

Vivir con diabetes

Revisita subvencionada por:

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
Delegación Provincial de Granada



agradi
asociación granadina de diabéticos

N.º 25/2012



Dietas milagro
para adelgazar



Noticias



Tu punto de vista

Acera del Darro N.º 30 (Edif. Montes Orientales) · Portal 2 - 1.º A · 18005 Granada
agradi@gmail.com · www.agradi.org · Tlf.: 958 262 993



sumario



■ Editorial	3
■ Tratamiento de la diabetes con shiatsu y acupuntura	4
■ Tratamiento dietético de la hipoglucemia	8
■ ¿Dietas milagro para adelgazar?	10
■ Pirámides de una vida saludable	13
■ Hábitos de alimentación saludable y actividad física	16
■ Los ojos del diabético	20
■ Noticias	22
Relaciones laborales diabetes y minusvalía	
■ Actividades organizadas por AGRADI	24
■ Tú punto de vista	26
■ Diccionario de la diabetes	30
■ De todo un poco	31
■ ¡Vamos a comer bien!	32
■ Pasatiempos	34

Diseño y Maquetación: Javier Cenit Medina

Imprime: Cenit Taller de Impresión

cenitti@gmail.com · Tlf: 958 468 258

editorial

Keka Enríquez de Luna
Presidenta de AGRADI

Quiero dirigirme a vosotros en esta época de reformas, (si son para mejorar, bienvenidas sean) y de recortes, en la que nos vemos perjudicados todos. Nos ha llegado una circular oficial donde se avisa que en un Distrito Sanitario de Granada (de momento solo uno) ha empezado el recorte de tiras reactivas de glucemia. A esto se podrían unir los recortes no solo ya de material,

sino también de otras prestaciones (uso de ambulancias para diálisis, prótesis en amputaciones, etc.).

Por lo tanto considero que ahora más que nunca es el momento en que todos debemos estar más unidos y participativos, dado que habrá que intentar de manera conjunta hallar soluciones que ayuden a corregir o paliar estos recortes que a todos nos perjudican.

VUELVO A RECORDAR QUE LA ASOCIACIÓN SOMOS TODOS, OS NECESITAMOS A TODOS DE MANERA ACTIVA. VUESTRA COLABORACIÓN ES IMPORTANTÍSIMA, AÚN CUANDO ESTA SEA PEQUEÑA



tratamiento de la
diabetes con
shiatsu y
acupuntura

Antonio Alonso

Director de la Escuela Japonesa de Shiatsu. Ldo. en Educación Física.

Shaila Hernández

Lda. en Biología. Especialista en Medicina Tradicional China.

La diabetes desde el punto de vista de la Medicina Tradicional China.

La Medicina Tradicional China, a pesar de haber surgido hace miles de años, sigue plenamente vigente, siendo utilizada hoy día en los hospitales de China para tratar y prevenir una gran variedad de patologías. Su éxito y universalidad se deben a su simplicidad: en la cultura oriental, salud es sinónimo de equilibrio en nuestro organismo, y cuando éste se pierde, ya sea por causas internas o externas, aparece la enfermedad. Por tanto, mantenerlo será la clave para conservar un buen estado de salud: debemos mantener el equilibrio entre actividad y descanso, en la alimentación, en las emociones y, en definitiva, entre Yin y Yang.

La MTC (Medicina Tradicional China) utiliza un lenguaje que, a pesar de ser sencillo, en un primer momento puede resultarnos incomprensible. Esto se debe tanto a las diferencias culturales como lingüísticas que existen entre la tradición china y nuestra cultura occidental moderna. Dicho esto, intentaremos explicar la diabetes desde el punto de vista de la MTC.

En el Su Wen, un clásico de la Medicina Tradicional China, se dice que “las personas que se alimentan habitualmente de azúcares y grasas provocan un intenso Calor interno que daña el Jiao Medio, cuya consecuencia más inmediata es la apari-

ción de una intensa sed, a la que se denomina Xiao Ke”.

Xiao Ke es el nombre con el que la MTC denominaba a la diabetes y se podría traducir como “síndrome de agotamiento y sed”. Este síndrome se iniciaría por tanto con un Exceso de Calor que lleva al consumo de los líquidos y a la disminución del Yin (desequilibrio entre Yin y Yang), la disminución del Yin llevaría a generar más Calor.

Este “síndrome de agotamiento y sed” se caracteriza por lo que los chinos llaman “las tres abundancias”: mucha sed, mucha hambre y mucha orina. Cuando a estas tres abundancias se le suma una importante pérdida de peso, nos encontramos ante una situación preocupante.

Se diferencian tres tipos de diabetes, cada uno de los cuales recibirá un tratamiento específico:

Shang Xiao Ke o diabetes del Jiao Superior, cuyo síntoma principal sería la polidipsia.

Zhong Xiao Ke o diabetes del Jiao Medio, cuyo síntoma más llamativo sería la polifagia.

Xia Xiao Ke o diabetes del Jiao Inferior, cuyo síntoma sería la poliuria.

En cuanto a las causas del Xiao Ke podemos destacar:

Irregularidades en la dieta: una alimentación deficiente, irregular o en la que se produce el abuso de ciertos alimentos (grasas, azúcares, picantes) puede producir Calor en el interior del cuerpo que consume los líquidos y el Yin, provocando la diabetes. Asimismo, el alcohol puede causar o agravar la enfermedad al generar también Calor interno.

Exceso de cansancio/exceso de relaciones sexuales: causan un agotamiento de los líquidos lo que conduce a una insuficiencia de Yin y un aumento de Calor interno. La ingesta de píldoras que tonifican la capacidad sexual durante mucho tiempo suelen producir problemas y causar diabetes.

También el exceso de trabajo o trabajar durante mucho tiempo sometidos a mucha presión y con mucho estrés crea una condiciones idóneas para que se desarrolle la enfermedad.

Alteraciones emocionales: cuando una emoción negativa perdura en el tiempo se produce Calor Interno, que debilita al Yin y genera más Calor; se forma así un círculo

en la Medicina Tradicional China denominaba a la diabetes y se podría traducir como “síndrome de agotamiento y sed”

vicioso y por último se produce la diabetes.

Debilidad constitucional: es lo que podríamos considerar hoy día como causas genéticas.

Factores Patógenos Externos: la diabetes puede presentarse en pacientes después de una enfermedad grave, tras la exposición a un clima extremo, tras un catarro, fiebre, etc.

El conocimiento de estas causas nos puede ayudar tanto a prevenir como a reducir la gravedad de la patología.

Posibilidades de tratamiento

Una vez conocido el desequilibrio y sus causas podemos abordar la manera más eficaz para su tratamiento. Disponemos de diversas herramientas terapéuticas, siendo fundamental en cualquier caso el control de la dieta.

Shiatsu: es una terapia manual originaria de Japón, que consiste

en aplicar presiones con los dedos pulgares y las palmas de las manos sobre determinados puntos, corrigiendo de esta forma irregularidades, manteniendo y mejorando la salud, contribuyendo a aliviar ciertas enfermedades, activando así, la capacidad de autocuración del cuerpo humano. **NO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS.** (Definición del Ministerio de Sanidad de Japón).

Acupuntura: es practicada desde hace miles de años y consiste en la inserción de finísimas agujas en determinados puntos del organismo para restablecer el equilibrio energético del mismo. Las agujas empleadas son de un solo uso y son desechadas tras su aplicación. Se puede combinar con fitoterapia para mejorar los resultados a largo plazo.

Dieta: La ingesta de alimentos debe ser regular a lo largo del día, evitando siempre comer en exceso.

También es importante comer con tranquilidad y masticando bien; se debe evitar comer estando sometidos a situaciones estresantes. En cuanto a los alimentos:

Se deben evitar: alimentos de naturaleza caliente (alcohol, cafeína, excitantes) y los de naturaleza fría que dañen el Yang de Riñón y Bazo. También se debe evitar el abuso de alimentos dulces, salados y picantes.

Se aconsejan alimentos de naturaleza neutra o fresca, pescados y algas, azuki, miso, mijo, maíz, cebada, centeno, nueces, sésamo negro, apio, espárragos, pepino, tomate, lechuga, rábano, berros, pera, manzana, sandía, ternera, pato, conejo.



www.shiatsudogranada.com



mosquiper

Carpintería de Aluminio

MOSQUITERAS ENROLLABLES, CORREDERAS, FIJAS...

PERSIANAS DE ALUMINIO, PVC, CAJONES EXTERIORES...

MAMPARAS DE BAÑO.

PERSIANAS VENECIANAS.

ESTORES ENROLLABLES.

DOBLES VENTANAS, PUERTAS, CIERRES DE ALUMINIO...

CORTINAS DE TIRAS PARA PUERTAS.

TOLDOS.



Presupuestos sin compromiso

TFNO.: 639 912 739

e-mail: mosquiper@hotmail.com

tratamiento dietético de la hipoglucemia en adultos

*Serafin Murillo,
Dietista-Nutricionista e
Investigador del CIBERDEM
(Hospital Clínic de Barcelona)
Fundacióndiabetes.org*

La hipoglucemia es una situación relativamente frecuente que se produce cuando los niveles de glucosa en sangre disminuyen por debajo de los 70 mg/dl. En todo momento, el organismo necesita unos niveles suficientes de glucosa en sangre para su correcto funcionamiento y, por tanto, cuando los niveles descienden se producen los síntomas típicos de la hipoglucemia. Éstos son síntomas de alerta, como sudoración, temblores, sensación de mareo, palpitaciones o nerviosismo. Si los niveles de glucosa en sangre siguen descendiendo se pueden llegar a ocasionar daños neurológicos graves por lo que ante la sospecha de alguno de los síntomas de hipoglucemia, siempre que sea posible, se deberá comprobar el

valor de glucosa en sangre para confirmar la sospecha.

