



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS
(DIABETES E HIPERTENSIÓN)**

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PRESENTA

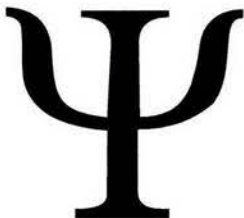
MARÍA ROSALINDA VILCHIS ZAMORA

PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

ASESORA

LIC. MA. DE LA CONCEPCIÓN CONDE ÁLVAREZ



MÉXICO, D.F. , MARZO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM-101
2013

M.

TPs.

ÍNDICE

I.	Resumen.....	1
II.	Datos generales del programa de servicio social.....	2
III.	Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social.....	3
IV.	Descripción de las actividades realizadas en el servicio social.....	5
V.	Objetivos del informe del informe del servicio social.....	12
VI.	Soporte teórico metodológico.....	13
VII.	Diabetes e Hipertensión.....	18
VIII.	Resiliencia.....	31
IX.	Biblioterapia.....	37
X.	Programa de Resiliencia.....	40
XI.	Aportaciones y limitaciones.....	51
XII.	Referencias Bibliográficas.....	52
	Anexo 1.....	54
	Anexo 2.....	70

I. Resumen

Realice mi servicio social en el programa de Adherencia Terapéutica de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. En este programa se atiende a pacientes que tienen enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus e hipertensión).

La finalidad de este programa es apoyar a los pacientes a tener un mejor apego a su tratamiento, ya que se ha observado que este tipo de pacientes en ocasiones no siguen las indicaciones de su médico. Para esto se utilizan diferentes técnicas psicológicas, como son: Entrevista motivacional, Psicoeducación; así como con el Modelo conductual (Técnicas de modificación de conducta), Modelo cognitivo-conductual y Modelos de modificación de pensamiento.

A través del programa se busca que los pacientes que tienen diabetes y/o hipertensión no presenten complicaciones agudas o crónicas.

Los pacientes participantes en este programa son de centros de salud del Distrito Federal o personas que padecen estas enfermedades y desean participar en éste programa.

Cuando yo llegué a realizar mi servicio social al Programa de Medicina a Distancia de Secretaría de Salud del Distrito Federal, ya se contaba con un plan de trabajo con los usuarios. Es un excelente plan de trabajo, pero considero que mi propuesta podría enriquecerlo.

II. Datos generales del programa de servicio social

El Programa de Medicina a Distancia del Distrito Federal, Adherencia Terapéutica, fue creado debido al serio problema que se ha presentado en la población mexicana de obesidad y sobrepeso en los últimos años, siendo estos un factor de alto riesgo para desarrollar diabetes mellitus II e hipertensión.

El programa tiene dos objetivos principales: 1. Prevención y 2. Atención.

1. Los pacientes que tienen sobrepeso u obesidad entran en un programa de orientación nutricional, así como al programa de Adherencia Terapéutica en el cual se les da orientación y seguimiento vía telefónica sobre de los riesgos que conlleva la obesidad o el sobrepeso en la salud, como es el desarrollar diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.
2. A pacientes que han sido diagnosticados con diabetes mellitus o hipertensión arterial en centros de salud, Hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se les ofrece participar en el programa de Adherencia Terapéutica para darles vía telefónica orientación nutricional, información acerca de la o las enfermedades que padecen, ya sea diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas; así como apoyo psicológico para tener una mejor adherencia a su tratamiento.

III. Contexto de la institución y del programa donde se realizó el servicio social

El Programa de Adherencia Terapéutica de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal es supervisado por cinco psicólogos, apoyado por dos nutriólogas y dos médicos. Entre sus actividades se programan charlas informativas sobre diabetes mellitus e hipertensión en Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Aproximadamente 50 estudiantes de la Licenciatura en Psicología realizan su servicio social en horarios, matutino, vespertino y fines de semana. Cada estudiante atiende de 15 a 20 usuarios.

➤ MISIÓN

Hacer realidad el derecho a la protección de la salud, mantener vigente el espíritu de la gratuidad, la universalidad y la integralidad de la atención médica que se ofrece.

➤ VISIÓN

La construcción de un sistema de salud universal, equitativa, preventiva, eficiente, eficaz y oportuna, en el que la Secretaría de Salud del DF se consolide como la instancia rectora y articuladora de los programas y acciones que en materia de salud se implementen a favor de los capitalinos.

➤ PRINCIPIOS

- Garantizar la Justicia Social a través del acceso total, y para todos, a los servicios de salud pública en el Distrito Federal.
- Consolidar la Equidad en la atención médica y la protección de la salud.
- Brindar servicios de Calidad y Calidez a los capitalinos.
- Cumplir con la Universalidad en el otorgamiento de atención para quienes carecen de seguridad social y en aquellos que, aún siendo asegurado, solicitan el servicio.
- Mantener la Integridad en la vocación de servicio de la institución.

- Llevar con Oportunidad la atención médica a quienes más lo necesitan y hasta donde lo requieran.
- Fortalecer la Gratuidad como premisa del servicio y atención que se otorga.
- Tener la Portabilidad como uno de los ejes de trabajo.

➤ VALORES

- Reconocimiento pleno a la igualdad entre hombres y mujeres.
- Respeto a la vida de cada ser humano.
- Responsabilidad para garantizar el derecho del cuidado a la salud.

➤ OBJETIVOS

- Garantizar la protección de la salud de los capitalinos.
- Mantener un sistema de salud eficiente, eficaz, oportuno, de calidad y calidez en el Distrito Federal.
- Llegar con la atención médica hasta las zonas más apartadas de la Ciudad de México.
- Brindar servicio a todos los que lo soliciten.

IV. Descripción de las actividades realizadas en el servicio social

Al inicio del servicio social asistí a un curso de capacitación en el cual se nos impartieron los siguientes temas: enfermedades crónicas, adhesión terapéutica, manejo de grupos, modelo de atención telefónica de adherencia terapéutica, técnicas psicológicas, como son: entrevista motivacional, psicoeducación; así como con el modelo conductual (técnicas de modificación de conducta), modelo cognitivo-conductual y modelos de modificación de pensamiento.

Posteriormente realice llamadas a pacientes que estaban interesados en participar en el programa de Adherencia Terapéutica, una vez que el paciente aceptaba participar en el programa le elaboraba la historia clínica para detectar las necesidades que tenía dicho paciente.

Mediante la historia clínica detectaba cuáles eran las causas por las que no tenía un buen apego a su tratamiento. Una vez que tenía la historia clínica iniciaba la intervención, en la cual utilizaba diversas técnicas psicológicas, como son: entrevista motivacional, psicoeducación; así como el modelo conductual (técnicas de modificación de conducta), modelo cognitivo-conductual y modelos de modificación de pensamiento.

El programa de Adherencia Terapéutica consta de 5 módulos a trabajar en 9 a 15 llamadas. Las llamadas son una vez a la semana con una duración de 40 minutos.

Módulo I: Evaluación

Se da la bienvenida al paciente al programa, se elabora la historia clínica para detectar cuales pueden ser los factores que interfieren con el apego terapéutico. Asimismo se le explica al paciente cuál va a ser la forma de trabajar, y de cuantas sesiones consta el programa.

Módulo II: Psicoeducación

Se evalúa que conocimientos tiene el paciente sobre su enfermedad, diabetes y/o hipertensión, se aclaran sus dudas y se revisa información sobre la diabetes y/o hipertensión, sobre las causas, síntomas y complicaciones.

Módulo III: Adherencia al tratamiento (medicamentos)

Se identificará los conocimientos que tiene el paciente sobre la función de los medicamentos que toma, los efectos secundarios de los mismos, la importancia de tomarlos de acuerdo a la prescripción del médico. Se identificará si el usuario presenta alguna dificultad en la toma de sus medicamentos, como son: olvidos, dificultad para asistir a las consultas, para adquirir los medicamentos, para relacionarse con el médico y se hará uso de la estrategia solución de problemas, para resolver la situación.

Módulo IV: Planes y metas para fomentar las conductas orientadas a la salud

Se revisará que deficiencias presenta desde el aspecto alimentario, de higiene y de ejercicio. Se identificará el nivel motivacional del paciente. Se revisarán que dificultades se le presentan al paciente para el seguimiento de su tratamiento y se planearan soluciones a los mismos.

Modulo V: Manejo emocional

Se revisa con el usuario como las emociones intensas afectan a su salud, se instruye al usuario en el manejo de las emociones a través de la relajación. Trabajar con el usuario modificación de hábitos, realización de planes,

modificación en los hábitos alimenticios, actividad física y ejercicio, cuidados de higiene en diabetes.

Módulo VI: Redes de apoyo

Identificar al cuidador primario, evaluar los conocimientos que tiene sobre la enfermedad de su familiar, identificar la funcionalidad y disfuncionalidad de la relación que establece el paciente con sus redes de apoyo.

Una de las dificultades con las que se encuentra el prestador de servicio social, es contar con el compromiso del usuario, es muy frecuente que los usuarios deserten y pocos llegan a concluir el programa.

Yo atendí a aproximadamente cincuenta usuarios y sólo pude concluir el programa con ocho, seis los transferí a otro prestador de servicio para que concluyeran el programa. Los demás ya no contestaban o ya no podían en el horario en que yo acudía a prestar mi servicio social, estos últimos se transfieren con otro prestador de servicio en el horario que mejor le acomoda al usuario.

En el transcurso de mi servicio social se contrató a dos nutriólogas, quienes empezaron a dar orientación nutricional a los usuarios del programa de adherencia terapéutica. Anteriormente los prestadores de servicio social se encargaban de dar esta orientación. En un principio a mí me tocó dar esta orientación a los usuarios que atendía.

José

50 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión.

Elaboré su historia clínica, trabajé con él psicoeducación sobre diabetes mellitus e hipertensión. Solución de problemas, tenía dificultad para conseguir las tiras para el glucómetro. Como aun no contaba el programa con los servicios de una nutrióloga, le di orientación nutricional y le solicité acudiera con la nutrióloga del Centro de Salud a donde iba a consulta. Tuve una sesión con su cuidador primario (esposa).

Laura

73 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión

Elaboré su historia clínica, la referí con la nutrióloga debido a que presentaba problema de sobrepeso, trabajé con ella psicoeducación sobre diabetes mellitus e hipertensión, adherencia al tratamiento, planes, metas, manejo emocional. No contaba con un cuidador primario, aunque sus hijos estaban muy pendientes de su salud.

Josefina

68 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión

Elaboré historia clínica, la referí con la nutrióloga, trabajé psicoeducación sobre diabetes e hipertensión y solución de problemas (olvidaba tomar medicamentos), planes, metas, manejo emocional. No contaba con cuidador primario, vivía con una hija que salía de viaje frecuentemente por cuestiones de trabajo. Sus hijos estaban pendiente de ella, aunque viven fuera del Distrito Federal.

Blanca

61 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión

Elaboré historia clínica, la referí con la nutrióloga, trabajé psicoeducación sobre diabetes e hipertensión, adherencia al tratamiento, planes, metas, manejo emocional. Era una paciente que estaba pasando por un momento difícil en varias ocasiones tuve que darle contención emocional, cuidaba de un hermano enfermo y no recibía apoyo, trabajamos esto para que un familiar suyo la apoyara.

Ma. Teresa

52 años

Diagnóstico: diabetes

Se inició historia clínica. Se refirió a paciente con otro prestador de servicio social, debido a que ya no podía atender las llamadas en fines de semana.

Priscila

70 años

Diagnóstico: diabetes

Elaboré historia clínica, la referí con la nutrióloga, trabajé psicoeducación sobre diabetes e hipertensión, solución de problemas (olvidos de toma de medicamentos), planes, metas, manejo emocional. No fue posible, hablar con cuidador primario debido a que no se encontraba fines de semana.

Carmen

68 años

Diagnóstico: diabetes

Elaboré actualización de historia clínica. Esta paciente ya había sido atendida anteriormente la referí con la nutrióloga, inicié psicoeducación sobre diabetes e hipertensión, con frecuencia no se encontraba a la usuaria, era una paciente poco cooperativa que restaba poca importancia al cuidado de su salud.

Desafortunadamente creo que vi rebasada, no pude encontrar las herramientas para poderle ser de mayor utilidad.

Flor

58 años

Diagnóstico: Pre-hipertensión

Elaboré historia clínica, la referí con la nutrióloga, trabajé psicoeducación sobre diabetes e hipertensión, adherencia al tratamiento, planes, metas, manejo emocional. Usuaria presentó hipertensión debido a un problema familiar, una vez solucionado este la usuaria volvió a presentar una presión arterial normal. Considero que el programa le fue de ayuda más que nada a nivel preventivo.

