

Vivir con diabetes

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
Delegación Provincial de Granada
Revista subvencionada por:



agradi

asociación granadina de diabéticos

N.º 27/2013



Coalición por la
diabetes



¿Por qué es buena la
fibra para los diabéticos?



¡Vamos a comer bien!

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
■ Coalición por la diabetes	4
■ Solicitud de la prestación económica para el cuidado de menores con diabetes tipo 1	10
■ Noticias	16
■ ¿Por qué es buena la fibra para los diabéticos?	20
■ Actividades organizadas por AGRADI	22
■ Despedida	26
■ Los libros plúmbeos del sacromonte	28
■ Diccionario de la diabetes	30
■ ¿Sabías que?	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



*Reme Alcaraz
Presidenta de AGRADI*

Os presentamos la edición de verano de nuestra revista, realizada con mucho esfuerzo e ilusión por un pequeño grupo de voluntarios de AGRADI.

Pienso que para las personas afectadas por diferentes patologías **es fundamental estar unidas. Y más en la situación actual** donde vemos que se producen grandes recortes en distintos sectores, y en concreto en sanidad e investigación. **Es necesario asociarse.**

Hago un llamamiento a todas las Asociaciones de Pacientes para que unamos nuestras fuerzas y reivindiquemos a las instituciones el apoyo económico a la investigación de las diferentes enfermedades. Al igual que defiendan la Sanidad Pública.

¡¡Disfrutad de un merecido descanso!!

ES NECESARIO ASOCIARSE



CASA DE LA
DIABETES
coinnovamos para avanzar en diabetes

coalición por la diabetes

LA COALICIÓN POR LA DIABETES PRESENTA SU MANIFIESTO Y EL PRIMER PROYECTO CONCRETO PARA MEJORAR EL MANEJO DE ESTA ENFERMEDAD

- Liderada por la SED, la SEEN, la SEEP y la redGDPS (Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud), esta iniciativa tiene también el apoyo del Ministerio de Sanidad.

- También incluye el soporte de otras sociedades médicas como la SEC, la SEMERGEN, la semFYC, la SEMG, la SEMI, la SEN-neurología, la SEN-nefrología y de farmacéuticos la SEFAC, asociaciones de pacientes como FEDE y el Foro Español de Pacientes, representante del colectivo de educadores y la red de investigación en Diabetes CIBERDEM del ISCIII.

- Por primera vez, empresas como Balance Labs (Esteve y Grupo Leche Pascual), BD (Becton, Dickinson and Company), Danone, Esteve, Medtronic, Menarini Diagnostics, Novartis, Orange, Pivotal, Sanofi y Technogym, se han adherido a una iniciativa de estas características.

- Se trata de una iniciativa adicional y complementaria a la estrategia para el manejo de la diabetes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La diabetes es uno de los principales retos sanitarios a los que se enfrenta España en la actualidad. Se estima que el 13,8% de la población padece esta enfermedad y, de esos, cerca de un 6% no son conscientes de ser personas con diabetes.

En este contexto, aspectos como la educación, prevención, diagnóstico precoz y correcto manejo son clave para mejorar el control de las personas con diabetes y garantizar un futuro con calidad de vida, además de aumentar su autonomía.

La Casa de la Diabetes, una iniciativa liderada por la SED (Sociedad Española de Diabetes), SEEN (Sociedad Española de Endocrinología), SEEP (Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica) y la redGDPS (Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud), quiere fomentar las pautas de actuación más adecuadas para la gestión de las personas con esta enfermedad.

Una de las primeras iniciativas que está desarrollando este grupo es la creación de la Coalición por la Diabetes, con la que se está aglutinando al máximo de sociedades científicas relacionadas con la enfermedad, colectivos de pacientes, autoridades sanitarias de Comunidades Autónomas y empresas. El objetivo de esta Coalición es debatir de manera activa y participativa sobre el abordaje integral de la enfermedad por parte de todos los estamentos de la sociedad.

La Coalición por la Diabetes presenta el primer **Manifiesto de la Coalición por la Diabetes**, un documento de consenso en el que se reflejan las diez áreas de trabajo en las que se deben centrar los esfuerzos para un abordaje integral de esta patología por parte de todos los estamentos de la sociedad. El **Manifiesto** incluye aspectos de concienciación social para mejorar la prevención y el diagnóstico precoz de la diabetes, el desarrollo de políticas sanitarias para un abordaje integral y coordinado de esta enfermedad, mejorar el papel del propio paciente en la gestión y control de su propia enfermedad, fomentar las nuevas tecnologías en el manejo de la diabetes, la formación continuada y de valor añadido para los profesionales sanitarios y seguir apostando por la investigación.

PRIMER PROYECTO EN MARCHA

Además, en línea con las áreas de trabajo expuestas en el Manifiesto, la Coalición por la Diabetes presenta el primer proyecto concreto. Se trata de un estudio cuyo objetivo es ayudar a concienciar a la población sobre la importancia de seguir hábitos de vida saludable a la vez que ampliar la capacidad de detectar personas que tienen riesgo de padecer diabetes a través de un cuestionario muy sencillo (test Findrisk) que se puede realizar en un ámbito tan accesible como la farmacia.

El estudio se llevará a cabo por las sociedades médicas participantes en la Casa de la Diabetes, y en este caso especialmente la SEFAC, de forma conjunta con autoridades sanitarias de las CCAA y sus farmacéuticos. Está previsto que se inicie en el mes de septiembre, y tendrá una duración total estimada de 15 meses, y un periodo de recogida de datos de alrededor de 3 meses. Se va a realizar en personas mayores de 18 años no diagnosticadas con Diabetes Mellitus.