Tratamiento dietético de la hipoglucemia en adultos:

En general, el tratamiento de la hipoglucemia en adultos consiste en seguir **la regla del 15x15**: suministrar inmediatamente unos **15 gramos de hidratos de carbono de rápida absorción** y esperar durante **15 minutos (en reposo)** a que se restablezcan los niveles de glucosa en sangre. Si después de esos **15 minutos de espera** no se ha mejorado la situación se deberá ingerir otros 15 gramos de hidratos de carbono.

Se trata de una situación que se debe resolver de forma rápida y acertada. No consiste en comer cosas dulces o tomar cualquier ali-

mento o cualquier cantidad, sino de aportar al organismo de forma inmediata y precisa la cantidad de glucosa que necesita. Es habitual que durante la hipoglucemia se coma de forma descontrolada y con gran voracidad mientras existen los síntomas de hipoglucemia. Ello conlleva una ingesta total de hidratos de carbono muy superior a los 15 gramos indicados, lo cual suele ser la causa de un rebote o hiperglucemia en las horas posteriores.

Otro factor a tener en cuenta es el tipo de alimento que se ingiere. Los alimentos como dulces, helados, galletas o chocolates contienen muchos azúcares, pero también una buena cantidad de grasas. La presencia de grasas en los alimentos (además del aporte de calorías extra) hace que su digestión sea

más lenta, por lo que los azúcares presentes en el alimento tardan más tiempo en llegar a la sangre. Por tanto, al tomar este tipo de alimentos, a pesar de que la cantidad de hidratos de carbono ingerida sea la correcta, tardan más tiempo en llegar a la sangre y los síntomas de hipoglucemia se mantienen durante más tiempo.

Por tanto, el tratamiento correcto de la hipoglucemia consiste en aportar unos 15 gramos de hidratos de carbono en forma de alimentos de rápida absorción.

A continuación podemos encontrar algunos ejemplos:

- Un vaso de agua con 2 sobres de azúcar.
- Un vaso pequeño (150cc) de bebida refrescante (de cola, naranjada o tónica).
- Un vaso (200cc) de zumo de fruta comercial.
- Un vaso de bebida isotónica.
- 2-3 pastillas de glucosa (15g).
- Una gelatina de frutas.

Tratamiento en niños:

La dosis de hidratos de carbono debe ser adaptada en el caso de los niños. Se calcula según su peso corporal, tomando unos 0'15g de hidratos de carbono por cada kg de peso. Así, un niño de 20kg debería tomar solamente unos 3g para resolver una hipoglucemia.

Situaciones concretas:

Existen algunas situaciones que incrementan el riesgo de sufrir hipoglucemias y que además hacen que el tratamiento de ellas sea ligeramente diferente.



HIPOGLUCEMIA

NORMOGLUCEMIA

HIPERGLUCEMIA

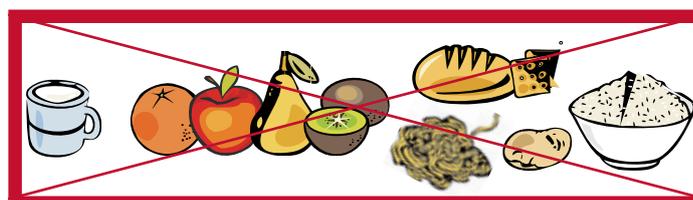
Es el caso de las hipoglucemias durante o en las horas posteriores al ejercicio. La actividad física intensa no solamente consume la glucosa de la sangre sino también la que el organismo almacena en los músculos y en el hígado, la cual podría ser utilizada para "defenderse" cuando se produce una hipoglucemia. Algo similar ocurre tras la ingesta de cantidades moderadas o elevadas de alcohol, pues éste limita la capacidad del hígado para hacer llegar la glucosa almacenada hasta la sangre.

Por tanto, para tratar la hipoglucemia aparecida después del ejercicio físico o tras la ingesta de cantidades moderadas de alcohol, además de tomar los 15 gramos de hidratos

de carbono iniciales se deberán tomar otros 10-15 gramos adicionales, pues al haberse gastado esta reserva de glucosa, es probable que la hipoglucemia se repita en las horas posteriores. Para este suplemento extra, se utilizarán hidratos de carbono de absorción más lenta como galletas o pan con queso, que pasen a la sangre de forma más progresiva.

Finalmente, aquellos que siguen tratamiento con los fármacos Acarbose o Miglitol deben saber que estos impiden la digestión y la absorción de los azúcares o el azúcar de mesa, por lo que no podrán tomar azúcar o bebidas azucaradas para tratar la hipoglucemia sino que solamente podrán usar glucosa pura.

EN CASO DE HIPOGLUCEMIA TOMAR HIDRATOS DE ABSORCIÓN RÁPIDA



¿ dietas milagro para adelgazar?

Fuente:

<http://www.aesan.msssi.gob.es>

Frecuentemente aparecen nuevas dietas de adelgazamiento, difundidas a través de programas de televisión, revistas de moda, alimentación, etc., que tienen en común la promesa de una rápida pérdida de peso sin apenas esfuerzo. Estas “dietas milagro”, frecuentemente, son fruto de la búsqueda de beneficios económicos más que de la promoción de una alimentación sana y equilibrada y son prescritas por personas

sin conocimientos científicos ni profesionales en el campo de la nutrición.

En general, estas dietas inducen una restricción de la energía ingerida muy severa, que conduce a deficiencias en vitaminas y minerales, alteraciones del metabolismo y a una monotonía alimentaria que las hace insostenibles en el tiempo y peligrosas para la

salud. Se caracterizan, pues, por las escasas calorías que aportan. Ante

Un problema añadido de estas “dietas milagro” es que favorecen una recuperación muy rápida del peso



“Dietas Milagro” sin fundamento científico y con riesgo para la salud

esta situación cercana al ayuno, el organismo reacciona compensando la falta de energía recibida con un aumento de la des trucción de la s proteínas corporales, como fuente alternativa de energía, lo que provoca una pérdida de masa muscular y, por otro lado, la formación de sustancias peligrosas para el organismo cuando la dieta se prolonga en el tiempo.

Sin embargo, quien sigue estas dietas interpreta erróneamente la pérdida de masa muscular y, por tanto, de peso con el éxito del régimen escogido, pues dan resultados espectaculares al subirse a la báscula durante las primeras semanas. Esto se debe a que el tejido muscular es muy rico en agua, con lo que se elimina mucho líquido en la primera fase. En ocasiones este proceso se refuerza con el consumo de diuréticos (fármacos que promueven la excreción de orina), lo que conduce a una aún más llamativa pérdida de peso.

Un problema añadido de estas “dietas milagro” es que favorecen

una recuperación muy rápida del peso perdido (efecto “rebote” o “yo-yo”). La tendencia exacerbada a la recuperación del peso se produce porque las situaciones de ayuno ponen en marcha potentes mecanismos nerviosos y hormonales que se oponen a la pérdida de peso: mayor rendimiento del metabolismo corporal, con un mayor ahorro energético e incremento del apetito. Estos mecanismos conducen a una rápida recuperación del peso perdido en cuanto se vuelve a comer de la forma habitual. Ese peso recuperado se debe predominantemente a la formación de tejido graso, que es, precisamente, el que origina problemas de salud y el que deberíamos reducir con la dieta (como se demostró ya en los experimentos realizados por el gran científico español de la nutrición Profesor Grande Covián hace 30 años).



Los signos que permiten reconocer una “Dieta milagro” son:

- La promesa de pérdida de peso rápida: más de 5 kg por mes.
- Se puede llevar sin esfuerzo.
- Anunciar que son completamente seguras, sin riesgos para la salud.

En resumen, las dietas muy restrictivas, muy bajas en calorías, aunque consiguen que el peso disminuya a corto plazo, constituyen un riesgo inaceptable para la salud ya que pueden:



1. Provocar deficiencias de proteínas, vitaminas y minerales por la falta de consumo con los alimentos.
2. Producir efectos psicológicos negativos.
3. Desencadenan, incluso, trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia), a veces de mayor gravedad que el exceso de peso que se pretendía corregir.
4. Favorecer el efecto “rebote” o “yo-yo”.
5. Al abandonar estas dietas, las personas que siguen estas dietas no han aprendido a comer saludablemente y vuelven a las costumbres que les hicieron engordar.

CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES “DIETAS MILAGRO”:

1. Dietas hipocalóricas desequilibradas: en estas se incluyen la dieta de la Clínica Mayo, Dieta “toma la mitad”, Dieta Gourmet, Dieta Cero. Estas dietas provocan un efecto rebote, caracterizado por una rápida ganancia de peso, que se traduce en un aumento de masa grasa y pérdida de masa muscular. Esto obedece a que el metabolismo se adapta a la disminución drástica de la ingestión de energía mediante una disminución del gasto energético. Estos regímenes suelen ser monótonos, además de presentar numerosas deficiencias en nutrientes, sobre todo si se prolongan por largos períodos de tiempo.

2. Dietas disociativas: Dieta de Hay o Disociada, Régimen de Shelton, Dieta Hollywood, Dieta de Montignac, Antidieta, etc. Se basan en el fundamento de que los alimentos no contribuyen al aumento de peso por

sí mismos, sino al consumirse según determinadas combinaciones. No limitan la ingestión de alimentos energéticos sino que pretenden impedir su aprovechamiento como fuente de energía con la disociación. Esta teoría carece de fundamento científico y los resultados obtenidos sólo obedecen a un menor consumo de energía. Además, este tipo de consumo es casi imposible porque no existen alimentos que solamente

contengan proteínas o hidratos de carbono.