Elodia

77 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión

Elaboré historia clínica, trabajé psicoeducación sobre diabetes e hipertensión y técnicas de relajación, debido a que presentaba frecuente dolor de cabeza. Le recomendé notificar al médico en su próxima consulta sobre su dolor de cabeza. Era una paciente mayor que parecía estar pasando por una ligera depresión. La refirió con nosotros su hijo, quien también era usuario del programa.

Zoila

57 años

Diagnóstico: diabetes e hipertensión

Elaboré actualización de historia clínica. Usuaria no se encontró en repetidas ocasiones por lo que se transfirió a otro prestador de servicio social.

Bibiano

61 años

Diagnóstico: diabetes

Inicié historia clínica, lo referí con nutrióloga. Era entrenador físico, parecía ser un usuario muy comprometido con el cuidado de su salud, pero repentinamente dejó de contestar a las llamadas.

Mi servicio social en el programa de de Adherencia Terapéutica de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, fue una experiencia muy enriquecedora, de gran aprendizaje y que me motivo para continuar mi formación profesional para ponerla al servicio de los demás.

En la mayoría de los casos hubo muy buen rapport con los usuarios por ambas partes, sobre todo con los usuarios con los que estuve trabajando más tiempo. En ocasiones cuando no contestaban a mis llamadas me desanimaba, sobre todo cuando eran dos o tres usuarios en el mismo día.

En una ocasión me tocó un usuario que una vez que había accedido a participar en el programa, al empezar a elaborar su historia clínica y solicitarle información me preguntó que con que finalidad solicitaba información personal y ya no deseo continuar, yo le dejé los datos del Programa y el teléfono para que el pudiera confirmar de donde le estábamos llamando.

Pero en general puedo decir que fue una experiencia muy valiosa para mi, tanto a nivel profesional como personal, el realizar mi servicio social en este programa.

V. Objetivos del informe profesional de servicio social

Objetivo General

El objetivo del Informe Profesional de Servicio Social es proponer un programa de Resiliencia para los usuarios del Programa de Adherencia Terapéutica de Medicina a Distancia de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Objetivos específicos

Que el usuario del programa de Adherencia Terapéutica:

- Logre una mejor aceptación frente a su cuerpo, emociones y aptitudes.
- Pueda expresar sus emociones y lograr la identificación de las redes de apoyo actuales.
- Identifique los momentos más importantes de su vida, les encuentre un sentido y pueda compartirlo.
- Tome conciencia de que sus problemas no se resuelven solos, necesitan de su intervención.
- Reconozca y valore lo que lo hace sentir bien.

VI. Soporte teórico metodológico

Para la atención, así como para el tratamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión es importante contar con un grupo de profesionistas, médicos, nutriólogos y psicólogos.

Al conocer más acerca de su enfermedad y brindarle las herramientas necesarias para poder afrontarla, el paciente tiene más posibilidades de crear una mejor adhesión a su tratamiento.

Por lo general son pocos los médicos que se toman el tiempo para aclarar las dudas de los pacientes, platicar de sus preocupaciones o inquietudes sobre su enfermedad, lo que hace aún más necesario el contar con programas multidisciplinarios enfocados a brindar la atención que requiere el paciente con diabetes para explicarles qué es y en qué consiste el padecimiento, cómo puede prevenirse, cómo puede evitar complicaciones, qué medidas debe tomar, etcétera.

Un alto número de personas desconoce muchas cuestiones relacionadas con el padecimiento.

El equipo de salud deberá explicar el curso de la enfermedad y llamarla por su nombre; además deberá exponer a cada paciente y familiar los resultados, aclarando frases, palabras y/o letras que no se entiendan, aun sin que ellos lo pregunten, ya que de acuerdo con estudios, por timidez o por sentir poco interés por parte del médico evitan hacer preguntas y comentarios.

Consideré proponer un programa de resiliencia, porque creo que de acuerdo a las características de un paciente con diabetes y/o hipertensión, podría ser aplicable y de utilidad para incrementar su adherencia al tratamiento.

Cuando a una persona se le diagnóstica diabetes, primero se enfrenta con un diagnóstico desde su particular experiencia y conocimientos acerca de esta enfermedad.

En un principio este diagnóstico puede provocar en el paciente temor, debido a diversas circunstancias, como a las complicaciones; temor y resistencia a cambiar un estilo de vida, como en la alimentación e incorporar actividades que no son parte de su rutina, como lo es una actividad física.

La manera de hacer frente a una situación es distinta en cada persona, la reacción ante la noticia del diagnóstico suele ser diferente. Cada persona tendrá un sentido de vida distinto y esto se debe a elementos como edad, herencia, creencias, experiencias, así como el nivel socio económico, entre otros.

En un principio probablemente el paciente niegue el diagnóstico. Touchette N. y Robles V. (2001), indican que la negación acontece como un mecanismo de defensa y consiste en enfrentar los conflictos negando su existencia. Al rechazarlo se protege el individuo de ser afectado por una depresión, que en ocasiones incapacita a la persona para actuar. El proceso inicia con una fase de negación, pasando por una de negociación con la realidad, después depresión, ira y finalmente llega a la aceptación.

Grotberg (2006), define la resiliencia como “la capacidad humana para enfrentar, manejar, superar y aprender, fortalecerse e incluso salir transformado a partir de experiencias de adversidad”, asimismo, dividió dos distintos factores que promueven la resiliencia en tres categorías: las fortalezas internas desarrolladas, el apoyo externo recibido y la capacidad adquirida para resolver problemas.

Incentivar e incrementar la resiliencia en una persona que ha pasado por una situación difícil, como lo es el recibir un diagnóstico de una enfermedad crónica

degenerativa, puede serle de gran ayuda para aumentar su adherencia terapéutica.

La resiliencia es un atributo que varía en cada persona y puede desarrollarse o disminuir con el tiempo (Henderson y Milstein, 2003). Es por esto que la resiliencia se centra en cada individuo como ser único; enfatizando las potencialidades y recursos personales que permitan la mejor forma de enfrentamiento ante una situación adversa y al mismo tiempo salir fortalecido de ésta (Melillo y cols, 2006).

Los factores que promueven la resiliencia son considerados como fuerzas internas y externas que contribuyen a que toda persona resista o aminore los efectos de la adversidad o eventos traumáticos vividos; así mismo brindan herramientas y disminuyen la posibilidad de problemas; involucran también algunas variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales.

No es nuevo el uso de estrategias y/o programas de resiliencia en la Psicología, de acuerdo con Melillo, Suárez, Rodríguez y cols. (2006), el concepto de resiliencia aplicado a las ciencias sociales nació y comenzó a desarrollarse con Rutter en Inglaterra y Werner en Estados Unidos; luego se extendió a toda Europa; especialmente a Francia, los Países Bajos, Alemania, España y más tarde llegó a América Latina. Estos autores hacen referencia a tres principales corrientes de resiliencia:

- La Norteamericana. Es esencialmente conductista, pragmática y centrada en lo individual, su principal precursora es Edith Henderson Grotberg.
- La Europea. Su enfoque es principalmente psicoanalítico y se caracteriza por una perspectiva ética; sus fundadores son Stefan Vanistendael, Boris Cyrulnik, Jacques Lacomte, Michel Maciaux, entre otros.

- La Latinoamericana. Está enfocada en lo social como respuesta a los problemas de estos países; sus principales precursores son: Néstor Suárez Ojeda, Nan Henderson, Aldo Melillo y Ma. Angélica Kotliarenko, entre otros.

Por ejemplo, la institución Casa de la Amistad, tiene un programa de resiliencia y trabaja principalmente con la corriente norteamericana y la europea para el trabajo de apoyo emocional con niños, adolescentes y padres de familia y toma de referencia especialmente a los autores Edith Henderson y Grotberg y Stefan Vanistendael.

El modelo “La rueda de la resiliencia”; es muy usado en instituciones escolares, así lo han propuesto y promovido Henderson y Milstein (2003) en diferentes países de América Latina, asegurando que, salvo la familia, la escuela puede brindar el ambiente y las condiciones que promuevan la resiliencia en los niños y jóvenes de hoy.

Como beneficios a largo plazo del uso de la resiliencia en las escuelas; se ha encontrado que promueve un ambiente adecuado para que los individuos desarrollen la capacidad de sobreponerse a la adversidad, se adapten a diversas situaciones o problemas de la vida diaria y adquieran las competencias tanto sociales, académicas y vocacionales necesarias para salir avantes. (Henderson y Milstein, 2003).

“La rueda de la resiliencia”; explica seis pasos para ayudar a fomentar y fortalecer la resiliencia:



La Rueda de la Resiliencia

Hawkins, Catalano y Miller (citado en Henderson y Milstein, 2003)

Una de las maneras de trabajar la resiliencia es a través de la biblioterapia, que analizaremos en el capítulo IX, que permite la libre expresión de emociones y brinda un espacio para dar oportunidad y escuchar toda expresión de sentimientos.

VII. Diabetes e Hipertensión

7.1 Definición y aspectos históricos de la diabetes mellitus

7.1.1 Definición

La diabetes mellitus se define como una alteración del metabolismo que se debe a una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, lo que condiciona la elevación de la concentración de glucosa en la sangre y la propensión al desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas. La presente definición contiene el concepto según el cual la diabetes mellitus constituye un ejemplo de cómo un trastorno funcional derivado de la alteración en la secreción de una hormona (insulina), es capaz de producir una afectación orgánica de los grandes y pequeños vasos sanguíneos, que a la postre va a originar graves complicaciones en múltiples órganos y sistemas, como es la retina, el riñón, la circulación coronaria, la cerebral y la de las extremidades inferiores. El incremento progresivo de su prevalencia en los últimos años y las repercusiones que implica sobre la salud pública, justifican plenamente los esfuerzos encaminados a difundir el conocimiento acerca de su naturaleza y las actitudes precisas para prevenir su aparición o controlar su evolución.

7.1.2 Aspectos históricos de la diabetes mellitus

En el papiro descubierto por Ebers, que data de 1550 años antes de Cristo, existen referencias a una enfermedad que produce un aumento en la producción de orina, indicándose algunas normas básicas para su tratamiento.

El término *diabetes* se atribuye a Demetrios de Apamaia (dos siglos antes de Cristo) y procede de la palabra griega *diabeinein* que entraña un significado de sifón, en referencia al efecto del paso de líquido que el diabético ingiere y orina en exceso. Otras denominaciones empleadas en la antigüedad fueron *diarrea urinaria*

y *enfermedad de la sed*. En el siglo I Aretaios se refirió a la diabetes como “una enfermedad misteriosa”, describiendo por primera vez la sintomatología de forma exhaustiva y diferenciando el estadio crónico y el fatal, referido a las situaciones comatosas. Consideró que la causa radicaba en el estómago, que producía envenenamiento de los riñones.

Posteriormente, Galeno (siglo II) apuntó a los riñones como origen del trastorno, que consistía en una excreción anormal de fluidos. La medicina árabe no fue ajena a las observaciones sobre la diabetes, describiendo la *polidipsia*, y la *poliuria* y la *pérdida de fuerza* como síntomas cardinales.

Avicena (980-1037), al igual que algunos de sus predecesores, también sugirió que el riñón era el órgano responsable, no obstante ni él ni sus coetáneos descubrieron la presencia de azúcar en la orina. Ya en la era moderna, Paracelso (1493-1541) habló de la diabetes como una enfermedad sistémica derivada de una alteración en la combinación de sales en la sangre. En el año 1674 Thomas Willis observó el carácter dulce de la orina de los diabéticos, otorgándole a la diabetes el calificativo de *mellitus*. Posteriormente se encontraron referencias al contenido de azúcar en la orina de los diabéticos en la literatura india y china entre los siglos II y VI, sin que tuvieran repercusión sobre la medicina occidental.

La necesidad de seguir un tratamiento diético ha sido evidente a lo largo de la historia. Desde las recomendaciones del papiro de Ebers, donde se aconseja la ingesta de cereales y frutas.

Las evidencias indicativas según las cuales algunos fármacos administrados por vía oral son capaces de reducir los niveles de glucosa datan de los inicios del siglo XX. Desde el empleo de las biguanidas en 1926 y el posterior descubrimiento de los efectos hipoglucemiantes de algunas sulfamidas en 1944 hasta la actualidad, hemos asistido al desarrollo de distintos tipos de antidiabéticos orales de

diferentes propiedades farmacológicas que ha permitido ampliar notablemente las opciones de tratamiento en los diabéticos tipo 2.

7.1.3 Diabetes mellitus tipo 1

La diabetes tipo 1 se origina como consecuencia de una falta absoluta de insulina en el páncreas, debida a la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans por un mecanismo autoinmune. También se conoce con el nombre de diabetes infanto-juvenil, en referencia a la edad de aparición, y de diabetes insulino-dependiente, porque todos los pacientes precisan para su tratamiento de la administración de insulina.