El estudio, de ámbito nacional, empezará en tres comunidades autónomas con programas distintos de concienciación y detección de la diabetes y se estima que, por cada una de las comunidades, participarán unas 1.500 personas, en total serán 4.500.

La Dra. **Sonia Gaztambide**, presidenta de la SED, ha destacado que *“es muy importante el hecho de que tantas instituciones de diferentes sectores se hayan adherido a un proyecto común para tratar temas relacionados con la diabetes”*, y ha hecho especial énfasis en reducir el 6% de personas que padecen diabetes y aún no han sido diagnosticadas en nuestro país. Además de hacer el test de Findrisk en las farmacias, se pretende sensibilizar a la población en la importancia de los hábitos saludables, ya que *“revertir la obesidad (que en nuestro país afecta a un 28% de la población) reduciría el 80% de los casos de diabetes”*, ha explicado la Dra. Gaztambide.

El Dr. **Javier Salvador**, presidente de la SEEN, subraya el hecho de que *“este Manifiesto recoge las conclu-*

siones de todos los integrantes de la Coalición, y define las pautas de trabajo y las necesidades que trataremos de cubrir con los diferentes proyectos que se lleven a cabo”. En concreto, el doctor Salvador destaca del Manifiesto *“la necesidad de fomentar los hábitos de vida saludable desde edades muy tempranas, así como el diagnóstico precoz, y el desarrollo de políticas sanitarias que promuevan el abordaje integral, interdisciplinar y coordinado de la gestión de la diabetes y que faciliten el acceso de los pacientes a los recursos necesarios para obtener el mejor control de la enfermedad”*.

Por su parte el Dr. **Luís Castaño**, presidente de la SEEP y director del CIBERDEM, incide en el hecho que *“el conocimiento y la autogestión son claves para el manejo de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes”*.

La Dra. **Sara Artola**, representante de la redGDPS, ha comentado que *“es vital concienciar a la población acerca de esta enfermedad que afecta cada vez a más personas y ponemos en marcha el primer proyecto concreto que contribuye a promover buenos hábitos de vida entre la población”*. En representación de los pacientes, **Ángel Cabrera**, presidente de FEDE, incide en que *“desde la perspectiva de las personas con diabetes siempre vamos a apoyar aquellas iniciativas que supongan una mejora en la gestión de nuestra enfermedad y que contribuyan a mejorar nues-*

tra calidad de vida”. *“Este proyecto es importante porque supone una puesta en común de todos los que formamos parte en la gestión de esta Coalición para el manejo de la enfermedad”*. Para el Dr. **José Antonio Fornos**, representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria *“la detección precoz de la diabetes y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con diabetes es fundamental para disminuir la incidencia de las complicaciones de la enfermedad”*. *“El farmacéutico es el profesional más visitado por la población, por lo que le resulta más fácil realizar el diagnóstico precoz que incluso en Atención Primaria”*.

FEDE

Entidad declarada de utilidad pública, es el órgano representativo del colectivo diabético en España que, a día de hoy, supera los 5.000.000 de personas. Para ello cuenta con un total de 18 socios: 18 federaciones autonómicas de personas con diabetes, que agrupan a 168 asociaciones de diabéticos españolas, distribuidas por todo el territorio nacional. Entre sus principales objetivos se encuentran: defender los derechos de las personas con diabetes; contribuir a la ayuda moral, física y educativa del colectivo diabético; fomentar y apoyar la educación diabetológica; promover la mejora de la asistencia sanitaria; prevenir, intervenir y detectar precozmente la diabetes, e impulsar y desarrollar el interés y el desarrollo de la investigación.



MANIFIESTO DE LA COALICIÓN POR LA DIABETES:

La Diabetes Mellitus afecta a más de 360 millones de personas en el mundo, es la primera causa de ceguera en población activa, de tratamiento sustitutivo renal (diálisis/trasplante), de amputación no traumática en los países occidentales; y se asocia a las enfermedades cardiovasculares como primera causa de muerte. La prevalencia mundial estimada por la International Diabetes Federation (IDF) es del 8,3%. Los datos del estudio di@bet.es en España la sitúan casi en el 14%. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa el 90% de los casos. Se prevé que la prevalencia aumentará en los próximos años debido al incremento de la obesidad y la vida sedentaria. La diabetes es una de las principales enfermedades crónicas en España, siendo éstas la principal fuente de gasto sanitario público. Ante esta situación, la Coalición por la Diabetes quiere poner de manifiesto la necesidad de un abordaje integral de la enfermedad por parte de todos los estamentos de la sociedad que aúne esfuerzos en favor de:

Asegurar acciones que fomenten de manera sostenida los hábitos de vida saludable desde edades muy tempranas.

La prevención y el tratamiento de la obesidad constituyen uno de los abordajes más rentables para reducir la aparición de la diabetes tipo 2. El principal factor de riesgo para desarrollar DM2 es el exceso de peso (sobrepeso/obesidad). Una alimentación adecuada y la



CASA DE LA
DIABETES

práctica habitual de una actividad física moderada disminuyen el riesgo de padecerla. En este sentido es esencial la implicación de la industria alimentaria en estas acciones.

Buscar la implicación de todos los estamentos sociales para promover la información y el conocimiento de la diabetes para su prevención.

Los hábitos relacionados con la salud no son sólo el resultado de decisiones individuales libres, sino que están determinados, en buena medida, por el entorno físico y social. Desarrollar estos entornos requiere de la acción y la colaboración de los distintos ámbitos sectoriales tanto de las Administraciones Públicas, mediante normas, planes, programas y políticas que aborden los determinantes sociales de la salud, como de organismo privados. Por ello la colaboración público-privada es esencial en esta tarea.

Concienciar y promover el diagnóstico precoz en las personas con riesgo elevado de diabetes.