3 Dietas excluyentes: se basan en eliminar de la dieta algún nutriente. Estas dietas pueden ser: i) ricas en hidratos de carbono y sin lípidos y proteínas, como la Dieta Dr. Pritikin y la Dieta del Dr. Haas; ii) ricas en proteínas y sin hidratos de carbono: Dieta de Scardale, Dieta de los Astronautas, Dieta de Hollywood y la Dieta de la Proteína Líquida. Producen una sobrecarga renal y hepática muy importante; iii) ricas en grasa: Dieta de Atkins, Dieta de Lutz. Se conocen como dietas cetogénicas. Pueden ser muy peligrosas para la salud, produciendo graves alteraciones en el metabolismo.

Más info en la web de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/destacados/dietas_milagro.shtml



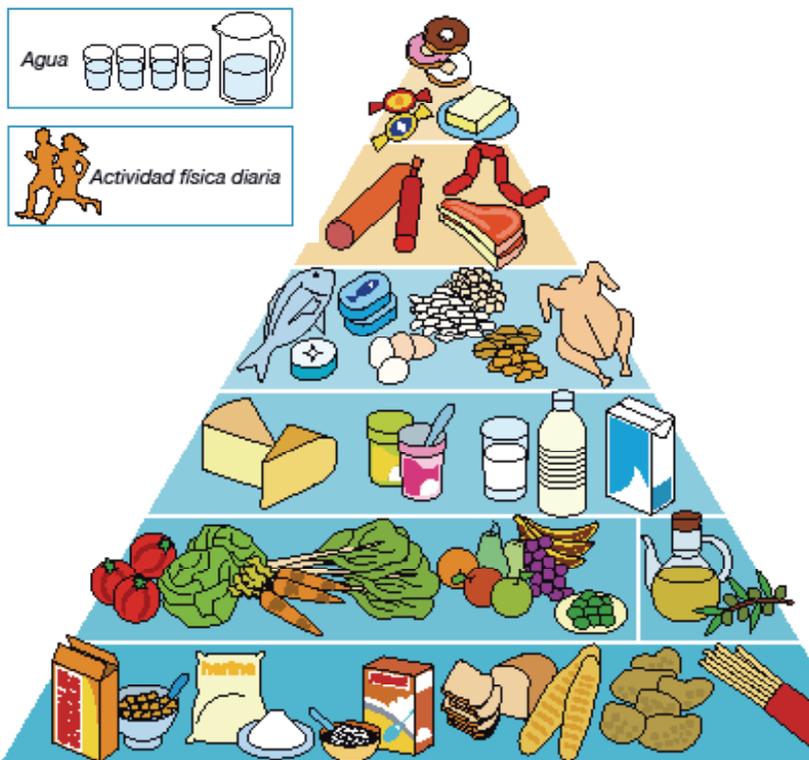
pirámides de una vida saludable

Nutrición saludable para personas de EDAD AVANZADA

- Realizar actividad física contribuye a disminuir la pérdida de masa ósea y el riesgo de diabetes, aumenta la función cardiovascular y la fuerza muscular.
- Beber agua a intervalos regulares aunque no haya sed: de 6-8 vasos de agua/día-
- Moderar el consumo de sal. Para sazonar utilizar: Limón, tomillo pimienta, clavo, cebolla, ajo....
- Aumentar el consumo de fibra, mediante el consumo de cereales integrales, frutas, verduras y legumbres.
- Evitar el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas!!!!!!!
- Consumir lácteos bajos en grasa, diariamente, además de la exposición al sol (calcio + vitamina D).
- Elegir alimentos de fácil masticación como puede ser: huevos, pescados, carne picada, productos lácteos, arroz, pastas, vegetales cocidos, frutas blandas, purés de verduras, sopas cremosas, galletas blandas, etc.
- Consultar al médico sobre la necesidad de consumir suplementos vitamínicos.



Nutrición saludable en ADULTOS



CONSUMO OCASIONAL

(margarina, mantequilla)
 bollería, caramelos, pasteles
 refrescantes, helados
 grasas, embutidos

CONSUMO DIARIO

Pescados y mariscos	3-4 raciones semana
Carnes magras	3-4 raciones semana
Huevos	3-4 raciones semana
Legumbres	2-4 raciones semana
Frutos secos	3-7 raciones semana
Leche, yogur, queso	2-4 raciones día
Aceite de oliva	3-6 raciones día
Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones día
Frutas	≥ 3 raciones día
Pan, cereales, cereales integr.	4-6 raciones día

OCASIONALMENTE

- Televisión
- Ordenador
- Videojuegos

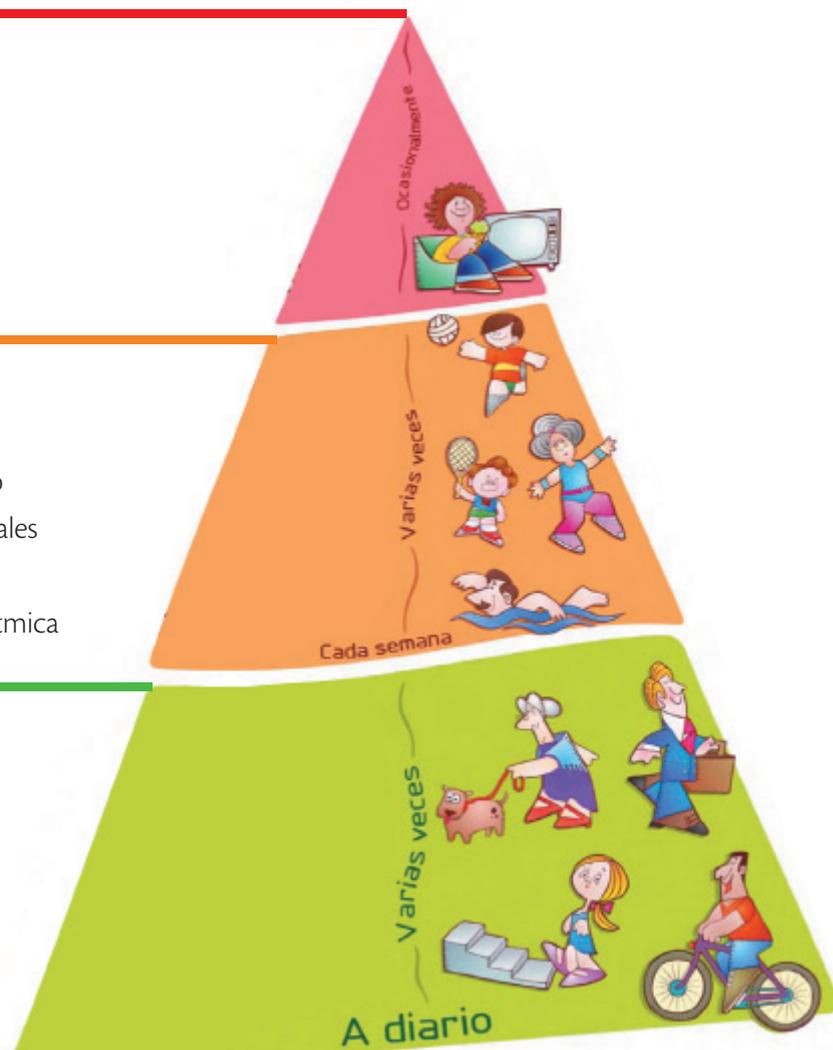
Quien no se mueve se oxida

VARIA VECES POR SEMANA

- Ejercicios aeróbicos
- Aerobic
- Baloncesto
- Fútbol
- Natación
- Tenis
- Balón mano
- Artes marciales
- Baile
- Gimnasia rítmica

A DIARIO

- Subir escaleras
- Andar
- Correr
- Jugar con los amigos
- Hacer tareas de la casa



PIRÁMIDE DEL EJERCICIO RECOMENDADO

Nutrición saludable de la *INFANCIA* a la *ADOLESCENCIA*

- Los escolares deben **comer de todo** distribuido a lo largo del día.
- Preparación de los alimentos utilizando distintos procedimientos culinarios *asados, guisados*, **NO ABUSAR DE LOS FRITOS**.
- Alimentos ricos en **proteína animal**: *lácteos, carnes, huevos y pescados* en equilibrio con los de **origen vegetal**: cereales, verduras y frutas.
- Los alimentos **ricos en hidratos de carbono**, (pan, pasta, arroz y legumbres) **son imprescindibles**.
- El **consumo de dulces, refrescos, snaks**, debe de ser **moderado** contribuye a malos hbitos y a las obesidad infantil
- Las **frutas y ensaladas** deben ser **habituales y abundantes** en la alimentación a estas edades.
- El **agua es la mejor bebida**, siempre acompañando a las comidas.
- La práctica de **ejercicio físico complementada con una buena alimentación** saludable, es esencial para la **prevención de la enfermedad y promover la salud**.
- **Reducir el ocio sedentario** evitando el exceso de horas de televisión y de video-juegos.
- **Los padres** tienen un **papel fundamental en la formación de los hábitos alimentarios** de sus hijos y de un estilo de vida saludable