Aún cuando la causa última no es bien conocida, se sabe que el origen se debe a múltiples factores. Por una parte, existe una cierta predisposición genética sobre la que actuarían elementos ambientales, como pueden ser algunas infecciones virales (citomegalovirus, coxakie B) que favorecerían el desarrollo de una reacción inmunológica contra el propio organismo –o autoinmune- manifiesta por la presencia de anticuerpos frente a enzimas y estructuras celulares, en virtud de la cual se produciría una inflamación de los islotes de Langerhans –insulitis- y destruiría de forma selectiva las células productoras de insulina, ocasionando una deficiencia de esta hormona y el consiguiente trastorno metabólico.

7.1.4 Diabetes mellitus tipo 2

La diabetes tipo 2 se origina en gran parte por fenómenos de insulinoresistencia, es decir, por una dificultad para que la insulina actúe en los tejidos –especialmente muscular, adiposo y hepático- debido a trastornos en el número o afinidad de sus receptores. En estadios precoces, el páncreas compensa la situación segregando mayor cantidad de insulina –hiperinsulinismo-, pero en fases posteriores la reserva de insulina va agotándose, lo que hace que en etapas avanzadas con frecuencia deba ser también tratada con insulina.

El efecto resultante de estos fenómenos es una incapacidad para la metabolización normal de la glucosa y un aumento en su producción por parte del hígado, produciendo una elevación de los niveles de glucosa en sangre. La diabetes tipo 2 es la forma de diabetes más frecuente (90% de todos los casos), aparece en edades superiores a 35-40 años y afecta con mayor frecuencia a individuos obesos.

Múltiples factores, ambientales, obesidad, sedentarismo, así como genéticos poseen influencia en la insulinoresistencia y en la deficiencia insulínica que a largo plazo se hace patente en la diabetes tipo 2. Hay una clara relación entre el exceso de peso y la sensibilidad a la insulina, de modo que el desarrollo de obesidad condiciona una reducción en los efectos de la insulina a nivel tisular, favoreciendo el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2.

7.1.5 Síntomas de la diabetes mellitus

Síntomas derivados de la hiperglucemia (aumento del nivel de glucosa en sangre)

En condiciones normales la glucosa de la sangre es filtrada por los glomérulos y reabsorbida por los túbulos renales en su totalidad, por lo que no aparece glucosa en la orina. En la diabetes mellitus, la elevación de glucosa en sangre o hiperglucemia da lugar a que se filtren grandes cantidades de glucosa. El túbulo renal ve superada su capacidad máxima de absorción, que aproximadamente coincide con un valor de glucosa en sangre de 180 mg%, por lo que cuando la glucemia alcanza cifras superiores a esta concentración aparece glucosa en orina, lo que se conoce con el nombre de glucosuria. En cierto modo este efecto actúa como mecanismo de escape, ayudando a prevenir que los niveles de glucosa en la sangre alcancen una cifra excesivamente alta. La presencia de glucosa en la orina crea un efecto osmótico, es decir, arrastra agua, lo que implica la emisión de un volumen urinario elevado que se conoce con el nombre de **poliuria**. Esta pérdida de volumen exagerada es detectada por el organismo, que trata de

compensarla mediante el desarrollo de sed. El hecho de ingerir líquidos en cantidad superior a lo habitual se conoce con el nombre de **polidipsia**. La imposibilidad que la glucosa presenta para penetrar en el interior de las células, como consecuencia de la deficiencia de insulina y la consiguiente pérdida de glucosa por la orina, genera un marcado desaprovechamiento de uno de los principios inmediatos básicos en la nutrición del individuo, por lo que no es sorprendente que el aumento del apetito traducido como **polifagia** y forme parte del síndrome hiperglucémico.

7.1.6 Complicaciones agudas

A corto plazo se pueden presentar complicaciones agudas, como consecuencia de cambios bruscos en las cifras de glucosa y otras sustancias en la sangre, ocasionados por comer alimentos con mucha azúcar. Cuando la glucosa está más alta de los valores normales se llama hiperglucemia y cuando está más baja de los valores normales se le llama hipoglucemia. Los valores normales de glucosa en la sangre no varían mucho (80/120 mg/dl) sobrepasando rara vez los 126 mg/dl.

7.1.6.1 Coma Diabético Hiperglucémico

Cuando la glucosa se eleva a más de 500 mg/dl, se presenta un problema que se llama coma diabético hiperglucémico. Los síntomas son: deseos de orinar (poliuria) y deshidratación, el paciente se siente confuso y desorientado, estos síntomas pueden durar varios días. Si no se atiende a tiempo se pueden producir ataques, estado de coma (pérdida de la conciencia) y muerte.

7.1.6.2 Cuadro de Hiperglucemia

Cuando una persona está sometida a un estrés constante durante mucho tiempo, su cuerpo se va debilitando y esto es un factor de riesgo para presentar un cuadro de hiperglucemia después de sufrir una emoción fuerte. Por esta razón algunas

personas creen que la diabetes es provocada por un enojo o un susto. Pero en realidad es una mezcla de varios factores.

7.1.6.3 Hipoglucemia

Cuando el nivel de glucosa en la sangre baja, se llama hipoglucemia. Esto ocurre cuando el paciente deja de comer, toma mal el medicamento o por alguna causa hace más ejercicio del programado. Las manifestaciones de la hipoglucemia por lo general aparecen cuando el nivel de glucosa en la sangre baja a menos de 50/60 mg/dl. El paciente con hipoglucemia presenta los siguientes síntomas: hambre, sudoración, temblor, ansiedad, palpitaciones, confusión, conducta extraña, disminución del estado de alerta, dificultad para hablar, náuseas, boca seca, debilidad, mala coordinación, visión borrosa, hormigueo alrededor de la boca, palidez, palpitaciones, baja temperatura y convulsiones.

7.1.7 Complicaciones Crónicas

Cuando el nivel de glucosa en la sangre se mantiene alto por mucho tiempo, la sangre va tomando una consistencia parecida a la miel, más espesa y se empieza a estancar y a formar cristales. Estos niveles altos de glucosa en la sangre pueden provocar las siguientes complicaciones crónicas.

7.1.7.1 Retinopatía

En los ojos tenemos vasos sanguíneos muy delgados, llamados capilares que cuando los niveles de glucosa en la sangre se mantienen elevados por un largo período se van obstruyendo. Al no llegar la sangre y el oxígeno al nervio, éste va muriendo poco a poco. Un paciente no controlado (con cifras de hemoglobina glucosilada mayor al 7%) desarrolla una enfermedad llamada retinopatía que tarda de cinco a diez años en desarrollarse. La visión se va perdiendo gradualmente hasta que se pierde por completo. Mantener los niveles de glucosa por debajo de

140 en el caso de pruebas de glucosa casual (es la que se toma por lo menos dos horas después de comer) o 7% en hemoglobina glucosilada (que nos da el promedio de glucosa en los últimos tres meses) permitirá al paciente conservar la vista y la salud de sus ojos.

7.1.7.2 Insuficiencia Renal

En los riñones, que son órganos que filtran y limpian la sangre de toxinas e impurezas para ser eliminadas por la orina, pasa algo semejante. Los vasos sanguíneos que llegan a los riñones para que se limpie su sangre son muy finos y muy delgados y al llegar a ellos la sangre espesa y pegajosa se van obstruyendo. Al no recibir alimento, los riñones van muriendo poco a poco hasta que no funcionan. Al no funcionar los riñones, se van acumulando toxinas en el cuerpo, que son venenos y pueden matar a una persona en poco tiempo si no se limpia la sangre. Cuando a un paciente no le funcionan los riñones se dice que tiene insuficiencia renal y necesita que su sangre se limpie de tiempo en tiempo con un procedimiento médico que se llama diálisis. La única forma de evitar que los riñones se dañen, al grado de no funcionar, es mantener la sangre con niveles de azúcar normales, gracias a la acción combinada de una alimentación saludable, ejercicio físico y la toma adecuada de medicamentos.

7.1.7.3 Otros

Los pies y las piernas también se ven afectados por la mala circulación. Al ser las partes del cuerpo más alejadas del corazón la sangre tiene más dificultad para llegar cuando está saturada de glucosa. Los nervios dejan de recibir alimento y dejan de funcionar, los pies empiezan a perder la sensibilidad y como no sienten se pueden lastimar sin que la persona se dé cuenta de lo que está pasando. Es muy difícil que la herida cicatrice y es muy fácil que se infecte con microbios y bacterias que son atraídos por lo dulce de la sangre. Cuando éste proceso avanza, llega un momento en que se tiene que amputar el pie o la pierna para

salvar la vida del paciente, evitando que la infección se disemine por todo el cuerpo.

7.1.7.4 Alteraciones en la cavidad bucal

Las personas con diabetes suelen tener los tejidos bucales menos resistentes y si además no se cuenta con una adecuada higiene se desencadenan diferentes tipos de problemáticas como:

- Enfermedad periodontal: que implica inflamación por bacterias que afectan la encía, hueso y raíces del diente. Este padecimiento, además de provocar dolor, representa la principal causa de caída de dientes después de los 40 años de edad. La manera de prevenir esta enfermedad es a través de una correcta técnica de cepillado, uso de hilo dental, ver al dentista cada tres o cuatro meses, además de controlar los niveles de glucosa.
- Xerostomía: o resequedad de la boca como consecuencia del mal funcionamiento de las glándulas salivales debido a que la glucosa en sangre dañó los nervios. Se caracteriza por la presencia de mal sabor, olor, dificultad para hablar, comer y tragar.
- Caries dental: en pacientes diabéticos existe una alta incidencia de caries dentales, la mejor forma de prevenirlo es mantener una buena higiene bucal.
- Candidiasis oral: es decir, infección por hongos, que produce una especie de saliva espesa de color blanco, las mucosas de la boca se inflaman y enrojecen provocando dolor y hasta úlceras.

7.2 Hipertensión

7.2.1 Definición y aspectos históricos de la Hipertensión

7.2.1.1 Definición

La presión arterial (PA) es un variable fisiológica resultante del producto del gasto cardíaco por la resistencia periférica. Sin embargo, todo intento de definición de hipertensión arterial (HTA) resulta difícil. Podemos definir la HTA desde un punto de vista meramente estadístico. Esta sería una definición puramente descriptiva que, identifica valores fuera de rango, es decir muy altos en un determinado grupo. No obstante, ello no tiene excesivo valor si no se conoce la significación y el pronóstico que dichas cifras conllevan. Por una parte, podemos hablar de HTA como un factor de riesgo, entendiendo como tal “un factor asociado a la aparición de una enfermedad y sospechoso de ser el causante”.

Por otra parte, podemos hablar de HTA como una entidad patológica bien definida, en la medida en que tiene un contexto fisiopatológico y clínico propios, y se han detectado una serie de factores genéticos y ambientales asociados a su aparición. La OMS ha definido la HTA de una manera arbitraria como aquellas cifras de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 160 mm Hg y/o aquellas cifras de presión arterial diastólica (PAD) igual o superior a 95 mm Hg.

7.2.1.2 Aspectos históricos

Tras las primeras descripciones parciales de la circulación de la sangre por Ibn al-Nafis en pleno siglo XIII y por M. Servet en 1540 y la formulación definitiva por W. Harvey en 1628, fue el clérigo inglés S Hales quien en 1733 llevó a cabo la primera medición de la presión arterial (PA), aplicando un tubo de vidrio vertical a la arteria carótida de un caballo. Sin embargo, el uso clínico de las cifras

tensionales no sería posible hasta el siglo XIX, con la aparición de todo un conjunto de inventos técnicos y el apogeo de la mentalidad experimental.

Los primeros experimentos relacionados con la PA los efectuó J-M Poiseuille en París cuando, en 1828, describió su hemodinamómetro, compuesto por un tubo en U con una columna de mercurio que se conectaba directamente a la arterial para medir la presión de la sangre.

En 1896, el italiano S Riva-Rocci describía el definitivo esfigmomanómetro con manguito de aire y columna de mercurio aplicable sobre la arteria humeral que es el que, con distintas modificaciones (las primeras de ellas introducidas por Vázquez y Laubry), se ha venido utilizando hasta la actualidad.

Tras el éxito de las distintas técnicas para medir la presión arterial, acaecido en el siglo XIX, en el último tercio del mismo siglo F.A. Mahomed en Inglaterra, P.C.E. Potain en Francia y A. Mosso en Italia, entre otros, introdujeron la medición tensional rutinaria en la clínica humana. De todas formas, el concepto de hipertensión como entidad autónoma no aparecería hasta la primera mitad del siglo XX.

R. Bright fue el primero que, a partir de 1827, asoció la hipertensión a una alteración renal ("enfermedad de Bright), durante 40 años el "brightismo" fue un dogma inatacable. Cuando en 1914, Vol-hard y Fahr hablaban de hipertensiones rojas y blancas (benignas y malignas respectivamente) no hacían más que enfatizar de nuevo la importancia de la lesión renal en la patogenia de la hipertensión.