El diagnóstico precoz es imprescindible para prevenir las complicaciones a largo plazo de la diabetes, y permite implantar medidas

correctoras que se han demostrado eficaces en la reducción de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes y de la mortalidad cardiovascular y total. Es necesario identificar grupos de riesgo mediante la implementación de sistemas estandarizados y validados de cribado que sean fáciles de usar, fiables, rápidos de ejecutar y aplicables a grandes grupos de población. Por otro lado, es importante potenciar la aplicación de medidas preventivas específicas para los grupos de personas que tienen mayor riesgo de tener diabetes (tercera edad, obesidad, embarazadas, grupos de nivel socioeconómico y cultural de mayor riesgo, etc).

Desarrollar políticas sanitarias que promuevan el abordaje integral, interdisciplinar y coordinado de la gestión de la diabetes.

Las iniciativas integrales desarrolladas a partir de los propios pacientes con el compromiso activo de los profesionales sanitarios, las empresas y las autoridades sanitarias, son fundamentales para poder mejorar el futuro de las personas con diabetes. La suma de fuerzas entre todos los estamentos implicados es la clave.

Establecer una adecuada Educación Terapéutica de la persona con diabetes y facilitar su participación en la gestión y el control de su enfermedad.

La Educación Terapéutica es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su diabetes, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Una de las medidas de mayor impacto es enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la enfermedad y mejorar su capacitación para la vida social. La inversión en estas acciones genera retornos tanto a corto como a largo plazo para el paciente y el sistema sanitario.

Facilitar el acceso de los pacientes, de forma individualizada, a los recursos necesarios para la autogestión responsable y racional de la enfermedad y sus complicaciones.

La autogestión y la responsabilidad de los pacientes son elementos claves para garantizar el mejor control de la diabetes. Cuanto más entienda la persona con diabetes su enfermedad y más se involucre en su control, más probabilidades de éxito tendrá. Igualmente hay que potenciar la aplicación de medidas terapéuticas específicas para la tercera edad que tengan en cuenta las necesidades y capacidades funcionales del usuario. La actividad física regular e individualizada constituye un recurso terapéutico eficaz a través de reducir la obesidad, la resistencia a la insulina y el riesgo cardiovascular, elementos implicados en las complicaciones de la diabetes.

Garantizar el acceso a las nuevas tecnologías tanto médicas como de la información y comunicación para el mejor control y seguimiento de las personas con diabetes.

Las Tecnologías de la información y comunicación (TIC), así como las nuevas tecnologías médicas están suponiendo un cambio profundo en las formas tradicionales de trabajo, coordinación y apoyo social y debemos identificar necesidades que puedan ser cubiertas por éstas.

Es importante la incorporación de la telemedicina dentro del programa de actividad asistencial diario y posibilitar las medidas de conectividad entre los diferentes ámbitos de actuación sanitarios implicados (atención primaria, ambulatoria, hospitalaria, no asistencial etc.) con los pacientes, mejorando la comunicación y cooperación entre ellos. Se debe facilitar el seguimiento de los pacientes con diabetes a través de herramientas informáticas de aviso para el cumplimiento de las actividades recomendadas en las Guías de Práctica Clínica, y favorecer la existencia de una historia clínica única informatizada para los distintos niveles de atención en las CC.AA, lo que simplificará la gestión de paciente con diabetes.

Hacer efectiva la formación continuada de calidad de los profesionales sanitarios.

Los avances continuos en el conocimiento de la etiología, mejora de la gestión de la enfermedad, su amplia comorbilidad, el desarrollo de nuevos procedimientos terapéuticos, y la flexibilidad de recursos en las organizaciones asistenciales, hacen muy necesario

facilitar y fomentar el acceso a la formación continuada de los profesionales implicados, para así garantizar el adecuado tratamiento de los pacientes.

Impulsar y promover la investigación de excelencia en diabetes y su aplicación clínica.

El impacto de la diabetes en términos de morbilidad y coste para el sistema sanitario convierte la enfermedad en prioritaria para la investigación tanto en su vertiente sanitaria como económica.

Es de especial interés trasladar activamente los conocimientos obtenidos en investigación básica, clínica o documental a la práctica clínica y asegurarnos que repercuta en la calidad asistencial. Hay que identificar y replicar los modelos de éxito contrastados en comunidades autónomas o a nivel internacional en los tres pilares de abordaje de la diabetes.

Justificar el impacto de las acciones propuestas impulsando la evaluación continuada a través de indicadores.

Todas las acciones propuestas deberán ser evaluadas rigurosamente antes y después de su ejecución, tanto a nivel sanitario, respecto a su eficacia y efectividad, como a nivel económico, en términos de coste análisis-beneficio y eficiencia, y no solo de forma directa sobre el paciente, sino también de forma indirecta sobre la sociedad y la sostenibilidad del sistema de bienestar.

Sólo de esta manera se podrán consensuar criterios de actuación que permitan desarrollar proyectos ampliamente generalizables y con el mayor impacto posible.



CLINICA DENTAL

Dra. Inmaculada Lozano Rubio

Médico-Odontólogo · Ortodoncias e Implantes

C/. Adelfa n.º 2, Bajo Urbanización Jardín de la Reina •
18006 Granada

Tfno.: **958 13 58 61**

solicitud de la **prestación** **económica**



PASOS A SEGUIR PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR DIABETES TIPO 1

Aplicación a trabajadores/as del Régimen General de la Seguridad Social y personal funcionario de las Administraciones públicas incluido en el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).

En primer lugar es conveniente hacer un breve repaso a los hechos para ver cómo ha ido evolucionando la aplicación de esta norma, pues no eran pocas las dudas que suscitaba.

