antiguos creadores, las implementaron no solo para sobrevivir sino para resistir la esclavitud y el sometimiento en el que se encontraban, y como modo de medrar con su espectáculo y sobrevivir. Siglos después, integrando los espectáculos populares en el Medioevo de Europa, acompañaban a los trovadores, saltimbanquis y expertos en la maroma para entretener y “hablar” de quienes detentaban el poder, sin palabras.

Pero es durante la República de Augusto, alrededor del año 20 a.C. que desde Oriente llegaron Pílates de Cilicia y Batilo de Alejandría, quienes se pusieron a representar ese año un género de espectáculo desconocido todavía por los romanos: la pantomima.⁷

Voces invisibles acompañadas por dulces músicas relataban cantando. Un actor, el mimo, cubierto el rostro con una graciosa máscara, y vestido con un hermoso traje de seda, venía a mimar, con gestos que seguían la cadencia, la escena referida por las voces invisibles. Cuando la escena había terminado, desaparecía el actor, y mientras un dulce intermedio musical absorbía la atención de los espectadores, cambiaba de traje, de hombre se convertía en mujer, de joven en viejo, de hombre en dios, y volvía para expresar con gestos otra parte del relato. Ordinariamente, los mimos escogían sus asuntos en las innumerables aventuras de los dioses helénicos, en los poemas homéricos y en los poemas cíclicos, en los antiguos mitos griegos divulgados por la tragedia, sintiendo predilección por los episodios sensuales y por las catástrofes terribles, como el furor de Ajax, a veces hacían que los poetas de nota compusieran los versos, pero aspiraban ante todo, subordinando a este fin los versos y la música, a acariciar y a sacudir los nervios del espectador con un gran número de escenas diversas, trágicas y cómicas, castas o sensuales, dulces o terribles, relacionadas entre si por delicados lazos. Así, no se necesitaba hacer ningún esfuerzo para comprender y gozar del espectáculo: bastaba mirar y escuchar, observando de tiempo en tiempo el detalle fugitivo, que se podía olvidar inmediatamente. (Ferrero, 1946, Tomo V, p.153)

Es importante el riguroso entrenamiento de los actores-mimos en lo concerniente a los diferentes estados que propone el AT y los otros instrumentos que lo acompañan. Esto requiere de tiempo y compromiso por parte de los actores.

Es así, que cada taller requiere de una supervisión responsable sobre el tema a trabajar, aquello que van a transmitir los actores-mimos, pretendiendo un mensaje saludable; se cuida, particularmente, trabajar sin traspasar los límites existentes, al mantener la ecología en este proceso, se evita realizar abordajes innecesarios o presentación de materiales que puedan llevar a estados de *abreacción* emocional inadecuados.

La tarea de supervisión de los actores-mimos es realizada por el Coordinador, quien necesariamente debe contar con experiencia en su desempeño en el ámbito de la salud mental, correspondiente a psicoterapia, particularmente grupal.

Descripción

Este “nosotros” se configura durante el transcurso de las sucesivas reuniones coordinadas por profesionales de la salud, y desarrollando los modos relacionales propuestos en la instrumentación del AT, incorpora información generadora de cambios en los comportamientos, que conduce a Niño Natural, una mejor comprensión de uno mismo y del prójimo, permitiendo la expansión de la salud. Esto implica un proceso de crecimiento permanente.



Fuente: www.elizabethbarrozo.blogspot.com.ar

Etapas

1. Exposición teórica

Al comprenderse la importancia de una adecuada psico-educación, los profesionales operantes brindan a través de “Talleres Vivenciales”, información útil, acorde a la temática propuesta, en base a un programa preestablecido y ofrecido a los concurrentes.

Es en esta etapa donde también se comienza a derribar mitos, falsas creencias obturadoras del genuino bienestar; por lo que es necesario dar a conocer aspectos elementales y cuya ignorancia puede crear una falsa percepción sobre el estado de salud.

Un ejemplo de consulta frecuente, que obedece a lo enunciado, es creer que “el deseo debe ser siempre espontáneo” y, entonces, cuando se sabe que esto no funciona así, es cuando comienzan a caer viejos conceptos erróneos. ¿Qué hacer? ¿Cómo implementarlos en la vida cotidiana sujeta a variaciones permanentes?

Una de las herramientas que se propone es el conocimiento de las teorías del AT, por la sencillez con la que puede ser transmitido y su posterior puesta en práctica en lo concerniente a las interacciones.