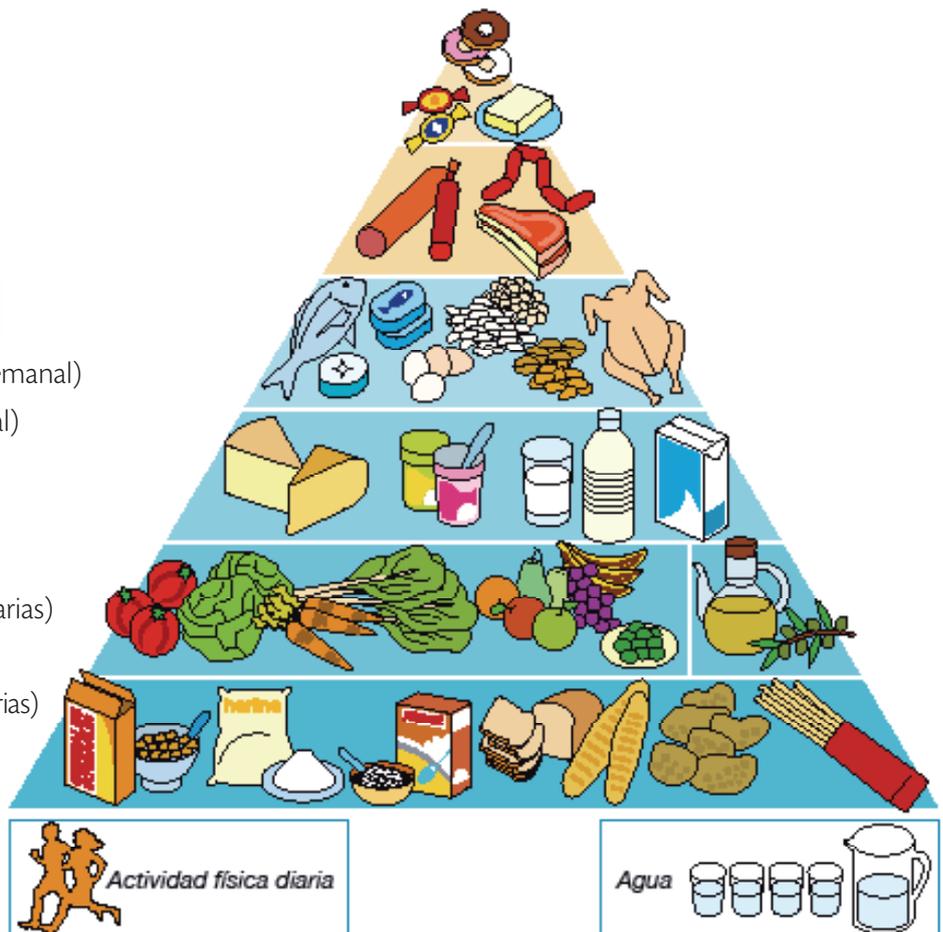


CONSUMO OCASIONAL

- Grasas (Margarina, mantequilla)
- Dulces, bollería, caramelos, pasteles
- Bebidas refrescantes, helados
- Carnes grasas, embutidos

CONSUMO DIARIO

- Pescados y mariscos (3 - 4 raciones semanal)
- Carnes magras (3 - 4 raciones semanal)
- Huevos (3 - 4 raciones semanal)
- Legumbres (2 - 4 raciones semanal)
- Frutos secos (3 - 7 raciones semanal)
- Leche, yogur, queso (2 - 4 raciones diarias)
- Aceite de oliva (3 - 4 raciones diarias)
- Verduras y hortalizas (3 - 4 raciones diarias)
- Frutas (2 - 3 raciones diarias)
- Pan, cereales integrales, arroz, pasta, Patatas (4 - 6 raciones diarias)
- Agua (4 - 8 raciones diarias)



hábitos alimentarios saludables y actividad física

Fuente:

<http://www.aesan.msssi.gob.es/>

Obesidad es el término que se utiliza cuando existe presencia de un exceso de grasa corporal que produce un incremento de peso, pero sólo si este incremento es debido al aumento de tejido adiposo (grasa). El indicador más aceptado como medida de obesidad es el índice de masa corporal (IMC= Kg/m²). Se considera sobrepeso cuando el índice de masa corporal está comprendido entre 25.0 y 29.9, mientras que hablamos de obesidad cuando el índice de masa corporal es de 30.0 o más.

El sobrepeso y la obesidad son debidos a un exceso de grasa en el cuerpo. Las personas aumentan de peso cuando el cuerpo recibe más calorías de las que queman. Estas calorías adicionales se almacenan como grasa. Adelgazar, por tanto, supone

perder contenido graso, para lo que es necesario que el balance entre la energía recibida y la consumida sea negativo. Pero para evitar problemas de salud, esta restricción calórica debe ser moderada. En general, se considera que un déficit de 500-1000 calorías diarias respecto a la cantidad consumida anteriormente, restringiendo principalmente las grasas, es el más adecuado.

La dieta seguida no debe favorecer la desnutrición, ni incidir en la recuperación del peso perdido y mucho menos inducir a padecer trastornos de la conducta alimentaria. Por el contrario, debe conseguir una disminución paulatina del tejido graso, manteniendo la proporción de masa muscular y estimulando los mecanismos adaptativos que se oponen a la pérdida de peso.

Aunque los objetivos de la pérdida de peso se deban individualizar, por norma general se debe pretender una pérdida de peso inicial (primera fase) de alrededor del 10% del peso corporal al inicio del tratamiento. El ritmo deseable de esa pérdida de peso se sitúa entre 0,5-1 Kg por semana, aunque durante el primer mes se pueda producir una pérdida superior, toda vez que parte del peso inicialmente perdido está constituido por glucógeno (hidrato de carbono complejo que almacena energía de uso inmediato en el organismo) y agua. A partir de esta primera fase, una pérdida de peso superior a 1 kg



a la semana indicará que el régimen seguido es demasiado severo.

Con esta reducción de la ingestión calórica pretendemos que la energía suministrada a través de los alimentos sea considerablemente menor que aquella que necesita nuestro organismo para mantener el cuerpo a una temperatura constante, realizar las funciones vitales y satisfacer la actividad física diaria. Dado que las dos primeras son bastante estables, la mejor manera de aumentar la diferencia entre las calorías gastadas y las ingeridas es incrementando la práctica de actividad física y deporte. Además, realizando más ejercicio físico, mejora la función cardíaca y pulmonar, se reduce el riesgo de depresión, evitando el aburrimiento y el picoteo entre comidas.

La dieta es un instrumento terapéutico para combatir el sobrepeso y la obesidad y, como tal, su prescripción como tratamiento para un paciente concreto debe ser hecha por un médico para que indique si la pérdida de peso es recomendable o necesaria y es tablezca las pautas y ritmos a seguir con la comida y el ejercicio físico. Pero no hay que obsesionarse con el peso. No es recomendable exigirnos a nosotros mismos un cuerpo perfecto según supuestos cánones de belleza. Si esa obsesión se agudiza puede llegar a producir problemas psicológicos e, incluso, trastornos graves de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia). Hábitos alimentarios saludables durante toda la vida. El sobrepeso y la obesidad son situaciones que se generan después de un tiempo prolongado de mantener una alimentación inadecuada y de abandonar la práctica habitual de actividad física. Por

ello, no es recomendable realizar una dieta sólo durante un período corto de tiempo, y luego volver a nuestra alimentación habitual, sino que debemos modificar nuestros hábitos alimentarios y mantenerlos de por vida.

Propuestas que ayudan a realizar una alimentación más saludable:

- 1.** Cuanta mayor variedad de alimentos componga su comida, mayor garantía de que la alimentación es equilibrada y contiene todos los nutrientes necesarios.
- 2.** Desayunar todos los días y de la forma más completa posible: nunca se debe prescindir de un desayuno compuesto por lácteos, pan y cereales y frutas, al que debe dedicarse entre 15 y 20 minutos.
- 3.** Los cereales (pan, pasta, arroz, etc.), especialmente los integrales, las patatas y las legumbres deben constituir la base de su alimentación y representar un tercio de los alimentos ingeridos diariamente.
- 4.** Se recomienda que las grasas no superen el 30% de sus comidas diarias. Debe reducirse el consumo de grasas de origen animal (mantequillas, embutidos, quesos, etc.).
- 5.** Las proteínas deben aportar entre el 10% y el 15% de las calorías totales, debiendo combinar proteínas de origen animal y vegetal.
- 6.** Se debe incrementar el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día. Esto es, consumir, como mínimo, cinco raciones al día de estos alimentos.
- 7.** Limitar el consumo de productos ricos en azúcares, como golosinas, dulces y refrescos.
- 8.** Evitar el picoteo entre comidas.
- 9.** Reducir la sal en las comidas, utilizando preferentemente sal yodada.
- 10.** Sacar la sed con agua, tomando entre uno y dos litros de agua al día.
- 11.** Hacer, al menos, media hora de actividad física diaria de intensidad moderada (paseos, bicicleta, etc.).
- 12.** Limitar el uso del automóvil, fomentando la práctica de caminar como medio de desplazamiento.

En resumen, no se trata de un cambio temporal, sino de cambiar significativamente de estilo de vida y conseguir así que la vida sea más larga y saludable. Información elaborada por un grupo de trabajo del Comité Científico de AESAN integrado por la Organización Médica Colegial (OMC), el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD).



LA GALLETA QUE QUIERES

Sustitutos del azúcar de mesa en los alimentos

¿Todos sirven?

Los edulcorantes son todas aquellas sustancias que proporcionan sabor dulce a los alimentos y, por lo tanto, pueden ser sustitutos de la sacarosa.

Cuando aconsejamos a un paciente que evite el azúcar suele ser para mejorar el control de glucosa en sangre (glucemia) si tiene diabetes, y/o el control del peso corporal si tiene sobrepeso u obesidad. Por lo tanto, es imprescindible considerar cuánto aumenta la glucemia el edulcorante en cuestión y el aporte calórico de éste.

Los edulcorantes acalóricos (acesulfamo potásico, aspartamo, ...), son sin duda la mejor opción, ya que no aumentan ni la glucemia, ni el aporte de calorías de los alimentos en los que se encuentran; asimismo los polialcoholes o azúcares-alcohol (isomaltitol, maltitol, xilitol ...) apenas lo hacen al absorberse muy mal en intestino, por lo que también puede considerarse muy adecuado su uso.

En cambio, cuando se usa como sustitutos del azúcar los edulcorantes calóricos, entre los que podemos destacar la glucosa (dextrosa), la fructosa, o la lactosa, los cuales son hidratos de carbono simples o de absorción rápida, éstos sí que tienen efecto (aunque en algún caso menores o más tardíos) sobre la glucemia, y aportan una cantidad significativamente mayor de kilocalorías.