Trabajadores/as afiliados/as en algún régimen del Sistema de la Seguridad social El 29 de julio de 2011 fue aprobado el *“Real Decreto 1148/2011 para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave”*¹.

Con esta norma se buscaba compensar la pérdida de ingresos que sufren aquellas personas trabajadoras que tienen que cuidar de sus hijos o menores a su cargo durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad, aún fuera de la hospitalización.

En lo que a nosotros respecta hemos de decir que la Diabetes tipo 1 se encuentra en el listado de enfermedades consideradas graves y, por lo tanto, con derecho a la obtención de dicha prestación siempre y cuando se cumplan los demás requisitos.

Los requisitos y características de la ayuda son los siguientes:

1. Tienen el derecho los progenitores, adoptantes y acogedores de carácter familiar pre-adoptivo o permanente, cuando trabajen y deban reducir su jornada de trabajo, para el cuidado del menor a su cargo afectado por Diabetes tipo 1.

2. Pueden ser trabajadores por cuenta ajena, por cuenta propia y asimilados, cualquiera que sea su sexo, que reduzcan su jornada de trabajo en, al menos, un 50 por 100 de su duración, siempre que reúnan la condición general de estar afiliados y en alta en algún régimen del sistema de la Seguridad Social y acrediten los periodos mínimos de cotización exigibles.

3. El subsidio se reconocerá en proporción al porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.

4. La Diabetes tipo 1 que padezca el menor deberá implicar un ingreso hospitalario de larga duración que requiera su cuidado directo, continuo y permanente, durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. Se considerará asimismo como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave.

5. La acreditación de la enfermedad así como la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente del menor durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad se efectuará mediante declaración cumplimentada por el facultativo del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, responsable de la atención del menor.

6. La **prestación económica** consistirá en un subsidio equivalente al **100% de la base reguladora** establecida para la prestación por incapacidad temporal, derivada de contingencias profesionales aplicando el porcentaje de reducción que experimente la jornada de trabajo.

7. Se tendrá derecho al subsidio desde el día que dé comienzo la reducción de la jornada, habiendo un plazo de **tres meses para solicitarlo** a partir de la reducción de la jornada.

8. El subsidio se reconoce por un **plazo inicial de un mes**, **prorrogable por periodos de dos meses** cuando subsista la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor, que se acreditará mediante declaración del facultativo del Servicio Público de Salud, como máximo, hasta que éste cumpla los **18 años**.



9. El procedimiento se iniciará mediante solicitud de la persona trabajadora dirigida a la Dirección Provincial competente del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o ante la Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que le corresponda. Hasta aquí es bastante clara la norma, pero con su publicación surgieron las primeras dudas, si bien en ciertas enfermedades la concesión de la prestación era inmediata (casos de cáncer o similar) existen otras dolencias como la Diabetes tipo 1 que, a pesar de estar en el listado, ofrecía ciertas dudas interpretativas del siguiente estilo: *¿Exige la diabetes un cuidado directo, continuo y permanente? Y, en el caso de ser así, ¿hasta qué edad? ¿La edad de escolarización o hasta los 18 años que es dónde la norma literalmente pone la frontera?*.

Al principio las mutuas no reconocían de manera unánime dicha prestación, acogiéndose a criterios variados, por ejemplo la escolarización del menor o la autosuficiencia de muchos de estos menores en el cuidado de su diabetes, autosuficiencia ficticia ya que suele ser la “madre” la que está pendiente y disponible a cualquier hora para acercarse al colegio a solventar los problemas, pues son muy pocos los colegios que disponen de personal sanitario con capacidad para atender a estos menores, sien-

do el profesorado en muchas ocasiones quien suplente esta carencia. Los casos que se han judicializado en la vía social han obtenido resultados positivos bien total o parcialmente, sirva como ejemplo la sentencia 492/12 del Juzgado de lo Social nº 29 en la que, de manera muy sencilla, se establece:

“El Anexo I de l Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, que desarrolló reglamentariamente el precepto anterior incluye en el capítulo XVI de e nfermedades de e ndocrinología, nº 109 la diabetes mellitus tipo 1. Ha sido acreditada la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente de la menor por parte de la progenitora mediante los informes médicos de la facultativa pediatra del servicio público de salud que le asistía al tener la menor 13 años en la fecha del hecho causante.

En dicha fecha también la progenitora cumplía el requisito de reducción de jornada superior al 50% siendo la Mutua la responsable del pago conforme al penúltimo apartado del artículo 135 quater de la LGSS”.

Tenemos noticias de otros lugares en donde ha recaído sentencia favorable igualmente, como es en el caso de Barcelona en donde la sentencia estima parcialmente la demanda en el sentido de reconocer la prestación. La estimación parcial se produce



porque a criterio del Juez la prestación en estos casos está plenamente acreditada hasta la edad en que el menor cumple los trece años. No obstante, en ese momento deja la puerta abierta a iniciar un nuevo expediente a criterio del facultativo y los padres del menor. En este caso la Mutua anunció recurso si bien inicialmente se concretaría en impugnar esta manifestación de la edad, sin cuestionar que el derecho a percibir la prestación ha sido acreditado por el momento.

Alguna sentencia más existe e incluso tenemos conocimiento de varios casos en los que se ha admitido directamente la petición y concedido la prestación, sobre todo en aquellos casos de menores no escolarizados, o incluso que estándolo es en edad muy temprana y muy cercanos al debut en la diabetes, donde nadie se atreve a negar la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente.

No tenemos conocimiento de que esta cuestión haya llegado todavía a instancias judiciales superiores (Tribunales Superiores de Justicia de las CC.AA.), y mucho menos de que haya jurisprudencia al respecto en el Tribunal Supremo, no obstante parece claro que procede la prestación si se cumplen los requisitos hasta aquí mencionados.