Varios años más tarde, en 1934, Goldblatt renovaba el interés por el riñón en el mecanismo patogénico de la enfermedad hipertensiva, al describir la hipertensión experimental provocada por el pinzamiento de las arterias renales, que tan fructífera ha resultado hasta la actualidad.

En 1868 G. Johnson relacionaba claramente la hipertensión de la enfermedad de Bright con una hipertrofia cardíaca. Y unos años más tarde, Gull y Sutton (1872) describían la “fibrosis arteriolar”, desplazando hacia los vasos el interés que hasta entonces se prestaba únicamente al riñón.

En 1874, Mahomed describió a la enfermedad arteriolar como una consecuencia de la presión sanguínea elevada. Por la misma época Gowers informa sobre los cambios del fondo de ojo relacionados con el aumento de la presión sanguínea.

Uno de los años más importantes en la historia de la hipertensión arterial es 1896, en esa fecha Albutt reportó aumento de la presión arterial en pacientes sin daño renal y le dió a la enfermedad el término griego de hyperpiesia (hipertensión).

En 1905, Nikolaj Korotkoff empleó un estetoscopio con el esfigmomanómetro creado por Riva Rocci y logra medir la presión sistólica, así como la diastólica y describe los ruidos que en la actualidad llevan su nombre.

En el año 1934, Goldblatt demostró que la oclusión de la arteria renal produce hipertensión. En 1940, Braun en Argentina y Page en Cleveland, describieron de manera simultánea a la angiotensina (a la cual Braun llamó hipertensina y Page denominó angiotonina).

En 1948 se inicia el estudio de Framingham, el cual estableció de manera definitiva la relación entre hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.

En el año de 1950 se introdujeron la hidralazina y el hexametonio como los primeros fármacos antihipertensivos eficaces.

7.2.1.3 Clasificación de la hipertensión

- Hipertensión esencial

En esta variedad, el aumento de las cifras de presión arterial no tiene una causa identificable, representa alrededor del 80% de los casos y es de la que se comenta en este trabajo al hablar de hipertensión arterial.

- Hipertensión secundaria

Es en la cual hay una causa identificable; esta variedad, cuando se diagnostica y se trata a tiempo, es potencialmente curable, corresponde de 10 a 15% de los casos de hipertensión.

- Hipertensión sistólica aislada

Se define como cifras de presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg, con cifras diastólicas normales, es común después de los 60 años de edad.

- Seudohipertensión

En algunos pacientes, las cifras registradas por el método de auscultación no reflejan los valores reales que presenta el paciente, en particular cuando la pared arterial se encuentra calcificada y no puede ser comprimida por el brazalete. Para llegar al diagnóstico en este caso, es necesario aplicar la maniobra de Osler (palpitación del pulso radial para detectar inicio y fin del latido), así como fijar las cifras sistólicas en el momento en el cual se siente por primera vez el latido arterial.

- Hipertensión de bata blanca

Esta variedad se presenta cuando el médico registra cifras tensionales mayores a las encontradas por la enfermera, en estos casos el paciente presenta en el consultorio cifras de presión arterial mayores a las manejadas de manera ambulatoria.

- Hipertensión acelerada

Este término se utiliza cuando el paciente presenta cifras muy elevadas de presión arterial (suele ser $\geq 210/120$ mm Hg), las cuales no se instalan de manera brusca

(pues en este caso se convierte en una urgencia hipertensiva), se acompaña de daño a órgano blanco, debe manejarse como una urgencia.

7.2.1.4 Consecuencias de la hipertensión arterial.

Los riesgos asociados a la hipertensión arterial son bien conocidos a partir de los datos de estudios clínicos y epidemiológicos. Las complicaciones de la hipertensión afectan a personas de ambos sexos y de todas las razas, aunque los varones sufren más las consecuencias de la hipertensión que las mujeres y los individuos de raza negra también están especialmente en riesgo de padecer complicaciones más graves.

La hipertensión es el principal factor y el que está relacionado más frecuentemente con la aparición de diversas enfermedades cardiovasculares y cerebrales, que constituyen la principal causa de muerte de las personas adultas en el mundo desarrollado y también la principal causa de discapacidades.

El riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes hipertensos es tres veces superior al de no hipertensos.

Por otro lado, la hipertensión arterial es la causa inicial de un importante número de secuelas, como consecuencia de sus complicaciones: incapacidades psicomotoras y demencias vasculares producidas por los accidentes vasculares cerebrales, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca como consecuencia de la cardiopatía hipertensiva e insuficiencia renal entre otras.

Las complicaciones de la hipertensión están más en relación con la presión sistólica que con la diastólica.

VIII. Resiliencia

8.1 Origen y Definición

8.1.1 Origen

Una de las primeras investigadoras que maneja el concepto de *resiliencia* es E. Werner (1982), quien realiza durante un período promedio de 32 años, un estudio en la isla de Kauai (Hawai). En este estudio analiza las estrategias que manejan las personas para superar adversidades ante condiciones de pobreza extrema, situaciones de estrés, enfermedades mentales, disolución de vínculos parentales, alcoholismo, y abuso, entre otros. El estudio lo realiza a una cohorte de aproximadamente 500 personas desde el periodo prenatal hasta la adultez. Esta investigadora destaca la importancia para las personas resilientes, de contar con al menos una persona, familiar o no, que les brindaba apoyo, respaldo y contención para poder “rebotar” ante una infancia difícil.

Así mismo, el psiquiatra V. Frankl (1979) en su obra: *El hombre en búsqueda de sentido*, realiza un análisis exhaustivo de personas que lograron superar episodios traumáticos en los campos de concentración, durante la segunda guerra mundial, al contrario de otras, que se sumían en cuadros patológicos.

A. Melillo y N. Suárez (2001), presentan una síntesis del desarrollo histórico de la resiliencia. Es así como identifican dos grandes generaciones de investigadores.

Lo que los autores denominan primera generación, corresponden a la década de los años 70 y en ella los investigadores se plantean una pregunta central: ¿Qué distingue a aquellos niños que se adaptan positivamente, de los niños que no se adaptan a la sociedad, en situaciones adversas y traumatizantes?

S. Luthar (1993) analiza fundamentalmente los factores de riesgo y de *resiliencia* que influyen en el desarrollo de los niños que se adaptan positivamente a pesar de vivir en condiciones de adversidad. Destaca el estudio de E. Werner y R. Smith (1982) en Kauai (Hawai).

La segunda generación se inicia en la década de los años 90. El cuestionamiento central de esta época fue: ¿Cuáles son los procesos asociados a una adaptación positiva dado que la persona ha vivido o vive en condiciones de adversidad?

Se destacan investigadores como M. Rutter (1993) quien propone el concepto de mecanismos protectores. Rutter trabaja con equipos pluridisciplinarios y analiza cómo a pesar de las condiciones adversas, violencia y maltrato desde temprana edad, los niños pueden convertirse en adultos bien desarrollados.

Igualmente, E. Grotberg (1995) formula el concepto que se analiza en el Proyecto Internacional de *Resiliencia* (PIR). Esta autora considera que hay factores fundamentales que inciden en el desarrollo del resiliente. Ellos son: un soporte social (yo tengo), las habilidades que desarrolla la persona (yo puedo) y la fortaleza interna que caracteriza el psiquismo de la persona (yo soy y yo estoy).

U. Bronfenbrenner (1987) otro de los investigadores que pertenecen a esta segunda generación. Bronfenbrenner, trabaja el enfoque ecológico y propone unos niveles que conforman el marco ecológico a saber, el individual, el comunitario vinculado preferencialmente a servicios sociales, y el cultural vinculado a valores sociales.

8.1.2 Definición

Uno de los significados etimológicos de la resiliencia la define como la “resistencia”, el modo en que un cuerpo vuelve a su posición luego de sufrir una alteración.

Desde el latín *resiliere* significa “volver a entrar saltando” o “saltar hacia arriba”.

“Tiene que ver con los recursos y la capacidad humana que le permiten a las personas enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido por experiencias de adversidad” (Grotberg).

“Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” (citado en Kotliarenko).

“La resiliencia remite a una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y las adversidades de la vida” (Suárez).

Este término de resiliencia está íntimamente relacionado con los procesos del desarrollo humano, en tanto que se puede construir en las diferentes etapas del ciclo vital y posibilita el crecimiento personal y social, promoviendo la maximización del potencial humano.

8.2 Factores Resilientes

La resiliencia es un atributo que varía en cada persona y que puede desarrollarse o disminuir con el tiempo (Henderson y Milstein, 2003). Es por esto que la resiliencia se centra en cada individuo como ser único; enfatizando las potencialidades y recursos personales que permitan la mejor forma de enfrentamiento ante una situación adversa y al mismo tiempo salir fortalecido de ésta (Melillo y cols, 2006).

Los factores que promueven la resiliencia son considerados como fuerzas internas y externas que contribuyen a que toda persona resista o aminore los efectos de la adversidad o eventos traumáticos vividos; así mismo brindan herramientas y disminuyen la posibilidad de problemas; involucran también algunas variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos, situacionales y sociales (Montoya y Pérez, 2006).

De acuerdo a Vanistendael y Lacomte (2003), son nueve los factores que se deben trabajar para la promoción de la resiliencia: autoestima, sentido del humor, necesidades básicas, sentido de vida, creatividad (solución de problemas, habilidades competencias), búsqueda de nuevas experiencias, proyecto de vida, y reconocimiento de emociones y redes de apoyo.

8.2.1 Redes psicoafectivas

El primer factor necesario para la resiliencia según Grotbert (2006), es contar con relaciones de afecto y apoyo: “Las relaciones que crean amor y confianza traen consigo un modelo a imitar y ofrecen incentivo y seguridad para fomentar la resiliencia en una persona”. De acuerdo con Cyrulnik (2003), la resiliencia difícilmente puede brotar en la soledad. La confianza y solidaridad de otros, ya sean familiares, amigos, maestros o tutores es una de las condiciones para que cualquier ser humano pueda recuperar la confianza en sí mismo y su capacidad de afecto.

8.2.2 Sentido de Vida

El sentido de vida es un concepto que fue desarrollado por Victor Frankl, como una búsqueda de toda persona. “el sentido se debe descubrir y no crear, debe hallarse, no puede darse” (Munist, Suarez, Krauskopf, y Silver, 2007).

La capacidad de darle a la vida un sentido y de planificar un futuro está relacionada con el sentido a la autonomía y de la propia eficacia, así como también brinda confianza en que una persona puede tener cierto grado de control sobre su ambiente. Dentro de esta categoría entran varias cualidades como: expectativas saludables, dirección hacia objetivos, motivación para los logros, confianza en un futuro mejor, y sentido de anticipación y de la coherencia (Munist y cols, 2007)

8.2.3 Creatividad; solución de problemas, habilidades y competencias.

De acuerdo con Cyrulnik (2003), la creatividad desarrolla la posibilidad de cambiar, genera recursos fortalecedores, ayuda al descubrimiento de estrategias reparadoras, además de ser una herramienta y sostén especialmente en el sufrimiento y las dificultades; esta condición creativa forma parte de todas las personas, es parte de su naturaleza, pero necesita apoyo exterior para desarrollarse.

Bajo el marco de la resiliencia, no se habla de la creatividad como expresión de arte, sino como medio para la resolución de situaciones adversas en donde se invita a la comprensión de los sucesos que se viven o han vivido como traumáticos; como Cyrulnik (2003) lo explica: "para comprender es preciso crear una representación nueva" (p.27); y en donde abrir esta posibilidad de crear en niños y jóvenes debe ser ilimitada, sin reglas, ni expectativas ya que cada quien resolverá acorde a como se ha forjado como ser humano, es decir con todo su repertorio biológico, psíquico y social; haciendo uso de sus habilidades y competencias conocidas o por descubrir.

8.2.4 Autoestima

Dentro de los pilares de la resiliencia está la autoestima. Necesidad humana básica que nos refiere al sentido de valoración personal, relacionado con el

cuidado que el niño y el joven reciben por parte de las figuras de significado en sus vidas, padres, abuelos, tíos, educadores y otros agentes sociales con los que establece relación a lo largo de su vida .

Es posible entonces pensar que a través de las relaciones dentro de la familia, si se establecen vínculos saludables y de cuidado, se logra desarrollar la capacidad resiliente.

Si la persona se valora y valora también a los demás, si la vida tiene valor para él, si sus necesidades de subsistencia están satisfechas, si la vida es factible de transitar para las personas de un modo digno y saludable... todo esto es una puerta hacia la esperanza.