Las principales funciones de los hidratos de carbono son: ser el sustrato energético inmediato por excelencia, crear estructuras para el correcto control del azúcar en sangre, participar en la regulación de la sensación de apetito y en la formación de lípidos.

La fructosa es el hidrato de carbono simple que con más frecuencia se usa para sustituir

la sacarosa en los productos "sin azúcar" o en aquellos en que se establece que son "aptos para diabéticos". La fructosa se encuentra de forma natural en frutas y miel y no necesita insulina para ser asimilada por las células. La mayor parte de la fructosa se absorbe de forma intacta a través de la pared intestinal, por lo que la mayor parte de la fructosa ingerida llegará a las células sin ser transformada en glucosa, no elevando en exceso la glucemia de forma inmediata. Sin embargo, se ha asociado una alta ingesta de fructosa añadida (no la de las frutas) con un aumento de la hipertriacilglicerolemia (1;2), un aumento de la presión arterial (3), aumento del riesgo de padecer caries (4), algunos casos de malestar intestinal (5), y existe una posible relación entre el consumo de dicha fructosa y el aumento de peso de la población (6).

En conclusión, los hidratos de carbono simples en general, y en concreto la fructosa, no son edulcorantes adecuados como sustitutos de la sacarosa, ya que pese a que pueden aumentar menos la glucemia, presentan otra serie de posibles efectos adversos sobre la salud de sujetos tanto sanos como enfermos. De hecho, la Asociación Americana de Diabetes (ADA), pese a que incluye los edulcorantes, tanto calóricos como acalóricos, en el contexto de una alimentación saludable, indica que existen algunos riesgos que pueden ir asociados al consumo excesivo de edulcorantes calóricos (7).

Los profesionales de la Nutrición Humana y Dietética, y en general todos los profesionales sanitarios, deben prestar mucha atención a las recomendaciones que ofrecen a sus pacientes, y deben enseñarles que cuando se dice "sin azúcar", realmente se quiere decir "sin azúcares".

Galletas Gullón

-SERVICIO ATENCIÓN AL CONSUMIDOR – APARTADO DE CORREOS 504 – 34800 AGUILAR DE CAMPOO (PALENCIA) -o por correo electrónico en: consumidor@gullon.es

Reference List

(1) Chong MF, Fielding BA, Frayn KN. Mechanisms for the acute effect of fructose on postprandial lipemia. *Am J Clin Nutr*. 2007 Jun;85(6):1511-20.
Ref Type: Generic

(2) Bantle JP, Raatz SK, Thomas W, Georgopoulos A. Effects of dietary fructose on plasma lipids in healthy subjects. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1128-34.
Ref Type: Generic

(3) Brown CM, Dulloo AG, Yepuri G, Montani JP. Fructose ingestion acutely elevates blood pressure in healthy young humans. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2008 Mar;294(3):R730-7.
Ref Type: Generic

(4) Tinanoff N, Palmer CA. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. *J Public Health Dent*. 2000 Summer;60(3):197-206.
Ref Type: Generic

(5) Rao SS, Attaluri A, Anderson L, Stumbo P. Ability of the normal human small intestine to absorb fructose: evaluation by breath testing. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007 Aug;5(8):959-63.
Ref Type: Generic

(6) Bray GA, Nielsen SJ, Popkin BM. Consumption of high-fructose corn syrup in beverages may play a role in the epidemic of obesity. *Am J Clin Nutr* 2004;79(4):537-43.
Ref Type: Generic

(7) American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: use of nutritive and nonnutritive sweeteners. *J Am Diet Assoc*. 2004 Feb;104(2):255-75. Erratum in: *J Am Diet Assoc*. 2004 Jun;104(6):1013.
Ref Type: Generic

gullón

CUIDARTE ES NATURAL

CUIDARSE es natural,

por eso, nuestras galletas
DietNature no tienen azúcares.

La gama DietNature de Gullón, sin azúcares, nos ayuda a mantener una vida sana sin renunciar a lo que más nos gusta. Es natural que quieras cuidarte y que cuando te cuides, lo hagas de la forma más natural.

DietNature®
SIN azúcares





los ojos del diabético

Dr. D. Juan Ramos López.
*Médico Oftalmólogo del Hospital
Virgen de las Nieves y del Insti-
tuto Oftalmológico de Granada.*

El ojo es un órgano sensorial compuesto por tejidos de diversos orígenes embrionarios. Desde fuera hacia dentro se halla formado por: pared ocular, esclerótica, coroides y retina. Esta recubierto por la conjuntiva y la epiesclerótica; visto de frente, la esclerótica es reemplazada en su región central por un tejido transparente especializado para la función visual, denominado córnea. En su interior el cristalino separa al ojo en un segmento anterior y en otro

posterior. En el segmento posterior del ojo se hallan el vítreo, de consistencia gelatinosa, y la retina, órgano sensorial por excelencia con dos porciones bien diferenciadas, la retina periférica y el polo posterior, en la cual se encuentra la mácula y el nervio óptico.

La retina puede dividirse en dos sectores bien diferenciados, acordes con los distintos tipos celulares que predominan en cada zona: el polo posterior, en el que se encuentra la mácula, posee mayor concentra-

ción de conos y es responsable de la visión discriminativa y de los colores, y la retina periférica, en la que abundan los bastones, útiles en la visión de campo, ya que captan imágenes en blanco y negro. Los axones de los conos y los bastones conducen las señales lumínicas al cerebro a través del nervio óptico.

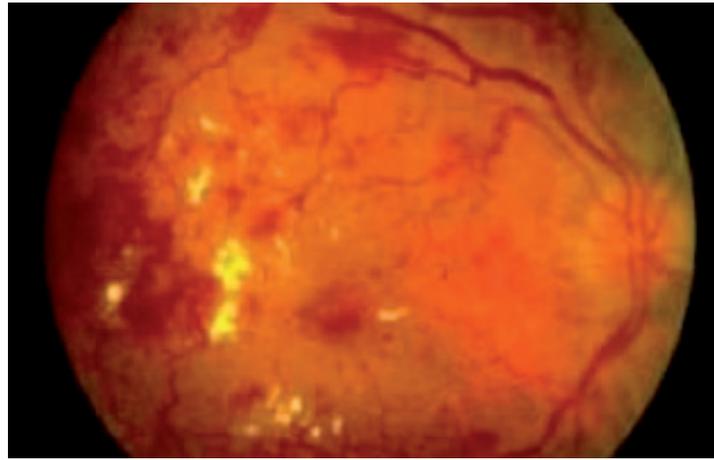
La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos cuya característica común es la hiperglucemia, la cual es la consecuencia de defectos en la secreción

de insulina o en la acción de ésta o, más frecuentemente, de ambos trastornos.

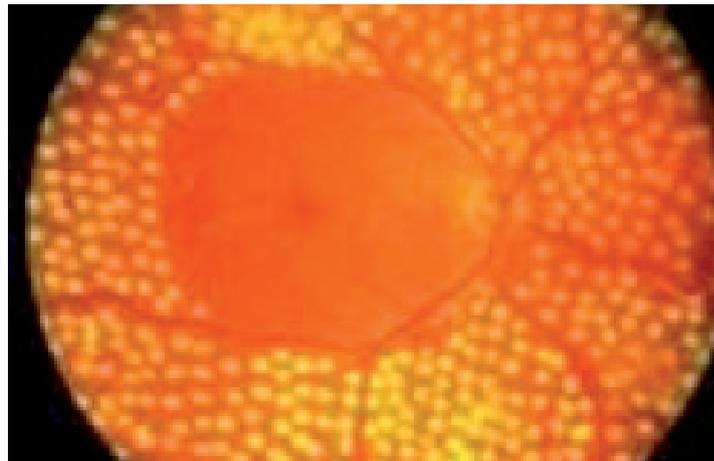
La diabetes es la segunda causa de ceguera legal en Estados Unidos y la principal causa de ceguera irreversible en personas de 25 a 74 años de edad. En el mundo occidental, su prevalencia oscila entre el 2% y el 6%, estimándose que un alto porcentaje de casos permanecen sin diagnosticar.

La identificación de los factores de riesgo es la base para la prevención de las complicaciones oculares generadas por la diabetes. El factor de riesgo más importante para su desarrollo sigue siendo la hiperglucemia prolongada. Niveles altos de hemoglobina glucosilada se relacionan con la aparición y progresión de la retinopatía y del edema macular. Otros factores importantes son la edad, hipertensión arterial, embarazo, tabaquismo, sedentarismo, obesidad y alteraciones de los lípidos en sangre.

La hiperglucemia prolongada provoca una alteración en los vasos sanguíneos, se altera el endotelio de los vasos, de forma que aumenta la permeabilidad de los vasos sanguíneos. Esta alteración en la retina es la responsable de que aparezcan hemorragias retinianas, exudados, acúmulos de líquido (edemas). Todo esto se acompaña con una falta de oxígeno en la retina, que el organismo intenta compensar creando nuevos vasos (neovascularización), pero lejos de aportar oxígeno a la retina, lo que genera a la larga son complicaciones como proliferaciones vitreoretinianas, hemorragias vítreas, desprendimientos de retina o glaucomas neovasculares.



> **Figura 1:**
Retinopatía diabética proliferativa.



> **Figura 2:**
Panfotorretinocoagulación con láser Argón.

La retinopatía diabética se puede dividir en dos, la retinopatía diabética no proliferativa (cuando no existen neovasos) y la retinopatía diabética proliferativa (cuando ya existen neovasos). En cualquiera de estas fases se puede afectar la mácula con un edema macular.