Funcionarios/as de las Administraciones Públicas a los que se les aplica el EBEP (independientemente del régimen de seguridad social en el que estén incluidos).

Este Real Decreto no será de aplica-

ción al personal funcionario incluido en el ámbito de aplicación de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, que se regirá por lo previsto en el artículo 49.e) de dicha Ley, así como por el resto de normas de Función Pública que se dicten en desarrollo de la misma. En el caso de los funcionarios este derecho se reconoce como un permiso retribuido, por lo tanto el pago no procede de la Seguridad Social sino del mismo organismo para el que trabaja, no siendo realmente una reducción de jornada sino un permiso retribuido, pero entendemos que con las mismas características y requisitos para su concesión.

En los primeros momentos la Administración concedía el permiso durante el período de hospitalización pero no en el período posterior, todo esto consecuencia del criterio de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas que denegaba el permiso una vez fuera del centro hospitalario el menor.

La Defensora del Pueblo emitió una serie de recomendaciones que envió a la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas en las que aconsejaba al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas lo siguiente: *“Que se reexamine y en su caso se modifique el criterio interpretativo expresado por la División de Consultoría, Asesoramiento y Asistencia de Recursos Humanos de la Dirección General de Función Pública en el sentido de*

primeros momentos la Administración concedía el permiso durante el período de hospitalización pero no en el período posterior,

admitir la posibilidad de que, en el caso de enfermedad grave que no sea cáncer, quepa considerar como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento o cuidado del menor tras el diagnóstico de la misma, sin que se exija sistemáticamente

que el ingreso hospitalario prolongado y la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente sean circunstancias que hayan de darse simultáneamente. Que se proceda al desarrollo reglamentario de la previsión contenida en el artículo 49.e) del EBEP,

concretando los supuestos en los que es aplicable, los criterios para la valoración de los documentos que se aporten, los porcentajes de reducción de jornada retribuida que deban concederse por encima del mínimo legal del 50% y los supuestos en los que la continuación del tratamiento o el cuidado del menor en el domicilio pueden considerarse continuación del ingreso hospitalario de larga duración al requerir cuidados directos, continuos y permanentes”.

Gracias a estas recomendaciones de la Defensora del Pueblo el criterio a aplicar ha cambiado y ahora es el que sigue: *“5. Duración y extinción del permiso. La duración del permiso previsto en el artículo 49.e) del EBEP es distinta si se trata de cáncer o de enfermedad grave. Así: a) En el supuesto de cáncer El permiso, en el caso de cáncer, se otorgará tanto para el pe-*



riodo de hospitalización como para el tratamiento continuado. b) En el supuesto de enfermedad grave El permiso, en el caso de enfermedad grave, se otorgará tanto para el período de hospitalización como el tratamiento continuado. Asimismo, una vez diagnosticada la enfermedad, y si en que sea preciso en todo caso que concurra el ingreso hospitalario prolongado, también se podrá otorgar el permiso siempre que se acredite, en los términos indicados con carácter general, que la enfermedad se encuentra en un momento en el que el menor requiere un cuidado directo, continuo y permanente, bien porque esté recibiendo un tratamiento médico; o bien, porque la fase en la que se encuentre la enfermedad así lo requiera. Sin perjuicio de las especificidades aplicables a la duración de cada supuesto, en todo caso, el permiso se extinguirá porque desaparezca la causa que generó su concesión, o cuando el menor alcance la edad de 18 años”.

Fuente:
www.fundaciondiabetes.org

CONCLUSIONES PASOS A SEGUIR Y ALGUNAS RECOMENDACIONES

Las cosas se van aclarando definitivamente a favor de la concesión de dicha prestación, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos establecidos, por lo que, y a modo de resumen os exponemos una serie de recomendaciones, estando a vuestra disposición en el caso de cualquier duda que pudiera surgir durante el procedimiento:

- 1.** En primer lugar hay que dirigirse a la Empresa y Mutua Profesional para informarle de nuestras intenciones así como para solicitar la ayuda de esta última para la tramitación de esta prestación.
- 2.** Hacer hincapié a través del informe médico en los cuidados directos, continuos y permanentes. Cuanto más detallado sea mejor; número de controles diarios, control de la dieta, alteraciones y correcciones continuas, etc., así como el carácter grave de la enfermedad.
- 3.** En el caso de estar escolarizado el menor, justificar la reducción de jornada solicitada presentando un certificado del colegio en el que conste el horario lectivo en donde se explique la compatibilidad de ambas medidas (reducción y horario lectivo).
- 4.** Certificado de la empresa del otro progenitor que justifique su jornada laboral y la imposibilidad de llevar a cabo el control, así como una declaración jurada suya de que no percibe las prestaciones contempladas en la seguridad social para este supuesto (solo se puede otorgar a uno de los progenitores aun cuando sean de distintos regímenes).
- 5.** Informe del Hospital con las visitas periódicas (especialmente en los casos de debut).
- 6.** En el caso de los funcionarios los requisitos son los mismos, no obstante la tramitación será la del permiso del artículo 49.e) del EBEP y a la unidad de personal que corresponda.
- 7.** En el caso de haberse solicitado y haber sido denegada la petición en el pasado:
 - a.) Si es personal funcionario y se denegó por aplicación de los criterios anteriores a las recomendaciones de la Defensora del Pueblo, nada impide iniciar de nuevo una petición con la nueva interpretación de la Dirección General de Función Pública consecuencia de estas recomendaciones.
 - b.) En el caso de haber sido denegada por la Mutua, siempre y cuando no haya recaído sentencia judicial firme, nada impide retomar la petición reclamando dicho derecho. Esperamos que esta información os haya sido de utilidad y aclarado un poco el camino a seguir, no obstante no dudéis en poneros en contacto con nosotros en caso necesario. Juan Manuel Gómez Moreno Abogado

Carpintería de Aluminio **mosquiper**

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

Los pacientes diabéticos pueden tener graves problemas de salud si se inyectan insulina más de una vez con el mismo utensilio

Los diabéticos irán a los tribunales si Sanidad no acredita que se dejará de reutilizar agujas

Fuente: EUROPA PRESS MADRID, 17 Abril 2013

La Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) ha anunciado este miércoles que acudirán a la Justicia si el Ministerio de Sanidad no acredita antes de 2014 que la reutilización de agujas en pacientes diabéticos insulino-dependientes se deja de realizar.