Abraham Maslow, uno de los creadores del enfoque humanista, define a la autoestima como una de las necesidades primordiales del ser humano. La misma refleja en la imagen de su "famosa pirámide", como parte del camino que conduce a las personas a su desarrollo y superación, lo que el autor denomina la "autorrealización".

"No hay genes que trasmitan el sentido del propio valor. Es en el ámbito de la familia donde se aprende" (Satir). Las actitudes, palabras, gestos de los padres, abuelos, u otras figuras significativas para un niño tienen un efecto muy importante en él.

IX. Biblioterapia

9.1 Origen

Desde el antiguo Egipto existen evidencias de que la lectura ya se tomaba en cuenta como parte importante de la vida cotidiana; sus bibliotecas, localizadas en templos, eran llamadas “casas de vida” pues se consideraban centros de conocimiento y espiritualidad (Deberti, 2007). En la Edad Media, durante el desarrollo de la medicina por toda Europa, era habitual brindar libros a los pacientes como complemento terapéutico; de igual forma la lectura de textos sagrados en el transcurso de una intervención quirúrgica, era un procedimiento común usado para aliviar el dolor y amortiguar la angustia (Deberti, 2007).

De acuerdo con la IFLA (International Federation of Library Associations and Institutions, 2001, citado en Deberti, 2007), en los siglos XVIII y XIX, los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, Francia, Alemania y Escocia contaban con bibliotecas para pacientes, ya que los médicos que trataban enfermedades psíquicas en estos países recetaban la lectura como terapia.

La bibliotecología, ciencia que estudia las bibliotecas en todos sus aspectos (Real Academia Española, 2009), fue la ciencia que reconoció el uso de la biblioterapia en el año de 1904, al ser utilizada en el Mc Lean Hospital, en Massachussets, Estados Unidos de Norteamérica, como parte integral del tratamiento a sus pacientes (Ciganda, 1984, citado en Deberti, 2007).

Hacia 1973, la Asociación de bibliotecas en Instituciones y hospitales en Estados Unidos de América (Mood, Limper 1973, citado en Deberti, 2007) definió oficialmente la Biblioterapia como:

“La utilización de materiales de lectura seleccionados como coadyuvante terapéutico en la medicina y la psiquiatría; la orientación en la solución de

problemas personales por medio de la lectura dirigida, el tratamiento de la enfermedad, y la promoción de su recuperación a la sociedad.”

Otra definición de Biblioterapia encontrada por Deberti (2007), es la de Marc-Alain Ouaknin (1996):

“La lectura implica una interpretación que es en sí misma una terapia puesto que evoca la idea de libertad y permite atribuir al texto más de un sentido. La Biblioterapia contempla no sólo la lectura sino también el comentario que le es adicional lo que conduce a la reflexión, al encuentro de múltiples verdades, en la que curar configura como un abrirse a otra dimensión llena de nuevas posibilidades. (p. 97)”

9.2 Estilos de Biblioterapia en el mundo

Los tipos de Biblioterapia, a quién va dirigida y su finalidad terapéutica, son diversos de acuerdo al lugar en la que ésta se practique; estas diferencias dependen del contexto socio cultural de cada país e institución. Existen referencias que mencionan su práctica en hospitales, instituciones de salud, geriátricos, orfanatos, instituciones de rehabilitación para adictos, psiquiátricos e inclusive en apoyo a damnificados por desastres naturales (Deberti, 2007).

En diversos países tales como: Reino Unido, Australia y diferentes partes de Europa, se entiende como Biblioterapia en el ámbito hospitalario, el uso de libros o manuales para la comprensión de la enfermedad, es decir, desde una perspectiva psicoeducativa, que aunque favorece la adherencia terapéutica, limita su uso a material referente solo a la enfermedad y no permite una expresión emocional en los pacientes o familiares. Por otra parte, desde hace varios años, en varios países más de Europa y Latinoamérica, entre ellos México, se han impulsado diversas campañas para la introducción de libros en los medios hospitalarios, aunque su único fin es el fomento de la lectura o como terapia ocupacional.

9.3 Importancia y beneficios psicológicos de la literatura

Los cuentos aportan importantes mensajes tanto a nivel consciente como inconsciente, al hacer referencia a los problemas humanos universales.

“La literatura, como una de las bellas artes tiene bondades, ofrece una herramienta de expresión, transmite cultura y con ella una cierta estructura, da lugar a la identificación entre quienes participan de ella (González, 2008, p.40).”

La lectura es una forma de aproximación a la realidad a través de la ficción y una forma de recreación a partir de una obra realizada por un autor, la riqueza de ésta radica en que un mismo libro puede interpretarse de diversas maneras, de acuerdo a quién (edad, género, condición) y cómo se lea, pero sobre todo por el momento y situación de vida en el que se realiza, para la misma persona puede tener diferente significado según el momento de su vida en que se lea (González, 2008). Iser (1999, citado en Onneti, 2002) llamó a esto “lectura vital” y lo definió como la interpretación creada en la mente del lector según sus capacidades y las necesidades del momento”.

X. Programa de Resiliencia

El programa que propongo es para trabajar en cinco sesiones, con el cual se pretende desarrollar la resiliencia del usuario del programa de Adherencia Terapéutica a través de la biblioterapia.

En la sesión 1 se trabajará el factor resiliente "Autoestima".

En la sesión 2 se trabajará el factor resiliente "Redes psicoafectivas".

En la sesión 3 se trabajará el factor resiliente "Sentido de vida".

En la sesión 4 se trabajará el factor resiliente "Creatividad; solución de problemas, habilidades y competencias".

En la sesión 5 se trabajará el factor resiliente "Búsqueda de nuevas experiencias"

SESIÓN 1

Análisis del Cuento

Cuento: Mi cuerpo y yo

Autor: Jorge Luján

Año: 2005

País: México

TEMA: Autoestima. Somos más de lo que nuestro cuerpo es. La percepción del cuerpo y de la personalidad en un solo ente: ser persona.

IDEAS:

- Somos más que el cuerpo que habitamos.
- La actitud frente a lo que nos toca vivir es lo que nos hace cambiar la perspectiva de la situación.
- No existen límites frente al poder de la mente, la imaginación y la voluntad.
- La auto aceptación y la autoestima se logran cuando entendemos y reconocemos todo lo que somos: sentimientos, emociones, sueños, metas, nuestro cuerpo.

Aplicación de la sesión

Factor Resiliente: Autoestima

Objetivo: Que el usuario del programa de adherencia terapéutica logre una mejor aceptación frente a su cuerpo, emociones y aptitudes.

Actividad: Lectura del poema.

Duración: 45 min.

Desarrollo:

- Saludo
- Presentación del poema e inicio de su lectura, deteniéndose siempre que sea necesario para saber opiniones, dudas, comentarios y aterrizando siempre el tema a su propia situación.

- Actividad a realizar: realizar un dibujo de su cuerpo como es, como le gustaría que fuera y agregándole tanto sus aptitudes como emociones. (ejemplo, en el corazón: hay alegría, amor, tristeza, en la mente: ¿en qué piensa más?, etc). Esta actividad quedará como tarea para la siguiente sesión, la cual se revisará al inicio.
- Se cerrará la sesión enfatizando que somos más que el cuerpo que habitamos. Cada persona es diferente tanto físicamente como emocionalmente y siempre existirán cosas que no nos gustan, algunas se podrán cambiar, otras solo son temporales y otras pueden complementarse haciendo algo más. Lo más importante es lo que hacemos con lo que somos, tanto con nuestras virtudes y defectos, emociones, deseos y con todo nuestro cuerpo.

SESIÓN 2

Análisis del Cuento

Cuento: “Albino, mi amigo”

Libro: Historias desde la zozobra

Autor: Arnoldo Kraus

Año: 2004

País: México

Editorial: SM

TEMA: El valor de la amistad en toda circunstancia, en especial en los momentos más difíciles.

IDEAS:

- La importancia de compartir la experiencia de la enfermedad, nos puede hacer sentir mejor.
- Poder reconocer nuestras emociones frente a la situación que vivimos, ya que está bien sentir: enojo, tristeza, rabia, impotencia, etc.
- Pensar en todos los que nos rodean en los momentos más difíciles y también en los que nosotros hemos apoyado en esas circunstancias.
- El valor de la amistad no se mide en cantidad sino en calidad.
- No se requiere de mucho para poder apoyar a alguien a quien se quiere.

Aplicación de la sesión

Factor Resiliente: Redes psicoafectivas

Objetivo: Facilitar y validar la expresión de emociones hacia aquellos que han elegido estar al lado del usuario de adherencia terapéutica. Lograr la identificación de todas las actuales redes de apoyo.

Actividad: Lectura del cuento, realizar una carta hacia alguien querido que se haya alejado a raíz de la enfermedad o a alguien que le ha brindado su apoyo incondicional.

Duración: 45 min.

Desarrollo:

- Inicia la sesión con una presentación
- Se presenta el cuento a leer y se comienza con su lectura, deteniéndose siempre que sea necesario para saber opiniones, dudas, comentarios.
- Al terminar la lectura se le pide al usuario de Adherencia Terapéutica, que recuerde a alguna persona que ha estado con ella, que le ha brindado su apoyo y afecto.
- Se hace una reflexión sobre el cuento.
- Para cerrar la sesión se le invita a que piense en las personas que lo(a) siguen apoyando y en lo que le gustaría decirles, se le invita a que lo pueda hacer en cuanto tenga la oportunidad.

SESIÓN 3

Análisis del Cuento

Cuento: El buscador

Libro: Cuentos para pensar

Autor: Jorge Bucay

Año: 2004

País: México

Editorial: Grupo Océano

TEMA: Disfrutar intensamente de la vida. La felicidad de estar vivo.

IDEAS:

- La vida no se mide en años sino en momentos de felicidad vividos.
- Cada uno decide cómo vivir y enfrentar la adversidad.
- Tratar de encontrar en cada momento una razón y el significado de estar vivos.

La felicidad se encuentra en cada pequeño momento de nuestra vida, es importante reconocerlo y disfrutarlo.

Aplicación de la sesión

Factor Resiliente: Sentido de vida

Objetivo: Destacar en el usuario de Adherencia Terapéutica la importancia de todo momento de su vida. Que él pueda encontrarle un sentido a ésta y pueda compartirlo.

Actividad: Lectura del cuento y reflexión sobre lo leído.

Duración: 45 min.

Desarrollo:

- Inicia la sesión con una presentación
- Se presenta el cuento a leer y se comienza con su lectura, deteniéndose siempre que sea necesario para saber opiniones, dudas, comentarios.
- Al terminar la lectura se le pide al usuario de Adherencia Terapéutica, que recuerde algunos de esos momentos y si desea los puede compartir.
- Se hace una reflexión sobre el cuento.
- Se cierra la sesión haciendo énfasis en que la vida trae consigo buenos y malos momentos y depende de cada uno de nosotros cómo vivirlos y el valor que les damos a todos estos. Así como en que la felicidad se encuentra en cada pequeño momento de nuestra vida.

SESIÓN 4

Análisis del Cuento

Cuento: El origen de las piedras

Libro: El vuelo del Ave Fénix

Autor: Federico Pérez

Año: 1994

País: México

Editorial: Pax

TEMA: Habilidades, creatividad

IDEAS:

- Aún cuando nos encontremos en cierta medida limitados por una enfermedad, siempre habrá cosas que podamos hacer.
- Ante una situación difícil nosotros decidimos como afrontar ese desafío, haciendo algo para resolverlo o permitiendo que progrese el problema.
- Nuestros familiares y amigos aunque nos quieran mucho no pueden hacer ciertas cosas por nosotros, hay cosas que sólo nosotros podemos hacer.
- Todos contamos con ciertas habilidades, que podemos desarrollar para enfrentar las situaciones difíciles.

Aplicación de la sesión

Factor Resiliente: Habilidades, creatividad

Objetivo: Que el usuario de adherencia terapéutica se pueda hacer consciente de que un problema no se resuelve sólo, necesita de nuestra intervención.

Actividad: Lectura del cuento. Análisis y reflexión sobre lo leído.

Duración: 45 min.

Desarrollo:

- Saludo inicial
- Lectura del cuento.
- Reflexión sobre lo leído
- Se pregunta al usuario de Adherencia terapéutica si en su vida se le ha presentado anteriormente un problema y cómo lo ha resuelto.
- Despedida.

SESIÓN 5

Análisis del Cuento

Cuento: Cómo arreglárselas para seguir estudios universitarios

Libro: Mi voz irá contigo

Autor: Sidney Rosen (compilador) cuentos didácticos de Milton Erickson

Año: 1992

País: Estados Unidos

Editorial: Ediciones Paidós

TEMA: Que es lo que deseo para mi vida en este momento.

IDEAS:

- Que es lo que hago que me hace sentir bien (actividades manuales, actividades físicas, sociales, etc.)
- Que es lo que me gustaría hacer y no he hecho.