Actualmente existen pruebas diagnósticas como la retinografía, angiografía fluoresceínica, tomografía de coherencia óptica, para diagnosticar la retinopatía diabética y tratarla lo más precozmente posible. Existen múltiples tratamientos dependiendo del grado de retinopatía diabética, como son la panfotorretinocoagulación retiniana con láser argón, vitrectomía, inyecciones intravítreas de corticoides o de antiangiogénicos. Todos los tratamientos van dirigidos a intentar frenar el

avance de la enfermedad, para no llegar a la retinopatía proliferativa y sus complicaciones como el desprendimiento de retina o el glaucoma neovascular.

Tanto las pruebas diagnósticas como la angiografía o los diferentes procedimientos terapéuticos tienen sus riesgos. De forma que habrá que valorar siempre el riesgo-beneficio antes de aplicar alguno de ellos.

Por último recordar que nos encontramos antes una enfermedad sistémica y por muchos tratamientos que apliquemos sobre el ojo del paciente, si la glucemia no la controlamos, la retinopatía diabética seguirá avanzando.

¡noticias!

» Relaciones laborales diabetes y minusvalía

Fuente: Diabetes FEDE
Javier Sanhonorato Vázquez
Abogado. Especialista en Dcho. Sanitario

Si hacemos una interpretación literal de lo que dice el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, el hecho de tener diabetes no es causa suficiente para obtener el 33% de discapacidad necesario para alcanzar beneficios y ventajas de carácter social, laboral y fiscal.

Nos enfrentamos a un tema espinoso, ante el que ni siquiera las asociaciones de diabéticos han conseguido posturas de consenso. Unos piensan que por la carga vital y social que conlleva la diabetes se ha de otorgar por la norma un 33% de discapacidad, como punto de partida. Otros, sin embargo, piensan que si por lo que luchan es por una integración normalizada, no es coherente usar las prebendas del 33% de discapacidad.

La Ley 26/2011 supera el modelo médico y asume la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones sociales, de derechos y capacidades, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social

Si aplicamos la “ordenación de la razón” (ver número 18 de Diabetesfedede), vemos que lo más lógico, equitativo y científico, es individualizar. ¿No se tien-

de a individualizar en el tratamiento de la diabetes? Pues aquí, también. Y, ya que hablamos de conceptos claros, no se trata de ahondar en la desigualdad, sino de tratar las diferencias que hacen que existan potenciales problemas que dificultan nuestro normal desenvolvimiento en la sociedad. Esta es la finalidad de la Ley 26/2011, que supera el modelo médico (la

discapacidad como un problema personal causado por un condicionante de salud que requiere asistencia médica y rehabilitadora) y asume la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones sociales, de derechos y capacida-

¿PUEDE LA DIABETES SUPONER UNA MINUSVALÍA?

**No hay respuestas absolutas.
Lo más justo es individualizar**

des, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social.

Muchas preguntas surgen entonces. ¿No es cierto que nos excluyen de muchas plazas de la oferta de empleo público?; ¿qué hacemos con esos casos en que la persona con diabetes se encuentra con serias dificultades para acceder o continuar en su puesto de trabajo porque el profesiograma de la empresa exige analítica en rangos de “normalidad”?; ¿y todas las trabas que existen para una integración escolar normalizada?; ¿y las irracionales limitaciones temporales en la obtención y renovación del permiso de conducción?; ¿por qué en un Estado Social de Derecho debo soportar las limitaciones sociales que produce la diabetes?... A partir de aquí, deberíamos estudiar en qué medida se plantea esa relación diabetes-minusvalía, trabajo que debería ser asumido por los “representantes sociales” de las personas con diabetes y por los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Empleo y Seguridad Social.

El Real Decreto de minusvalías mantiene una visión anclada en el modelo médico. Naturalmente, los profesionales de los Equipos Técnicos de Valoración, compuesto por médico, psicólogo y trabajador social, tienen en cuenta otros condicionantes: otras enfermedades, complicaciones de la diabetes, hipoglucemias e informes psicológicos. Todo ello se barema y, a partir de un 25%, se pueden sumar factores sociales –nivel educativo, desempleo...–, hasta un límite porcentual del 15%.

No descubrimos nada si decimos que una de las preocupaciones fundamentales de la norma es la integración laboral de los discapacitados. Existen actuaciones en este sentido y, quizás por ello, muchas personas con diabetes intentan obtener el 33% de discapacidad que les pueda facilitar el acceso a un puesto de trabajo. En más de una ocasión nos han preguntado en el despacho “si es legal” la

petición del empleador a un trabajador con diabetes “de que se saque la minusvalía”. Sería discriminatorio supeditar la continuidad en el puesto de trabajo a una situación de discapacidad que, además, pudiera no obtenerse (condición imposible).

La Ley 26/2011 contiene un mandato dirigido al Gobierno para que, antes del 4 de agosto de 2012, apruebe un texto “en el que se regularicen, aclaren y armonicen” las diversas normas en vigor. El objetivo es que estas normas adopten el sentido de integración social que impera en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estamos a tiempo aún para hacer valer nuestra posición ante el Consejo Nacional de la Discapacidad, a fin de que se actualice la normativa en lo que a personas con diabetes se refiere para que contemple nuestra situación real en la sociedad.

ACCIONES PARA FACILITAR EL ACCESO DE DISCAPACITADOS AL EMPLEO

- En las ofertas de empleo público se reservará un cupo no inferior al 7% de las vacantes, de modo que progresivamente se alcance el 2% de los efectivos totales en cada Administración Pública.
- Las empresas públicas y privadas que empleen a un número de 50 o más trabajadores vendrán obligadas a que, al menos, el 2% sean trabajadores con discapacidad.
- Contrato indefinido para trabajadores con discapacidad (33% o más), a tiempo completo o parcial. El empleador percibe una subvención por cada contrato, bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social, subvenciones para adaptación del puesto de trabajo o dotación de medios de protección personal, subvenciones para formación profesional y deducciones en el impuesto de sociedades. Las empresas beneficiarias están obligadas a mantener la estabilidad en el empleo de estos trabajadores por un tiempo mínimo de 3 años, no pudiendo despedirlos sin causa justificada y, en caso de despido procedente, deberán sustituirlos por otros trabajadores con discapacidad, beneficiándose, en este caso solamente, de la bonificación de la cuota a la Seguridad Social por los sustitutos.
- Similares beneficios y ventajas se consiguen en los contratos para la formación de trabajadores con discapacidad, contratos en prácticas, contrato temporal para fomento del empleo, así como en la transformación de estos contratos en indefinidos. En los contratos de interinidad con trabajadores con discapacidad desempleados para sustituir a personas discapacitadas que tengan suspendido el contrato de trabajo por incapacidad temporal, observamos igualmente este tipo de ventajas.

La Diabetes Mellitus en el Real Decreto 1971 /1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía

- Si el paciente está diagnosticado de Diabetes Mellitus y se mantiene asintomático y precisa tratamiento farmacológico y / o dietético le será atribuido un 0% de discapacidad.
- Si el paciente está diagnosticado de Diabetes Mellitus y se mantiene asintomático y el tratamiento correcto, dietético y farmacológico no es capaz de mantener repetidamente un adecuado control metabólico, o hay evidencia de microangiopatía diabética definida por retinopatía o albuminuria persistente superior a 30 mg/dl, le será atribuido entre un 1% y un 24%.
- A todo paciente que, por causas distintas a un inadecuado control terapéutico, requiera hospitalizaciones periódicas por descompensaciones agudas de su diabetes, con una periodicidad de hasta tres al año y con una duración de 48 horas cada una, se le atribuirá un porcentaje de discapacidad del 25% al 49%.
- En caso de que el número de hospitalizaciones de iguales características sea superior a tres por año, se atribuirá un porcentaje de discapacidad del 50% al 70%.

actividades organizadas por **agradi**

COMIDA ANUAL DE SOCIOS

Tuvo lugar el día 26 de marzo en el Hotel Corona.
Después jugamos un bing o, recibiendo los afortunados estupendos regalos.



FERIA DE LA SALUD

Se celebró los días 18, 19 y 20 de mayo en la Feria de Muestras de Armilla. Agradi compartió espacio con otras Asociaciones y entidades dedicadas a la salud, y desde nuestro stand se informó al público sobre la diabetes y la Asociación.



CHARLA SOBRE NUTRICIÓN

**CONSUMER
EROSKI**

Charla celebrada en el Centro Cívico del Zaidín, por D.ña. Pilar Camino, Nutricionista de EROSKY, a las 19:00 horas. Al finalizar se obsequió a los asistentes con un detalle.



JORNADAS DE VERANO

Se celebraron el día 14 de junio, consistiendo en una charla titulada "los ojos del Diabético", a cargo del Dr. D. Juan Ramos López, Médico Oftalmólogo del Hospital Virgen de las Nieves y del Instituto Oftalmológico de Granada.



tu punto de vista

RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

No siempre tenemos la razón los padres al respecto de nuestros hijos diabéticos, de cómo ellos llevan su enfermedad.

Démosles la confianza que tan merecidamente se la han ganado, después de años y años en constantes sacrificios de su inseparable compañera la diabetes, han sido, son, y serán ellos los que verdaderamente en sus carnes la sufren y padecen física y psicológicamente, muchas veces silenciosamente y solos, otras en cambio culpando y arremetiéndolo a sí mismos y a los que los rodean, del no entender que sólo ellos creen o quieren creer que saben mejor que nadie como tratarse, al final esta angustiada situación frustra a toda la familia, todos se ven incomprendidos los unos con los otros, creo que ni nosotros los Padres tenemos la razón ni ellos la verdad absoluta.

Nosotros los padres la sufrimos desde otra forma llámese fraternal, sentimental o amor a los hijos y estas van entrando tristemente en nuestros corazones durante toda la vida este es nuestro más pesado sufrimiento.

Muchas veces al intentar ayudarlos hacemos lo contrario solo el tiempo dará o no la razón si lo que intentamos o hicimos fue bueno o no.