A juicio del presidente de la federación, Ángel Cabrera, esta mala 'praxis' está "prohibida" por la Normativa Europea y la Organización Mundial de la Salud y, por lo tanto, el gabinete jurídico de la entidad se está preparando "para llegar a los tribunales". "Ya no vamos a esperar", zanja.

Por ello, FEDE ha lanzado la campaña 'Contra la reutilización de Agujas', mediante la cual pretende sensibilizar e informar al Ministerio y a las Consejerías de Sanidad del peligro de usar una aguja en más de una ocasión. A partir de ahí, si no se modifica, "vamos a llegar a dónde sea necesario", explica.

Según señala a Europa Press, final de año "sería una buena fecha" para acometer esta acción, pero antes van a optar por reunirse con las Administraciones "para que entren en la dinámica de modificar". Si esto fuera así, habrá un tiempo de observación "en el que evaluaremos y decidiremos si ponemos un Contencioso-Administrativo", indica.

Cuando se observa que algo está prohibido y el propio sistema sanitario "lo admite o mira para otro lado",

llega el momento de afirmar que "este es el tope y hasta aquí hemos llegado", continúa. Para él, si la situación no cambia, no les dejan otra vía, por lo que "el culpable será quién no ha hecho los deberes".

Actualmente, solo las regiones de Murcia, Comunidad Valenciana y Canarias dispensan "correctamente" estos utensilios necesarios para que los diabéticos puedan administrarse la insulina de la que precisan, sostiene Cabrera. Por su parte, y según datos de un estudio realizado en fechas anteriores por el Consejo General de Enfermería y con el respaldo de FEDE, las comunidades en las que la oferta es más deficiente son "Cantabria, Cataluña y País Vasco".

En este sentido, explica que, como el dinero que reciben las comunidades autónomas no es finalista, cada una decide "si se usan en sanidad o en otra cosa". Por ello, ejemplifica que las Consejerías están haciendo faltas y el Ministerio, que es el árbitro, "no está sabiendo pitar". Ante esta situación, Cabrera demanda que las partidas sean "terminales", ya que no es un problema de financiación porque los costes de este material "son muy pequeños". Para él, éste radica en que "no se han puesto a pensar el daño que se puede estar haciendo con esta mala praxis".

Al respecto, sostiene que la reutilización de agujas puede causar "atoramiento de la aguja y pérdida

de esterilidad y lubricante”, lo que se traduce para el paciente en “dolor al pincharse, úlceras cutáneas, deficiencia en la medicación, variabilidad glucémica con hipoglucemias e hiperglucemias, infecciones y que la punta o fragmentos de la misma se queden alojada en la piel y se tenga que intervenir quirúrgicamente”.

Además, es posible que provoque “sangrado y hematomas, laceración del tejido, hiperdistrofias, entrada de aire, cristalización y bloqueo, y mezcla de diferentes tipos de insulina”, mantiene. Todo ello, puede ocasionar “graves problemas de salud”, afirma.

La problemática está extendiéndose, ya que “el 53 por ciento de los 800.000 diabéticos que se inyectan insulina en España lo hacen” “1,8 veces de media con la misma aguja”, expone. Ello se traduce en que

“cada año se reutilizan más de 203 millones de agujas”, lamenta.

Esta coyuntura se produce también “por la falta de percepción del profesional sanitario y “en un 10 por ciento por falta de información del paciente”, indica el máximo representante de FEDE.

Además, éstas representan un coste en farmacia de “25 euros por cada 100 unidades”. En la misma línea se ha mostrado la especialista en Educación Terapéutica y Diabetes del Hospital Punta de Europa de Algeciras (Cádiz), la enfermera Marisa Amaya, que añade que este problema se produce también con las lancetas para la medición del nivel glucémico. “El 80 por ciento de los pacientes las reutiliza

hasta que ya no les sale sangre, lo que acarrea la aparición de callos”, sostiene.

El 10% de los pacientes las usan más de una vez por falta de información

Por esta razón manifiesta que los profesionales “no pueden aconsejar algo que va contra la norma” al tiempo

que sostiene que la reutilización de agujas “es una fuente inagotable de problemas”. Uno de los más graves es la lipohiperdistrofia, que afecta al 72 por ciento de los pacientes y produce que no se absorba la insulina y que, al aumentar la dosis el paciente, se produzcan “hiperglucemias severas”.

De esta forma, apuesta por “instruir al paciente y evitar que reutilice agujas para administrarse el medicamento”. “No podemos evitar que se inyecte varias veces al día, ni modificar la naturaleza de la insulina”, concluye.