Aplicación de la sesión

Factor Resiliente: Búsqueda de un sentido, experiencias por descubrir

Objetivo: Que el usuario de Adherencia Terapéutica reconozca y valore lo que lo hace sentirse bien.

Actividad: Lectura del cuento.

Duración: 45 min.

Desarrollo:

- Saludo inicial.
- Lectura del cuento.
- Reflexión sobre lo leído, aterrizando siempre el tema a su propia situación.
- Se cerrará la sesión destacando que por muy mal que nos sintamos, hay actividades que nos hacen sentir mejor.
- Se pide al usuario de adherencia terapéutica que reflexiones sobre que actividades hasta ahora no ha hecho y le gustaría hacer (nadar, club de tejido, clases de baile, etc.).

XI. Aportaciones y Limitaciones

11.1 Aportaciones

Este programa pretende brindar un espacio a los usuarios de Adherencia Terapéutica para poder expresar y analizar sus sentimientos y emociones respecto a su padecimiento, así como empoderarlo para poder hacerle frente de una manera más asertiva a su enfermedad.

11.2 Limitaciones

Propongo este programa para trabajar la resiliencia en los usuarios de Adherencia Terapéutica de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que se atienden vía telefónica. El mayor problema que veo es conseguir y mantener la participación del usuario en este programa.

XII. Referencias Bibliográficas

1. Armario, P., Botey, A., Gasulla, J.M., Hernández, R., Martínez-Amenos A., Roca-Cusachs A. (1988). *Manual de hipertensión arterial*. México: Doyma.
2. Bauer, M., González E., Sassón, E., Weigsberg, A., Corti, A., Altmann, M. (2007). *Resiliencia y vida cotidiana*. Mexico: Psicolibros.
3. Bucay, J. (2004). *El buscador en: cuentos para pensar*. México: Grupo Oceano.
4. Calvo, L. (2009). *Familia, resiliencia y red social*. Buenos Aires: Espacio.
5. Congreso Mundial de Diabetes (2005). Comunicado de Prensa. Disponible en:
<http://www.idf.org/node/1291?unode=4A18396A-F49A-4E2A-8534-CBCC1720A029>
6. Cyrulnik, B. (2008). *Los patitos feos; La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. España: Gedisa.
7. Deberti, C. (2007). La biblioterapia aplicada a pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas: experiencia en "El Portal Amarillo". Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la U de la R Uruguay Itinerario. Uruguay. 3 (7). Disponible en:
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/SeptimoNumero.htm>
8. Deberti, C. (2009). Una Biblioterapia posible, o "Juana, la del billete de mil". Montevideo. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402009000100005
9. Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
10. Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. España: Gedisa.
11. Henderson N, Milstein M. (2003). *Resiliencia en la escuela*. Barcelona: Ediciones Paidós
12. Joyce-Moniz, L., Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud desarrollo e intervención*. México: Manual Moderno.

13. Kraus, A. (2004). *Albino mi amigo en: historias desde la zozobra*. México: Ediciones SM.
14. Luján, J. (2005). *Mi cuerpo y yo*. México: Edit. Artes de México Infantil.
15. Melillo A, Suárez E, Rodríguez D. (2006). *Resiliencia y subjetividad los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
16. Nomen, L. (2009). *El duelo y la muerte, el tratamiento de la pérdida*. México: Ediciones Piramide.
17. Olivares, J., Mendez, J., Lozano, M. (2005). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva
18. Pérez, F. (1994). *El vuelo del ave fénix*. México: Edit. Pax.
1. Puente, F. (1985). *Adherencia terapéutica implicaciones para México*. México: XXIII Congreso Internacional de Psicología. Disponible en:
<http://www.saptel.org.mx/Articulos/AdherenciaTerapeutica.pdf>
19. Quiñones, A. (2007). *Resiliencia resignificación creativa de la adversidad*. Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas
20. Rosen, S. (1992). *Cuentos didácticos de Milton Erickson*. Estados Unidos: Ediciones Paidós.
21. Rubio, A. (2005). *Hipertensión arterial*. México: Manual Moderno.
22. Salvador, J. (2002). *La diabetes*. México: Everest
23. Sperling, A. (1985). *Psicología simplificada*. México: Compañía general de ediciones.
24. Trull J., Phares E. (2003). *Psicología clínica conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: International Thomson Editores.

ANEXO 1

CUENTOS

“Mi cuerpo y yo”

Mi cuerpo y yo somos una simbiosis.

Mi cuerpo y yo nos necesitamos porque, el uno sin el otro, no podríamos existir en el plano de la realidad mortal.

Mi cuerpo es el vehículo que me permite transmitir mis sentimientos, mis emociones.

Gracias a él puedo hablar, reír, llorar, abrazar, gesticular...

Sin él no podría experimentar determinadas sensaciones.

Mi cuerpo siente el frío y el calor.

Yo siento la felicidad y la tristeza.

Mi cuerpo necesita alimentos para subsistir.

A mí para subsistir me bastan besos, abrazos, amor y estar bien conmigo misma.

Mi cuerpo necesita fármacos para sanar.

Yo sólo necesito paz, caricias, risas, cariño y ternura.

Mi cuerpo se moja bajo la lluvia.

Yo nunca.

Sin mi cuerpo no podría ver el mar, ni oler su aroma, ni escuchar sus olas, ni sentir su brisa, ni saborear el salitre atrapado en mis labios... Ni tampoco sumergirme en él.

Sin mí mi cuerpo no escribiría historias, ni dibujaría florecillas, ni tendría la posibilidad de tener amigos.

Sin él tampoco podría cantar, escuchar mis canciones preferidas, oler la canela, saborear la vainilla, ni sentir la agradable sensación que proporciona una ducha relajante que hace que me sienta mejor.

Somos 2 en obligada comunión incondicional.

Inseparables hasta el día que mi cuerpo se deteriore y su muerte nos separe.

Un matrimonio sin más posibilidad de divorcio que la muerte.

El único matrimonio capaz de asumir por muchos.

Mi cuerpo no puede cuidarse solo.
Es mi deber cuidarle.

...Mi cuerpo necesita un lugar donde vivir.
Yo vivo en él

Albino, mi amigo

Albino, mi amigo no ha venido a la escuela. Lleva dos semanas sin acudir. Dice el profesor que está enfermo, que tardará en regresar a clases. Desde hace tres años hemos compartido el pupitre y casi siempre nos juntamos para hacer la tarea, a veces en mi casa, a veces en la suya. Cuando tenemos mucho tiempo y no queremos jugar fútbol, la hacemos durante el recreo. Con Albino nunca hay fijón: no la hace de tos ni se azota como otros cuates. ¡Quién sabe qué onda con él! Nunca había faltado a la escuela.

-Dice su mamá que pronto mejorará. Por ahora tendrá que estar en el hospital dos o tres días- comentó el profesor.

-¿Qué es lo que tiene? –preguntó Filemón.

-Aún no se sabe con exactitud cuál es el problema. Lo han visto dos médicos y ordenaron muchos exámenes. Algunas pruebas son complicadas y los resultados pueden tardar mucho tiempo. Dice su mamá que pueden pasar dos o tres semanas hasta que los doctores tengan toda la información.

-¿Por qué tardan tanto? Cuando voy al doctor, el mismo día me manda algunas medicinas y pronto estoy bien. Nunca me han hecho exámenes. Mi doctor sólo me revisa y eso suele ser suficiente. Nunca me han hospitalizado. ¿Por qué mandaron a Albino al hospital? Pregunta Mircea, el más joven de la clase.

-A Albino le hicieron muchos exámenes, pues su caso ha sido un poco difícil. Le hicieron algunos de sangre, además de varias radiografías, y parece que entre hoy y mañana deciden si le hacen o no una biopsia.

-¿Y qué se hace con la biopsia?, ¿para qué sirve? –pregunta Baucis

-Mi padre es patólogo –interviene Paco-. Los patólogos son los médicos encargados de estudiar las biopsias. Cuando les llega el tejido lo preparan para analizarlo por medio del microscopio. A la biopsia le ponen colorantes y sustancias especiales para definir lo que se ve. Cuando el caso está grueso, como los de la

televisión, buscan a los médicos más chidos para que le metan mollera al asunto; los meros meros utilizan el microscopio electrónico, con lo que agrandan la imagen miles de veces. Yo he visto algunas de esas fotos y es un alucine: se ve como si fuesen cráteres de la Luna. Con la biopsia, el patólogo informa al médico del diagnóstico.

De todos, Albino es el más aliviado. Nunca la hace de tos y siempre agarra la onda. Cualquier oso que suceda en la escuela lo platico con él y me quedo más tranquilo. Es, de verdad, súper light. Debe estar muy mal, pues hace dos semanas que no ha venido. Casi no contesta el teléfono y mi mamá no me ha querido llevar al hospital a verlo; tiene prohibidas las visitas. Qué raro que a mi cuate le prohíban las visitas. Qué raro que no pueda ver a sus amigos. A Albino le gustaba jugar con todos. Nunca había faltado a la escuela.

-¿Qué tiene Albino? –pregunta Germán.

-No sé bien, hijito. Me ha explicado una amiga que los médicos están preocupados, pues encontraron unas células malas en la sangre. Parece que tiene una enfermedad rara. Los doctores se han reunido varias veces. Cuando estén todos los resultados harán una junta, incluyendo a un experto en enfermedades de la sangre. Creo que eso será en dos días.

Puf, puf. ¡Qué mala onda! Albino debe estar superfregado. ¿Cuándo vendrá? A él le he contado siempre todo. Le he dicho que Baucis es bonita. Le he dicho que siento tristeza cuando mis papás se pelean. Le he contado que hace poco vi a mi hermana besándose con su novio. Con Albino he caminado por toda la ciudad. Cuando iba a su casa y me quedaba a dormir jugábamos ajedrez. Muchas veces íbamos al cine.

Albino es un poco mayor que yo. Tiene 15 años. Por eso, cuando no sé bien qué hacer, le pido consejo. Él me dijo que debía decirle a mi primera novia. La neta es que lo extraño un resto. Quizás mi mamá pueda decirme qué son las enfermedades de la sangre.

-No sé bien, pero muchas no son buenas. Las más sencillas son las anemias, es decir, cuándo no tienes suficientes nutrientes en la sangre y las más feas son las leucemias. Parece que Albino tiene leucemia.

-¿Qué pasa cuando tienes leucemia?

-La mayoría de las veces las leucemias aparecen porque la médula ósea, que es el sitio donde se produce la sangre, funciona mal. Cuando esto sucede, células enfermas, células anormales, escapan a la sangre y los afectados tienen muchos problemas.

-El papá de Paco nos explicó qué es la leucemia. Todo suena bien pinche. Si la sangre deja de funcionar, quiere decir que todo anda mal, ¿verdad? Nos dijo que los enfermos de leucemia tienen muchos problemas muy feos. Creo que Albino debe estar sufriendo mucho, ¿verdad? Siento que el papá de Paco no quiso decirnos todo lo que sabe para que no nos preocupemos, ¿verdad? Yo creo que las leucemias no se curan, ¿verdad?

-No sé bien qué decirte. Las leucemias son enfermedades muy malas, pero, en la actualidad, muchas se controlan, e incluso algunas se curan. Los médicos dan a los pacientes medicinas muy fuertes para matar las células de la leucemia. Con esto intentan detener la enfermedad.

-El papá de Paco nos habló un poco de quimioterapia. Nos dijo que son medicinas muy gruesas, porque acaban con las células de la leucemia. Nos explicó también que pueden producir otros problemas, ya que casi siempre también matan células normales. O sea, son medicinas que curan, pero que también te pueden partir el hocico. ¿Así es? Nos dijo que bajan las defensas de los pacientes. de los pacientes.

-Germán, entiendo tu tristeza y tu dolor, pero aún no sabemos cuál es el diagnóstico. Además, ni siquiera sabemos qué tipo de leucemia tiene. Hay unas que responden muy bien al tratamiento. Yo tengo una amiga de mi edad que tuvo leucemia cuando joven y está bien. ¿Ya acabaste de estudiar para el examen de ética?

-No, no he podido estudiar. Además, ese griego de nombre extraño, Platón Aristóteles, ¿o es romano?, me tiene hasta atrás. No le entiendo muchas cosas. Y con eso de que el perro de Baucis se llama Nicomaco, igual que su libro...

Ensimismado, Germán se prepara para dormir. Sus ojos se llenan de lágrimas. Lo invade la angustia y la incertidumbre. Siente un hueco en el estómago y algo que parece miedo. Siente también un nudo en la garganta. Quisiera juntarse con Albino para verlo, para saber qué siente. Hablar con él algunas palabras podría bastarle.

Quizá le diría cosas simples, pero importantes.