Hoy no nos comprenden, solo deseemos que salgan airoso en sus vidas personales y profesionales.

Dejemos pues volar a nuestros Adultos Hijos que ellos recorran su camino lo mejor que sepan y cuando miren atrás, sabrán que han dejado a sus padres y familia orgullosos de ellos.

Nosotros nunca perderemos la esperanza que un día llegará, que todo fue un sueño.

Los deseos de nuestra Vida, forman unas cadenas, cuyos escalones son las esperanzas. (Séneca).

Antonio Vallejo Jiménez

Para todos en general a mi hijo en particular.



RELACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

¡Juventud!, divino tesoro.

Tan bonita, como peligrosa.

Tan intrépida, como ignorante.

Cuando somos jóvenes, no vemos el peligro, ni con la velocidad, que nos puede cambiar la vida. Nos parece que, podemos cambiar todo de un “plumazo”.

Los mayores nos parecen desfasados, porque pensamos, son de otra época, “pasados de moda”, es la razón que encontramos a las diferencias, para afrontar, los acontecimientos, o contratiempos, en el día a día en nuestras vidas.

Los jóvenes, empeñados y dedicados por entero. A luchar por sus ideales.

Los padres, por otro lado, queriendo, super proteger a nuestros hijos, sin darnos, cuenta que nosotros, en su día aprendimos tropezando y... que no debe de existir, para nada la rivalidad, entre padres e hijos.

Ya que los padres vivimos por, y para los hijos, y estos, su primer ejemplo, en la vida es, seguir a sus maestros, que somos los padres.

El respeto y confianza, son los pilares que nos hacen fuertes, ante la adversidad.

El diálogo nos ayuda, a comprender, los diferentes puntos de vista, y juntos, cuesta menos, recorrer el camino de la vida.

Al final del camino, es estupendo tener la sensación de haber llegado a buen puerto.

Carmen María Molina

Participa en esta sección dando a conocer tu “TÚ PUNTO DE VISTA” sobre temas de actualidad, experiencias, inquietudes...

Relacionados con la diabetes y hazlo “VOX POPULI”

Déjamos tu opinión en la Asociación (en el horario normal de visita) o en el correo electrónico agradi@gmail.com

OPINIÓN DE UNA MADRE PREOCUPADA

LOS NIÑOS ANDALUCES NO INTERESAN AL GOBIERNO ANDALUZ.

Soy madre de un niño con diabetes tipo 1 o diabetes insulino-dependiente. A mi hijo lo diagnosticaron con 4 años y ahora tiene 10. En este tiempo tanto él como nosotros, sus padres, hemos ido aprendiendo a convivir con esta enfermedad. Como muchos diabéticos saben, el aspecto más importante para que un niño viva integrado en nuestra sociedad es conseguir el autocontrol, es decir ser capaz el niño de llevar el mismo un control correcto de los niveles de glucosa en sangre, para lo cual debe realizarse frecuentes glucomías y pincharse las dosis de insulina adecuada para no sufrir ni hipo ni hiperglucemias.

En los primeros años, todos los controles y administraciones de insulina se los hacíamos nosotros, y a medida que mi hijo crecía poco a poco él ha ido tomando una actitud más activa. En el proceso de conseguir este autocontrol han jugado un papel muy importante los “Campamentos de Verano” organizados por AGRADI (Asociación Granadina de Diabéticos). Estos campamentos consisten en una semana de convivencia con otros niños diabéticos y monitores también diabéticos. Este año es la tercera vez que mi hijo va a acudir. En las dos primeras ha ido acompañado por su hermana (no diabética). Nos gustaba mandarlos a los dos en parte porque nosotros nos quedábamos más tranquilos y para que mi hija conociera más de la enfermedad de su hermano y poderle ayudar si fuera necesario. He dicho “mandábamos” porque este año solo va él debido a que el Gobierno Andaluz ha retirado la subvención que todos los años aportaba, por lo que los padres solo pagábamos la mitad de los gastos (120 euros). Este año nos cuesta 245 euros cada niño y, si además unimos a lo anterior que a mi marido le han reducido su sueldo casi un 20%, es difícil costear el viaje a los dos. Estamos en crisis y debemos ser solidarios si no hay dinero. Pero lo que no acepto es que nos quieran engañar nuestros gobernantes. Ese dinero Sí lo hay, o lo había, ya que me he enterado por los medios de comunicación (Diario ABC- en INTERNET) que el Gobierno Andaluz repartió justo antes de las elecciones autonómicas 223 millones de euros entre sindicatos, empresarios y ONG. En dicho periódico se detalla para qué se repartió ese dinero, entre otras cosas, para UGT con UN MILLÓN DE EUROS para el fortalecimiento sindical en los Andes, resto de América y Marruecos, otros 14 MILLONES DE EUROS a cursos de formación, para CCOO 96.000 euros para “el fortalecimiento de los derechos de las mujeres trabajadoras en Guinea Bissau” y 14 MILLONES también para cursos. Y así hasta 223 millones de euros. En resumen, a nuestro “querido y solidario” gobierno andaluz le interesa más la afiliación sindical en Guinea Bissau y Sudamérica que la salud de sus propios hijos andaluces.

Una vergüenza. ¿Y realmente ese dinero se dedicará a eso? ¿Nos enteraremos más adelante que se ha usado para que un alto cargo de la Junta de Andalucía lo gaste en cenas, prostitutas y cocaína (me remito al caso del exdirector general de Empleo de la Junta de Andalucía y noticia ampliamente difundida en los medios de comunicación)?

Firmado: Sonia



Coca-Cola

125 AÑOS REPARTIENDO FELICIDAD



125 años

Coca-Cola, la bebida mundial, es una marca registrada de The Coca-Cola Company.

Rendelsur
Refrescos Envasados del Sur, S.A.

Juan Carlos Rodríguez Molina
Relaciones Externas y Publicidad
Almería, Jaén, Granada y Motril
TM: 607 075 911
jcrodriguez@rendelsur.es



diccionario de la diabetes

h

Hemoglobina A1 C (HbA1,C) o hemoglobina glicosilada:

Sustancia de los glóbulos rojos que transporta oxígeno a las células y que se une a la glucosa cuando una glucemia es alta. Ya que la glucosa se fija por todo el periodo de una vida del glóbulo rojo (tres meses aproximadamente) la cifra de Hb A1c muestra el promedio de nivel de glucemia durante los meses precedentes.

Hiperglucemia:

Nivel demasiado alto de glucosa en la sangre.

Hiperinsulinemia:

Niveles de insulina en sangre demasiado elevados. Tiene lugar cuando el organismo produce demasiada insulina o cuando se administran dosis de insulina exógena demasiado altas. La presencia de excesiva insulina en sangre puede disminuir demasiado la glucemia (azúcar en sangre). Los síntomas de hiperinsulinemia son temblor, nerviosismo, debilidad, estado confusional. Sudoración excesiva, cefalea y hambre.

Hipertrofia inducida por la insulina
Nódulos subcutáneos provocados por inyecciones repetidas en el mismo punto.

Hipoglucemia:

Nivel demasiado bajo de azúcar en sangre. Se manifiesta cuando el diabético se administra demasiada insulina. Come poco. o desmorona una actividad física demasiado intensa sin una alimentación adecuada. Síntomas de hipoglucemia son: temblor, nerviosismo, debilidad, hormigueos, estado confusional, sudoración excesiva, cefalea, hambre, enturbiamiento de la visión. La administración de azúcar, zumos de fruta o alimentos azucarados contribuirá a resolver la situación de diez a quince minutos.

Hipoglucemia inadvertida:

Un episodio de hipoglucemia donde no se presentan los síntomas de alerta (adrenérgicos) asociados a niveles bajos de glucosa.

Hipoglucemiantes Orales:

Pastillas tomadas por el diabético para disminuir el contenido de

glucosa en sangre. Son útiles en los casos en los que la producción de insulina por el páncreas resulta escasa pero continua produciéndola. Estas sustancias ayudan de diversos modos al organismo. Uno de ellos consiste en estimular a las células pancreáticas a liberar más insulina.

Hipotiroidismo:

Nivel demasiado bajo de la hormona del tiroides en la sangre. Con frecuencia la glándula tiroides se agranda (bocio).

Hormonas:

Sustancias químicas segregadas por células especiales, las cuales dan instrucciones a las demás células. Así por ejemplo, la insulina es una hormona que da instrucciones relativas a cómo emplear la glucosa (azúcar) para la producción de energía.

Hormona de crecimiento:

Hormona que se produce en la glándula pituitaria. El efecto más importante es el estímulo del crecimiento. Además aumenta el nivel de glucosa en sangre.

de todo un poco...



CONSERVAR LIMÓN

Si has utilizado solo medio limón, espolvorea con sal la otra mitad para conservarla.

ANTIMOHO

Para evitar el moho en la cortina de la ducha, mójala en agua salada antes de colgarla.

QUITAR PEGATINAS

Para quitar pegatinas fácilmente frótalas con colonia.

DESHACER NUDOS



Para deshacer nudos de una cadena, unta el nudo con aceite, después frótala con movimientos circulares y utiliza dos alfileres para deshacerlo.

ACERO INOXIDABLE



Para darle brillo al acero inoxidable basta con pasarle una bayeta con vinagre.

CENIZA COMO ABONO

No tires la ceniza de la leña, es un abono muy bueno para las plantas.

BOTONES ETERNOS



Para que los botones aguanten más tiempo cosidos, dale esmalte de uñas transparente por los dos lados, el esmalte sella el hilo.

AJUSTANDO EL CINTURÓN

Si te queda grande el cinturón y no tienes tiempo de llevarlo al zapatero para hacer un nuevo agujero, calienta al rojo vivo la punta de una aguja de tejer punto, y ponla en el sitio que hayas marcado previamente en el cinturón.