ENTREALAMOS
centro residencial de mayores
Dar calidad de vida a los años

www.entrealamos.com



Camino de Caparacena, s/n
(Embalse del Cubillas) Atarfe
18230 GRANADA
Tlf.: 958 53 73 00
info@entrealamos.com



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 hipertriglicerolemia (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



¿por qué es buena la fibra para los diabéticos

**Fuente: Diabetes FEDE
enero/febrero 2013**

La fibra está compuesta por partes no digeribles de los alimentos vegetales. Ayuda a prevenir enfermedades coronarias y el cáncer de intestino. La fibra que comemos procede de la cáscara del grano de algún cereal, de la piel y de la carne de las frutas, así como de la materia dura y fibrosa de los vegetales, la cual, al pasar por el estómago y el intestino, no puede ser descompuesta por los enzimas digestivos y, por lo tanto, no es absorbida por el organismo.

Aunque no posea ningún valor nutricional ni energético, constituye un elemento vital en la dieta diaria. Los alimentos ricos en fibra suelen proporcionar una mayor sensación de saciedad y un menor aporte calórico.

¿Toda la fibra es igual?

No, existen dos tipos de fibra: la soluble y la insoluble. La fibra soluble, como la que se encuentra en las judías y las lentejas, controla los niveles

La fibra es un tipo de hidrato de carbono no digerible que aporta volumen en la dieta y disminuye la digestión y absorción de los hidratos de carbono, lo que mejora el control de la glucosa en sangre.

sanguíneos de glucosa de forma más eficaz que la fibra insoluble y contribuye asimismo a disminuir el colesterol en sangre si éste está alto. La fibra insoluble, como la del salvado de trigo, absorbe agua proporcionando volumen. Esto hace que el consumo de fibra insoluble mejora la protección cardiovascular. La fibra es un tipo de hidrato de carbono no digerible que aporta volumen en la dieta y disminuye la digestión y absorción de los hidratos de carbono, lo que mejora el control de la glucosa en sangre. La digestión sea más lenta, por el mero hecho de que tarda más en romper los alimentos en sus principios inmediatos, de modo que la sensación de saciedad aparece más tarde. A su vez, facilita la evacuación y previene el estreñimiento.

¿Por qué a veces los productos integrales tienen más fibra en algunas etiquetas?

Esto pasa sobre todo si se introduce fibra soluble en el producto. La fibra soluble aporta algo de energía debido a que se absorben los ácidos grasos de su fermentación bajo la acción de la flora intestinal.

¿Cómo se calcula una Ración de Hidratos de los Cereales?

Es muy fácil calcular la cantidad de raciones de hidratos que nos aportan unos cereales integrales. Intentaremos escoger siempre aquellos cereales que en la etiqueta mencionen que llevan el menor contenido en azúcar simple (mejor si el contenido es nulo). Tendrán que llevar una parte de hidrato de carbono, pues viniendo de un cereal es su componente principal. Si no es así,

los valores que nos indican no son ciertos. Por ejemplo, unos cereales simples con fibra contienen, según la etiqueta, 12 gramos de azúcar simple de los 78,4 gramos de hidratos que aportan. Éste es un valor adecuado porque no es ni una cuarta parte del contenido en azúcares. Intentaríamos buscar siempre esta relación, porque en caso contrario no sería una buena elección.

La diferencia a nivel de azúcares entre unos cereales normales para niños y unos con chocolate se ha ido reduciendo estos últimos años, pero aún sigue habiendo esa diferencia. Esto es debido a la concienciación de muchos productores y grandes marcas para disminuir los azúcares simples de muchos de sus productos, obteniendo así productos de más calidad nutricional. La absorción en sangre de los azúcares simples es casi inmediata, de forma que la subida del azúcar en sangre es inmediata.

Una ración de cereales equivale a unos 35 gramos de producto. Por lo tanto, por cada 35 gramos de producto, consumimos 27,4 g de hidratos de carbono. Por lo tanto, como 10 gramos de harinas de cereal = 1 ración de cereales; 27,4 equivalen a 2,7 Raciones de Cereales.

Los beneficios no son solo a nivel de diabetes, sino que la salud cardiovascular también se ve favorecida.

Un aumento en la ingesta de fibra alimentaria también daría otros beneficios en una persona con diabetes. Particularmente si se consume fibra insoluble, bajan las concentraciones plasmáticas de lípidos en los diabéticos tipo 2, lo que conferiría un perfil idóneo de protección cardiovascular. El consumo de 2,5 raciones al día de cereal con grano completo reduce el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular en un 21%

PARA ACABAR, UN MENÚ RICO EN FIBRA

• Desayuno •

1 vaso de leche semidesnatada • Pan o cereales integrales • 1 pieza de fruta.

• Comida •

Espinacas a la crema con un flanecito de arroz integral • Brocheta de pollo y champiñones con salsa de almendras; • 1 pieza de fruta.

• Cena •

Ensalada de tomate y mozzarella con pesto; • Merluza al vapor con aceite de oliva virgen acompañado de una patata pequeña. • Yogur descremado con bifidus.

¿DÓNDE SE ENCUENTRAN LOS CARBOHIDRATOS?

Los diabéticos deben consumir una cantidad de fibra diaria igual o superior a la recomendación de 25g/día. ¿Cómo se puede llegar a estas cantidades?