Podría decirle, por ejemplo, que es su carnal.

Podría decirle, también, que todos están preocupados por él. Quizás le recordaría algunas de sus apuestas pendientes. Por ejemplo, la de darle un beso a la novia enfrente de los amigos o la de correr sin para tres kilómetros. Agotado, se duerme.

Al día siguiente, antes de marchar a la escuela, se da cuenta de que en los últimos días ha pensado un poco en el significado de la salud, del dolor, e incluso en cosas tan feas como la muerte. Piensa que la muerte es algo lejano y que nadie de sus seres cercanos ha fallecido.

En el salón de clases, el profesor explica que Albino está mejor y que pronto saldrá del hospital. Les dice también que la mamá le confirmó que tenía leucemia, pero que los médicos tienen muchas esperanzas de que todo marche bien.

-Esperemos que Albino mejore. Nunca son buenas las enfermedades, pero en ocasiones, son oportunidades que permiten ver hacia adentro, que invitan a pensar en lo que es el cariño, la amistad, la salud, la vida, la muerte.

Muchas personas enfermas entienden y miran la vida con ojos distintos.

Suelen mirar más profundo que los sanos. Algunos consideran que el dolor hace que las personas piensen distinto. Otros dicen que la vida cambia, que la vida se modifica. Hay quienes consideran que las cosas poco importantes pueden volverse importantes y que las cosas pequeñas adquieren muchos significados nuevos.

Un amigo que estuvo muy enfermo me decía que lo que se come, lo que se mira y lo que se siente, cambia. Me decía también que el sabor de las cosas y el valor del tiempo o de la amistad se modifica mientras estás enfermo. Dice que no es una mejor persona, pero que aprecia y entiende mejor infinidad de cosas que antes consideraba poco importantes. Dice que vive mejor porque pensó que podría morir.

-Ayer, cuando platicaba con mi papá acerca de Albino, copió, para mí, una frase de un escritor que ganó el Premio Nobel de Literatura. Su nombre es Thomas Mann. ¿Podría leerla?, -interviene Mircea.

El profesor asiente con la cabeza. Siempre se mostraba complacido con los comentarios de Mircea.

-Mann escribió que "la enfermedad es el medio por el cual se adquiere conocimiento". ¿Es correcto?

-He pensado muchas cosas desde que Albino enfermó –dice Germán-. Aunque yo no he estado enfermo me he dado cuenta de que las enfermedades pueden hacer que pienses diferente y que veas las cosas con ojos distintos. Es como cuando ves en la televisión lo que sucede con las bombas que colocan los terroristas. Dices: ¡Yo he viajado en ese tren! Me imagino que los enfermos consideran que muchas de las cosas normales dejan de serlo.

Al regresar de la escuela, su mamá le dice que su cuate ya salió del hospital.

-Albino está mejor. Parece que su cuerpo respondió bien al tratamiento. Los médicos comentaron a su mamá que puede tener visitas, pero sólo durante unos minutos. Quiere que vayas. Mientras camina hacia la casa de Albino, Germán lo imaginaba en el hospital, lo imagina en las salas de rayos X, lo imagina vestido de verde. Lo imagina en las salas de rayos X, lo imaginaba vestido de verde. Lo imaginaba como suelen describir a los enfermos en los programas de televisión. Siente temor. No sabe si la cara o el cuerpo de Albino cambiaron. No sabe qué decirle cuando lo vea. Se da cuenta de que nunca ha estado en contacto con la enfermedad y mucho menos con aquéllas como la leucemia. Camina acompañado por una sensación extraña. "Albino es la persona que más sabe de mí. ¿Cómo decirle que me preocupa?, ¿cómo decirle que lo quiero?"

Al entrar a casa de su amigo, la mamá lo recibe con mucho afecto. Un beso y unas palabras son suficientes para disminuir los miedos de Germán.

-Que bueno que viniste, Germán. Albino tiene muchas ganas de verte. Él quería que tú y otros amigos lo visitaran en el hospital, pero los médicos dijeron que no era prudente.

-¡Hola, Albino! ¿Qué onda? ¿Te sientes mal o es puro choro eso de que estabas enfermo? En la escuela todos decían que te hiciste el occiso...

-¡Ay, pinche Germán! Ojalá y fuese cierta tu broma. La neta es que me he sentido muy mal.

-Bueno, bueno, es broma. En la escuela todos preguntan por ti. El maestro nos habló de tu enfermedad y algunos compañeros preguntaron a sus papás acerca de tu problema. Mi mamá me decía que aunque estabas delicado pronto mejorarías. Debe ser muy feo estar tantos días en el hospital.

-Bueno, la verdad, sí fue horrible. Sobre todo porque los doctores no sabían bien qué me pasaba. Son más listos los de la televisión. Tuvieron que hacer muchos estudios. Algunos eran dolorosos y otros incómodos. Muchas veces tenía miedo porque no sabía qué pasaba. En otras ocasiones tenía temor porque sabía que me harían radiografías o exámenes molestos.

Lo peor fue cuando me sacaron sangre de la médula ósea. Con ese estudio me dijeron que tenía leucemia. Me explicaron que era una enfermedad delicada y que tendrían que darme tratamientos fuertes para evitar que la leucemia progresara.

Siento un nudo en la garganta. Me siento incómodo. La cara de Albino está llena de tristeza, habla con lentitud y en ocasiones calla. Siento que las manos me sudan. No sé cómo decirle que lo quiero y que estoy preocupado por él. Me siento frustrado.

-¿Te sentiste mal cuando te dieron esos tratamientos?

-Sí, muy mal. La quimioterapia es lo peor. Te sientes superjodido. Vomité durante dos días. Me imagino que así se sienten las cucarachas cuando las rocían con matabichos. Me sentía como trapo. Te sientes cansado y no te dan ganas de hacer nada. Además prohíben las visitas y todos los que entran tienen cubierta la boca y la nariz. Dos días ni siquiera me paré de la cama. Lo malo es que me

tendrán que poner varias veces ese tratamiento. ¿Sabes, Germán? Cuando me sentía muy mal recordaba la escuela, los recreos, los amigos. Es muy feo estar enfermo. Te sientes muy solo, a pesar de que todo el día estaba conmigo alguno de mis familiares o de que hablaba en ocasiones con ustedes. Parecía que el tiempo no pasaba. Piensas que todo está mal. Cuando estás más enfermo prefieres ver las paredes, los techos, las ventanas. No quieres platicar. No quieres ver televisión. Todo te da flojera. Sientes miedo, quisieras llorar.

Sientes tristeza por la gente que te quiere, pues ves cómo sufren.

También sientes enojo y muchas otras cosas feas. Te preguntas: ¿por qué me pasó esto si no hice nada malo?, ¿por qué me tocó a mí? Sientes muchas cosas extrañas. Te sientes... raro. Un día estás enojado, luego triste. Lo peor fue cuando me di cuenta de que mi cuerpo no respondía...

-¿Qué sientes cuando tu cuerpo no responde?

-Te sientes guango, como trapo, sin fuerza, apachurrado, con flojera, molesto con todo. Y lo peor es que no sabes qué hacer ni qué pedir. Sabes que tu familia, tus amigos y los médicos tratan de ayudarte, pero muchas veces ese consuelo no es suficiente, pues te das cuenta de que las fuerzas no acuden a ti. Te dan ganas de llorar, pero llorar no te sirve. Creo que así se sienten las gallinas cuando las meten en cajas para llevarlas al rastro. Puf, me sentía de la mierda. Cuando peor me sentía, ¿sabes qué es lo que hacía?

-¿Qué?

-Hablabas conmigo. Me tapaba con las sábanas y me hundía dentro de la cama. Me escondía. Mis familiares pensaban que estaba dormido.

Hablaba conmigo y me decía: "¿Qué habrá pasado con la novia de Germán?, ¿podré ir en las vacaciones al campamento con ellos?, ¿seguirá triste mi papá por los problemas que tuvo en el trabajo con su jefe?, ¿habrá regresado el perro de Marisa?" Y luego hablaba y recordaba cómo era todo antes de haber enfermado. Cómo jugábamos y cómo bromeábamos.

Había transcurrido casi una hora desde que Germán llegó a casa de su amigo. La mamá le explica que Albino está cansado. La cara de la mamá tampoco es la de antes: es una cara triste, una cara gris.

Querido Albino:

Hoy estuve en tu casa. Desde hace días tenía muchas ganas de verte. Es feo no ver a la gente que quieres. Y es más feo no verla cuando sabes que está enferma. Creo que cuando los seres queridos enferman la vida cambia. Cambia para el afectado y cambia para los que rodean. El dolor es una especie de prueba. Una prueba para el enfermo, para la familia y para todos los amigos. La enfermedad es una situación extraña por ser "algo" nuevo y porque rompe la normalidad.

No sé bien cómo decirte lo que siento, pero muchas veces, a solas o con los compañeros de la clase, me daba cuenta de lo importante que eres para mí. Me daba cuenta de que muchas de las cosas que pensaba o que hacía las hacía contigo. Te hablaba aunque sabía que no me escuchabas. Te contaba para que supieses que no estabas tan enfermo. Llamaba diario a tu casa aunque sabía que no estabas: era una forma de tenerte y una forma de darte cariño. Lo mismo sucedía en la escuela. Mircea dijo que jugaríamos fútbol sin defensa central. Nadie podría ocupar tu lugar. Nadie podría ser Albino.

Dejé de hacer cosas nuevas porque pensé que sin ti lo nuevo no tenía sentido. Pensé que era pinche estar contento mientras tú estabas hecho pomada. Mientras pasaban los días entendí que tu ausencia –tu enfermedad- me había acercado a ti. Hubiese querido robar un poco de tus miedos y dolores para que supieses cómo te quiero y para aligerar la carga de tus males. Tu enfermedad hizo que muchos compañeros nos diésemos cuenta del valor de la amistad, del valor de la salud y de lo que puede uno sentir si se pierde a alguien. Mi papá me dijo que uno no sabe lo que tiene. Me dijo que sólo te das cuenta de lo que tienes cuando lo pierdes.

Tiene razón: creo que muchos compañeros crecimos debido a tu enfermedad.

Albino: hoy estuve en tu casa. Te escribo triste y contento. Triste porque tienes la cara enferma. Abrí varias veces la enciclopedia para saber lo que es la leucemia. Los libros dicen que es una enfermedad fea y que produce muchos problemas. Sé que has sufrido y que ahora mismo te sientes mal. No sé como pueda

acompañarte en tu dolor; es difícil encontrar los caminos y las palabras para decirte cuánto te quiero.

Quizás algo consiga hablando y escribiendo. Tal vez lo logre diciéndote que pensamos en ti y así sientas que tu enfermedad no es tan grave. Quizás te sirva saber que mientras escribo me siento triste y con ganas de llorar. Quizás sea bueno comentarte lo que me escribió mi papá. Son sólo unos renglones.

Querido hijo: las enfermedades son libros abiertos y en sus páginas aprendemos cuánto valen los seres humanos, cuánto vale la amistad y cuánto vale el cariño. Con el tiempo aprenderás que la vida pone muchas pruebas duras. Sé que has sufrido mucho por Albino. Cuando todo pase, sentirán que caminaron juntos y construyeron mucho. Te quiere, Papá.

Albino: espero que estas líneas te sirvan para que sepas que somos muchos los que te queremos. Te escribo porque no sé bien cómo decirte lo mucho que te quiero. Te escribo porque es importante que sepas que en el salón de clases te aguarda tu pupitre.

Tu amigo, Germán.

"El Buscador"

Esta es la historia de un hombre al que yo definiría como buscador.

Un buscador es alguien que busca. No necesariamente es alguien que encuentra. Tampoco es alguien que sabe lo que está buscando. Es simplemente para quien su vida es una búsqueda.

Un día un buscador sintió que debía ir hacia la ciudad de Kammir. Él había aprendido a hacer caso riguroso a esas sensaciones que venían de un lugar desconocido de sí mismo, así que dejó todo y partió. Después de dos días de marcha por los polvorientos caminos divisó Kammir, a lo lejos. Un poco antes de llegar al pueblo, una colina a la derecha del sendero le llamó la atención. Estaba tapizada de un verde maravilloso y había un montón de árboles, pájaros y flores encantadoras. La rodeaba por completo una especie de valla pequeña de madera lustrada... Una portezuela de bronce lo invitaba a entrar. De pronto sintió que olvidaba el pueblo y sucumbió ante la tentación de descansar por un momento en ese lugar. El buscador traspaso el portal y empezó a caminar lentamente entre las piedras blancas que estaban distribuidas como al azar, entre los árboles. Dejó que sus ojos eran los de un buscador, quizá por eso descubrió, sobre una de las piedras, aquella inscripción ... "Abedul Tare, vivió 8 años, 6 meses, 2 semanas y 3 días". Se sobrecogió un poco al darse cuenta de que esa piedra no era simplemente una piedra. Era una lápida, sintió pena al pensar que un niño de tan corta edad estaba enterrado en ese lugar... Mirando a su alrededor, el hombre se dio cuenta de que la piedra de al lado, también tenía una inscripción, se acercó a leerla decía "Llamar Kalib, vivió 5 años, 8 meses y 3 semanas". El buscador se sintió terriblemente conmovido. Este hermoso lugar, era un cementerio y cada piedra una lápida. Todas tenían inscripciones similares: un nombre y el tiempo de vida exacto del muerto, pero lo que lo contactó con el espanto, fue comprobar que, el que más tiempo había vivido, apenas sobrepasaba 11 años. Embargado por un

dolor terrible, se sentó y se puso a llorar. El cuidador del cementerio pasaba por ahí y se acercó, lo miró llorar por un rato en silencio y luego le preguntó si lloraba por algún familiar.