ABONOS CASEROS

Un clavo oxidado puede servir como excelente abono para tus plantas de interior. Lo único que tienes que hacer es introducirlo en la tierra de la maceta para que comience a hacer su efecto.

También los posos del café diluidos en agua, son un excelente tónico para regar las macetas.

PLANTAS CON BRILLO



Para dar brillo a las hojas de tus plantas, frótalas con un trapito mojado en té frío.

DESATORNILLAR FÁCILMENTE

Para desatornillar o aflojar tornillos o tuercas que se te resistan, échale unas gotas de refresco de cola y verá cómo te es mucho más fácil.

CON BUENA CARA

Para atenuar la hinchazón de los párpados y las bolsas de debajo de los ojos, aplica una rodaja o ralladura de patata cruda, dejándola actuar durante 20 minutos, retira y verás el efecto.

¡vamos a comer bien!

» ENSALADA CON SALSA DE QUESO



Ingredientes para 4 personas

- 1 lechuga.
- 250 g de maíz.
- 100 g de aguacate.
- 1 huevo cocido.
- 3 rodajas de piña.
- 100 g de tomate.
- 80 g de queso tipo Gouda.
- 125 g de queso crema.
- 1/2 vaso de leche.

» DORADA CON VERDURAS EN PAPILOTE



Ingredientes para 4 personas

- 2 doradas de cultivo.
- 8 espárragos trigueros.
- 2 calabacines.
- 8 champiñones.
- Unas hojas de espinacas.
- 8 cucharadas de aceite de oliva.
- Pimienta blanca.
- Sal.

» COPA DE YOGUR CON FRESAS



Ingredientes para 4 personas

- 4 yogures naturales.
- 1 kilo de fresas.
- Zumo de un limón.
- 2 dl. de vinagre balsámico.
- Unas gotas de edulcorante líquido.
- Menta fresca.

Información Nutricional (por persona)

Energía (Kcal.)	329	Saturadas (g.)	10,6
Hidratos de carbono (g.)	9,5	Monoinsaturadas (g.)	7,1
Raciones Hidratos de carbono	2	Poliinsaturadas (g.)	1,6
Proteínas (g.)	15,9	Colesterol (mg.)	106,8
Fibra (g.)	4,8	Valores calculados sin sal añadida	
Sodio (mg.)	353		
Grasas (g.)	20,8		

Elaboración

- 1- En un cazo derretimos el queso crema con la leche.
- 2- Removemos, dejamos cocer unos minutos y ponemos a enfriar. La salsa ha de quedar más bien líquida.
- 3- Cortamos la lechuga en juliana, el tomate en dados, el huevo en cuartos, el queso Gouda en trozos y añadimos el resto de los ingredientes. Rociamos con la salsa de queso una vez que se haya enfriado

Información Nutricional (por persona)

Energía (Kcal.)	238	Saturadas (g.)	2,4
Hidratos de carbono (g.)	3,9	Monoinsaturadas (g.)	13,3
Raciones H. de carbono	0,5	Poliinsaturadas (g.)	1,9
Proteínas (g.)	13	Colesterol (mg.)	31,5
Fibra (g.)	2,3	Valores calculados sin sal añadida	
Sodio (mg.)	63,6		

Elaboración

- 1 Limpiamos las doradas y sacamos los dos lomos y salpimentamos. Lavamos y troceamos en bastones los espárragos trigueros, calabacines y troceamos en cuartos los champiñones.
- 2 Colocamos cada lomo de dorada en un papel de aluminio. Repartimos las verduras, incluidas las hojas de espinacas limpias, sobre las doradas junto con dos cucharadas de aceite por cada lomo de dorada.
- 3 Cerramos los paquetes de papel de aluminio dejando un poco de aire dentro. Asamos en el horno precalentado a 200° C. durante 15 minutos o hasta que el papel se haya inflado ligeramente.
- 4 Retiramos del papel de aluminio los lomos de dorada con sus verduras, los emplatamos y ya se pueden servir.



Información Nutricional (por persona)

Energía (Kcal.)	126	Grasas (g.)	1,2
Hidratos de carbono (g.)	19,9	Saturadas (g.)	0,2
Raciones Hidratos de carbono	2	Monoinsaturadas (g.)	0,3
Proteínas (g.)	6,8	Poliinsaturadas (g.)	0,5
Fibra (g.)	4	Colesterol (mg.)	1,2
Sodio (mg.)	99,4	Valores calculados sin sal añadida	

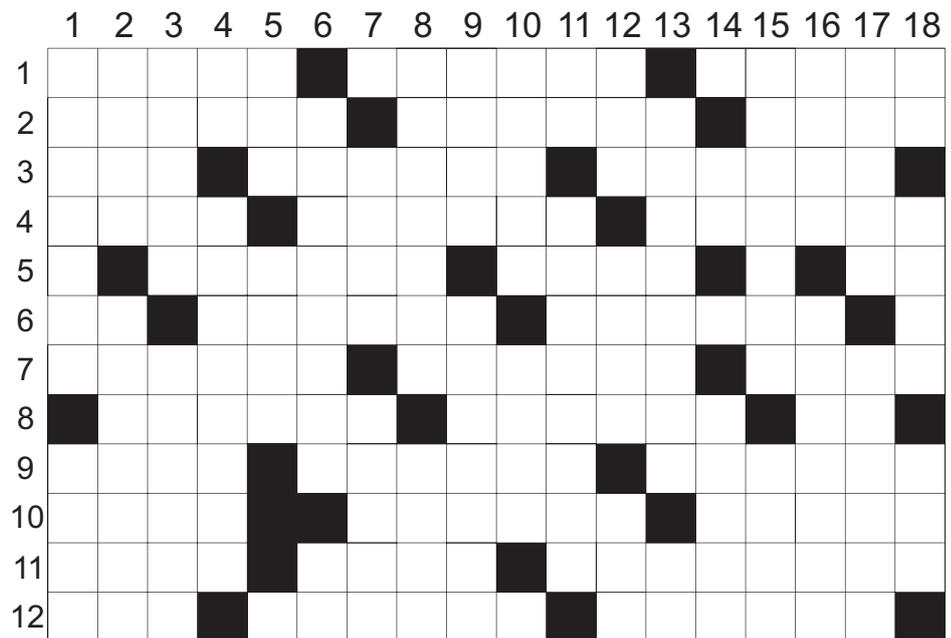
Elaboración

- 1- Hacemos un puré de fresas, triturando 200 gramos de las fresas con un poco de azúcar (optativo) y unas gotas de zumo de limón.

- 2-Pasamos el puré por un colador fino y reservamos.
- 3-Mezclamos el yogur con un poco de endulzante
- 4-Lavamos y troceamos el resto de las fresas, añadimos 2 cucharadas de azúcar y el vinagre balsámico. Dejamos que repose en el frigorífico al menos 2 horas. Colocamos en unas copas, primero unas fresas, sobre ellas el yogur, y por encima un poco del puré de fresas. Adornamos las copas con un poco de menta fresca cortada en tiras delgadas.

pasatiempos

crucigrama



HORIZONTALES:

1. Sin excluir a ninguno. Curada. Va por el camino más corto. 2. Al revés, vestidura amplia y larga. Brillo de las cosas bruñidas. Labrar la tierra. 3. Hinchaba, admirador. Ninfa de los bosques. Ciudad de Canadá. 4. Al revés, tiene tos. Comenzar un proceso. Salir mal una cosa. 5. Hinchar con aire. Pala de madera para impulsar las embarcaciones por el agua. Primera vocal. Conozco. 6. Voz de mando. Abultamiento del párpado inferior en plural. Mariana, heroína nacida en Granada. 7. Semilla del nabo. Nazarita. Al revés, anfibio similar a la rana, de mayor tamaño y ojos saltones en plural. 8. Firme, maciza. Machín las usaba en sus actuaciones. Sufijo que forma nombres de compuestos químicos, sobre todo alcoholes. 9. Que se mueve con ligereza y facilidad. Famosa calle de Madrid. Adrede. 10. Venció. Defectuoso. Seres. 11. ... y venidas. Paradisiaca isla de Indonesia. Tuviera piedad de algo o alguien. 12. Es el signo de la suma. Pañuelo grande que usan las mujeres sobre el bañador. Tarari....

VERTICALES:

1. Tela de seda muy tupida. Al revés, parte interior y más blanda del pan. 2. Gansos, ánades. Cortina... famosa película dirigida por Hitchcock. 3. Cuéntanos. Gorras sin visera, redondas y chatas. 4. Palabra inglesa que indica que un aparato está conectado. Maléolos. 5. Prefijo que significa "sur". Caballo de cierta raza bastante pequeño. Símbolo químico del fósforo. 6. Común y sabida. Símbolo químico del Bario. 7. Sufijo diminutivo, femenino plural. Ara sagrada. 8. Escorpión. Gitano. 9. Lazo que se estrecha y cierra, dificultando que se pueda soltar. Metal raro de símbolo sm. 10. Limpiar, adecentar. Azalá, rezo musulmán. 11. Iniciales de Director Técnico. Arreglado, femenino. 12. Abreviatura de arquitectura. En las armas de fuego, pieza que sirve para afinar la puntería. Abreviatura de óptica. 13. Melodiosa, armoniosa. Tercera y primera vocal. 14. Repetido, sonido que usamos para tranquilizar y mecer al bebé. Bajar de un vehículo. 15. Escenario de tablas. Ondulación. 16. Criba grande para limpiar el trigo. Exponer una cantidad de dinero para tomar parte de un juego. 17. Yeguas. Perturbar inquietar. 18. Símbolo químico del Argón. Presas. Parte que sobresale de ciertos recipientes y sirve para sujetarlos.

FUNDACIÓN



CAJA RURAL