2. Pantomima transaccional

A continuación, siguiendo estos lineamientos, se incorpora a los profesionales (actores-mimos) para protagonizar aquellas interacciones y posiciones existenciales claves, por “didáctica”; facilitadora ésta, de aperturas catárticas de los participantes, llevándolos a darse cuenta a sí mismos de aquello que comprenden, a un modo de vida menos rígido, permeable a las emociones compartidas, potenciador de un mejor desarrollo humano.

Se genera, entonces, una atmósfera liberadora, un “nosotros” que da permiso a las interacciones necesarias para activar el deseo, durante las diversas presentaciones y da paso a la acción. En esta etapa, los concurrentes pueden ver-sentir-incorporar lo expuesto en la etapa anterior.

La capacidad del mimo, de transmitir sin palabras, es lo que lo convierte en el comunicador por excelencia, pues al omitir la palabra, omite el equívoco, la interpretación, el malentendido, y va directo a la comprensión, a la transmisión de la idea.

El “darse cuenta”, la conexión con el “aquí y ahora”, el “nosotros” generado, **da permisos** para sentir, pensar, confiar, estar bien: vivir desde una posición realista.

3. Ejercicios vivenciales

A través de diferentes técnicas, se aborda los diferentes estados del YO y se pone el acento, principalmente, en la activación de estados OK: Padre Nutritivo-Niño Libre.

El estado del **Yo Padre Nutritivo OK**, es quien concede benévolamente permiso. “El aliento paternal contribuye a que el estado del **Yo Niño** pierda el temor a la intimidad, y le asegura que no será reprimido, ni sentirá el peso, ni la amenaza de la culpa.”⁸

Se experimenta el despertar de aquellos deseos saludables, vuelven las “ganas” con sentido; el presente en los nuevos sentidos. Esta vertiente asistencial, opera por sí misma, tantas veces como dé la comprensión de los conceptos, y la interacción de sus integrantes lo potencie.

Se activan “permisos”, e indudablemente son estos mismos los que habilitan, no solo el deseo como impulso a la vida, sino a ir aún más allá, a la acción, accediendo cuando sea posible, a un nivel más profundo del encuentro humano: la intimidad.

Al lograr que cada uno de los participantes, a través de esa experiencia, opere cambios en las interacciones con las personas con las que convive, trabaja, estudia, se divierte, etc., otorga al taller un poder multiplicador potencial de inevitable y benéfica acción social.

Resultados y conclusiones

Para aprender, debemos ser capaces de modificar nuestro comportamiento y nuestras actuaciones frente a determinados estímulos internos y externos, pero la riqueza está en la posibilidad de realizar dicho cambio a modo o ritmo nuestro, y no el impuesto por un sistema externo que nos dice cómo y qué debemos hacer frente a cada estímulo que se nos presente.

Es aquí, donde cabe señalar, que hablar de sexualidad es hablar de comunicación.

La metodología implementada facilita el darse cuenta de aquellos aspectos de las relaciones interpersonales inadecuadas, operando así la posibilidad de comportamientos siempre distintos que, a través del auto aprendizaje propio de estas nuevas experiencias, coloca al individuo sufriente en el modo de vida más adecuado a sus necesidades vitales.

Agradecimientos

Un profundo agradecimiento a quienes nutrieron y aún acompañan, de múltiples maneras, mi camino en el bienestar, en especial a mis padres, hermanos, abuelos y amigos. A los Dres. Héctor Reggiani, Pablo Solvey y Juan Carlos Kusnetzoff, quienes fueron y son mis grandes maestros.

REFERENCIAS

- Berne, E. (1975). *Hacer el amor*. (p. 109). Buenos Aires, Argentina: Alfa.
- Blejer, J. (1972). Perspectivas del psicoanálisis y psiquiatría. B. J. (Ed.), *Psiquiatría y psicología institucional* (p. 167). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ferrero, G. (1946). *Grandeza y decadencia de Roma*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XX.
- Jongeward, J. M. (1984). *Nacidos para triunfar*. Buenos Aires, Argentina: Marymar.
- Kusnetzoff, J. C. (2010). *Introducción a la sexología clínica*. Buenos Aires, Argentina: <http://www.e-sexologia.com/disfunciones/trastornos-del-deseo.htm>
- Reggiani, H. (2006). *Colectivo o la desaparición de la "enfermedad mental"*. Buenos Aires, Argentina: CM Graphics.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