- No ningún familiar - dijo el buscador - ¿Qué pasa con este pueblo?, ¿Qué cosa tan terrible hay en esta ciudad? ¿Por qué tantos niños muertos enterrados en este lugar? ¿Cuál es la horrible maldición que pesa sobre esta gente, que lo ha obligado a construir un cementerio de chicos?.

El anciano sonrió y dijo: -Puede usted serenarse, no hay tal maldición, lo que pasa es que aquí tenemos una vieja costumbre. Le contaré: cuando un joven cumple 15 años, sus padres le regalan una libreta, como esta que tengo aquí, colgando del cuello, y es tradición entre nosotros que, a partir de allí, cada vez que uno disfruta intensamente de algo, abre la libreta y anota en ella: a la izquierda que fue lo disfrutado..., a la derecha, cuánto tiempo duró ese gozo. ¿Conoció a su novia y se enamoró de ella? ¿Cuánto tiempo duró esa pasión enorme y el placer de conocerla?... ¿Una semana?, dos?, ¿tres semanas y media?... Y después... la emoción del primer beso, ¿cuánto duró?, ¿El minuto y medio del beso?, ¿Dos días?, ¿Una semana? ... ¿y el embarazo o el nacimiento del primer hijo? ..., ¿y el casamiento de los amigos...?, ¿y el viaje más deseado...?, ¿y el encuentro con el hermano que vuelve de un país lejano...? ¿Cuánto duró el disfrutar de estas situaciones?... ¿horas?, ¿días?... Así vamos anotando en la libreta cada momento, cuando alguien se muere, es nuestra costumbre abrir su libreta y sumar el tiempo de lo disfrutado, para escribirlo sobre su tumba.

Porque ese es, para nosotros, el único y verdadero tiempo vivido...

El Origen de las Piedras

Según una antigua leyenda china de los Quelonios, en la época de la dinastía Quang-Ho, cada año en un extenso y conocido estero al sur del continente, se realizaba un festival para escoger a la tortuga que a lo largo de ese año hubiera portado con mayor dignidad su caparazón.

Las tortugas nobles de copete de carey y las plebeyas de uñas cortas y patas convivían sin prejuicios durante toda la jornada. Cuando llegaba el día esperado (el 28 del mes de diciembre), al rayar el sol las hojas oscuras del cielo casi azul, todas aquellas que por sus méritos quedaban inscritas en el padrón, estarían expuestas ante las ancestrales miradas de un selecto grupo de Quelonios sabios, calvos, desdentados y de gran abolengo.

Cuenta la leyenda que en uno de estos certámenes, todas las tortugas seleccionadas (con excepción de Jimena) mostraron su caparazón; levantándolo con sus manos y caminando de puntitas para hacerlo parecer una etérea crinolina.

No ocurrió igual para Jimena, que aunque su concha era digna de concurso, no se atrevió a desfilarse con el garbo que toda tortuga tiene al caminar, sino que se escurrió (se arrastró dijeron los jueces, mientras acariciaban sus bigotes lacios, largos y plateados) como el cebo caliente de una vela vieja.

Dicen que cuando Jimena llegó a la parte central del estrado se detuvo, volteó a ver al público que la incitaba a continuar haciéndole señales con sus miradas. Tan apabullante como inexplicable fue su desconcierto que contrajo el cuello y sacó los hombros guardando su cabeza, de forma de garbanzo, en su coraza, y ya no la hicieron moverse por más que le insistieron de diversas maneras. Tal vez por este hecho entre los reptiles corre aún el rumor (mal intencionado) de que a los flojos Quelonios les escurre atole por las venas.

Cuando la fiesta terminó, y todos se alejaban parsimoniosamente en el horizonte de las sombras largas hacia el oriente, a sus lugares de origen, Jimena pensó: "Nadie me admira", y *nunca más se movió*, cuenta la leyenda.

Como arreglárselas para seguir estudios universitarios

Mi hija Kristi me dijo una vez: “Tú lograste terminar la facultad de medicina a pesar de que eras inválido, y por supuesto eso lo hacía más difícil. Yo soy mucho más joven de lo que tú eras entonces, y voy arreglármelas para seguir estudios universitarios.”

“Bueno, nena”, contesté yo.

“Ahora bien”, continuó ella, “la siguiente cuestión es ésta: ¿cuánto me cobrarás por vivienda y comida?”

Era una cuestión delicada. “La tarifa normal con pensión completa es de 25 dólares por semana”, repliqué yo, “pero tú no tendrás los privilegios de lavar los platos, pasarle la aspiradora al piso, hacer las camas, usar el teléfono ni sacar nada de la heladera.”

“De esa manera podrá salirme 10 dólares; no es difícil conseguirlos. Tendré que ir al centro a buscar trabajo.”

“¿Quieres que te dé alguna recomendación?”, le ofrecí.

“Mi número de contribuyente para seguridad social y mi diploma de la secundaria son mis mejores recomendaciones”, apuntó ella.

Por ocho meses no nos enteramos de dónde trabajaba. Había ido al Hospital del Buen Samaritano diciendo que le gustaría ser dactilógrafa en la oficina de los legajos médicos. Ellos contemplaron a esa muchachita de menos de 50 kilos y le explicaron: “Para eso se necesita conocer muchísimos términos médicos, términos fisiológicos, términos psiquiátricos.”

“Ya lo sé”, replicó ella. “Por tal motivo estuve en la biblioteca y me leí el Diccionario médico de Dorland, el Diccionario médico de Stedman y el Diccionario de psicología de Warren.”

La pusieron a prueba y la tomaron.

A fines de ese año se desató en ella una rebelión adolescente y decidió irse a estudiar a Michigan. Su hermano mayor le preguntó si quería dinero, y ella respondió que no. La madre y yo le preguntamos lo mismo, y obtuvimos idéntica respuesta negativa.

Así que empacó en Phoenix todas sus prendas de invierno y a fines de enero se tomó el tren a Michigan. Cuando llegó hacía once grados bajo cero. Le llevó tres días matricularse y obtener un puesto en la oficina del decano. El decano miró su libreta de trabajos prácticos y notó que se había anotado para 19 horas por semana de clase, mientras que a los estudiantes que trabajaban sólo se les permitía anotarse en 16. Kristi le dijo: “Bueno, pero yo trabajo en su oficina, de manera que usted tendrá la posibilidad de controlar mi trabajo y mis calificaciones, y ya sabrá lo que tiene que hacer.”

“Está bien, así lo haré”, contestó él.

Por lo tanto, Kristi siguió con sus 19 horas de clase. Pero había una cosa que no le dijo al decano. El hecho de trabajar en su oficina tenía suprema importancia para ella, porque allí se guardaba registro de todas las alumnas que estaban en los dormitorios colectivos de la universidad.

Kristi encontró una pareja de ancianos con un hijo casado y una hija casada, y los persuadió de que es bueno tener en el hogar a una muchacha joven. Una vez por semana el hijo casado llevaba a la abuela y el abuelo a cenar, y una vez por semana los llevaba a cenar la hija. Kristi le vendió una serie de artículos, y cocinó muchas veces para ellos y les limpiaba la casa y obtuvo así vivienda y comida gratuitas; además, el hijo casado y la hija casada le pagaban como baby-sitter para que se ocupase de sus chicos.

¿Por qué tenía tanta importancia para ella trabajar en la oficina del decano, donde se guardaban los archivos de las alumnas? Porque de ese modo nadie descubriría que ella no se alojaba en los dormitorios estudiantiles. A nadie, salvo a mi esposa y a mí, y a unos pocos amigos de confianza, le confesó que trabajaba en un negocio de venta de artículos de segunda mano.



ANEXO 2

PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(DIABETES E HIPERTENSIÓN)

TEMA: Autoestima	FECHA:
SESIÓN: 1	OBJETIVO: Que el usuario del programa de adherencia terapéutica logre una mejor aceptación frente a su cuerpo, emociones y aptitudes.

SUBTEMA	ACTIVIDADES	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
-Autoestima -Cuerpo -Emociones -Aptitudes	Lectura del cuento "Mi cuerpo y yo" Reflexión sobre el cuento y psicoeducación sobre diabetes mellitus -	Biblioterapia y psicoeducación	Cuento "Mi cuerpo y yo" de Jorge Luján	45 minutos	-Solicitar al usuario del programa de adherencia terapéutica realice un resumen de lo visto en la sesión y elabore tres preguntas sobre las dudas que tenga sobre lo revisado en la sesión.

PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(DIABETES E HIPERTENSIÓN)

TEMA: Redes Psicoafectivas	FECHA:
SESIÓN: 2	OBJETIVO: Facilitar y validar la expresión de emociones hacia aquellos que han elegido estar al lado del usuario de Adherencia Terapéutica, y lograr la identificación de todas las actuales redes de apoyo.

SUBTEMA	ACTIVIDADES	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
-La importancia de las redes de apoyo en el seguimiento al tratamiento.	Lectura del cuento "Albino, mi amigo" Reflexión sobre lo leído. -	Biblioterapia y psicoeducación	Cuento "Albino, mi amigo" de Arnoldo Kraus.	45 minutos	-Se pide al usuario de Adherencia Terapéutica escribir una carta a alguien que lo ha apoyado durante su enfermedad, expresando su agradecimiento.

PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(DIABETES E HIPERTENSIÓN)

TEMA: Sentido de vida	FECHA:
SESIÓN: 3	OBJETIVO: Destacar en el usuario de Adherencia Terapéutica la importancia de todo momento de su vida. Que él pueda encontrarle un sentido a ésta y pueda compartirlo.

SUBTEMA	ACTIVIDADES	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
-Importancia del seguimiento de las indicaciones médicas para la consecución de sus metas.	-Lectura del cuento "El Buscador", reflexión sobre lo leído	Biblioterapia y técnicas de modificación de conducta.	Cuento "El Buscador", de Jorge Bucay	45 minutos	-Solicitar al usuario del programa de adherencia terapéutica que anote para la siguiente sesión, en el transcurso de su vida cuáles han sido las experiencias más agradables que ha vivido y cuáles son sus metas a corto y a largo plazo.

PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(DIABETES E HIPERTENSIÓN)

TEMA: Habilidad, creatividad	FECHA:
SESIÓN: 4	OBJETIVO: Que el usuario de adherencia terapéutica se pueda hacer consciente de que un problema no se resuelve sólo, necesita de nuestra intervención

SUBTEMA	ACTIVIDADES	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Qué es una habilidad. - Qué es la creatividad 	-Lectura del cuento “El origen de las piedras”, reflexión sobre lo leído	Biblioterapia y técnicas de modificación de conducta.	Cuento “El origen de las piedras”, de Federico Pérez	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Que el usuario de adherencia terapéutica escriba cuales son las habilidades con las que cuenta, cuáles le gustaría desarrollar.

PROGRAMA DE RESILIENCIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS
(DIABÉTES E HIPERTENSIÓN)

TEMA: Búsqueda de nuevas experiencias		FECHA:
SESIÓN: 5	OBJETIVO: Que el usuario de Adherencia Terapéutica reconozca y valore lo que lo hace sentirse bien.	

SUBTEMA	ACTIVIDADES	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA	RECURSOS DIDACTICOS	TIEMPO	OBSERVACIONES
-Necesidades fisiológicas, psicológicas, afectivas y espirituales del ser humano.	-Lectura del cuento "Cómo arreglárselas para seguir estudios universitarios", reflexión sobre lo leído.	Biblioterapia y técnicas de modificación de conducta.	Cuento "Cómo arreglárselas para seguir estudios universitarios", de Milton Erickson	45 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Que el usuario de adherencia terapéutica escriba en una hoja cuáles son las actividades que lo hacen sentir bien (trabajar, hacer deporte, reuniones familiares, salir con amigos(as), etc. - Cuáles son las actividades que no ha realizado y que le gustaría realizar.