	FIBRA ALIMENTARIA (g/100 g producto)	MEDIDA CASERA/ RACIÓN INDIVIDUAL	FIBRA ALIMENTARIA (g/ración)
CEREALES Y DERIVADOS			
Salvado de trigo	47	1 cucharada sopera	9,4
Harina de soja	11,9	1 cucharada sopera	2,4
Maíz	11	150 g	16,5
Harina de trigo integral	9,6	1 cucharada sopera	2
Pan integral	8,5	1 rebanada	1,7
LEGUMBRES			
Judías blancas crudas	25,4	80 g	20,3
Habas secas crudas	19	80 g	15,2
Guisantes secos crudos	16,7	80 g	13,4
Garbanzos crudos	15	80 g	12
Soja seca	12	80 g	9,6
Lentejas crudas	11,7	80 g	9,4
Soja fresca	7	100 g	7
Habas frescas	4,2	200 g	8,4
FRUTAS FRESCAS			
Membrillo	6,4	180 g	11,5
Moras	6	Medio bol	9
Plátano	43	100 g	4,3
Kiwi	2,8 2	unidades	4,5
Manzana/Pera	2,3	150 g	3,5
FRUTOS SECOS			
Higos secos	18,5	3 unidades	11,1
Ciruelas secas	16,1	3 unidades	9,7
Almendras	14,5	1 puñado (30 g)	4,4
Castaña seca	10	30 g	3
Avellanas	10	1 puñado (30 g)	3
Cacahuete	8,5	1 puñado (30 g)	2,6
Pasas	6,8	1 puñado (30 g)	2
VERDURAS Y HORTALIZAS			
Acelgas	5,6	250 g	14
Col de bruselas	4,3	250 g	10,8
Alcachofas	3,5	250 g	8,8
Brécol	3	250 g	7,5
Zanahoria	2,7	1 unidad (80 g)	2,2

actividades organizadas por agradi

FERIA DE LA SALUD

Se celebró los días 15, 16 y 17 de marzo 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.



PASEO TURÍSTICO POR LA CARRERA DEL DARRO Y EL PASEO DE LOS TRISTES

Nuestra socia, Inmaculada Lozano, nos deleitó el día 2 de junio con una visita guiada, cuajada de anécdotas históricas, por estos hermosos rincones de nuestra Granada.



FERIA DE LAS ASOCIACIONES

El jueves, 13 de junio de 2013 se ha celebrado la Feria de Asociaciones del Consejo municipal de personas con discapacidad, una actividad relevante que se enmarca dentro del conjunto de actividades relacionadas con el Programa Municipal de Sensibilización Social "Ponte en mi lugar, si tuvieras una discapacidad". Esta feria de asociaciones ha sido un espacio de encuentro asociativo en el que se ha divulgado y dado a conocer a la ciudadanía la actividad y labor que desarrollan las entidades de apoyo a personas con discapacidad, lo que supone un enriquecimiento y un intercambio mutuo de experiencias. Junto a la Concejalía de Familia y Bien-

estar Social, la Concejalía de Deportes ha informado de las actividades de deporte adaptado que organiza para el colectivo de personas con discapacidad. Las entidades del Consejo Municipal de Personas con Discapacidad que han participado han sido:

- 1.-Asociación PANIDE
- 2.-Asociación ALCER
- 3.-Asociación LUPUS
- 4.-Asociación ASPACE
- 5.-Asociación AGRADE
- 6.-Asociación AGREDACE
- 7.-Asociación BORDELIN
- 8.-Asociación Pacientes Cardíacos
- 9.-Asociación AGRAFEM
- 10.-Asociación SAPAME

- 11.-Asociación Síndrome de DOWN
 - 12.-Asociación PARKINSON
 - 13.-Asociación de FIBROSIS QUISTICA
 - 14.-Asoc. de ESCLEROSIS MÚLTIPLE
 - 15.-Asociación AGRAFIM
 - 16.-Asociación GRANABIP
 - 17.-Asociación NEURO-AFEIC
 - 18.-Asociación de Espina Bífida
 - 19.-Asoc. de AUTISMO GRANADA
 - 20.-Asociación LUNA
 - 21.-Asoc. de enfermos de colitis ulcerosa ACCU
 - 22.- AGRADI
- Otras entidades participantes: · FEGRADI · Asociación Sí Podemos



Y TAMBIÉN ESTUVIMOS EN LA TARASCA!!

Nuestro socio, monitor y amigo, Adrián Capilla Núñez, escoltó a La Tarasca en su recorrido inaugural de la Feria de nuestra ciudad. ¡Nunca La Tarasca estuvo tan bien acompañada!



EMPRESAS COLABORADORAS CON AGRADI



GRACIAS POR VUESTRA COLABORACIÓN



LA GALLETA QUE QUIERES



VIRGINIAS

Líderes en productos sin Azúcar



El Pampero

"Artesanos del sabor"

Productos con y sin azúcar



Distribuciones Pérez
Fernández C.B



Bayer HealthCare
Diabetes Care

JUNTOS PODREMOS CONSEGUIR MUCHO MÁS

despedida



Se nos ha ido nuestro socio, Miguel Preciado Azcona, Hermano Agustino Recoleta.

Miguel ha formado parte de Agradi durante siete años y podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que ha sido uno de los socios más participativos.

A todas las actividades que se han organizado a lo largo de estos años ha acudido Miguel, con su perenne sonrisa, su afable mirada, su trato amable...

Si había una charla, allí estaba él, en primera fila, atento al confe-

renciante. ¡Y qué decir si era el Día Mundial de la Diabetes! Cuando bajábamos a instalar la carpa a primera hora de la mañana, Miguel ya nos estaba esperando, sentado en un banco de la Fuente de las Batallas, aguantando el frío, y presto a ayudar o, simplemente, a conversar con los voluntarios.

Ha sido el primero en responder a las convocatorias de Agradi para participar en marchas o manifestaciones, y siempre nos decía: "A mí no me llegará la curación, pero hay que hacerlo por todos los niños". Hermano Miguel, pequeño

de figura pero inmenso de corazón: ha sido un verdadero honor contar contigo como socio, y por eso Agradi no puede menos que rendirte este pequeño tributo.

Allá donde estés (seguro que en un privilegiado y me recidísimo lugar en el cielo) pide por tus hermanos diabéticos, o mejor, cántalo con tu hermosa voz.

**HASTA
SIEMPRE**

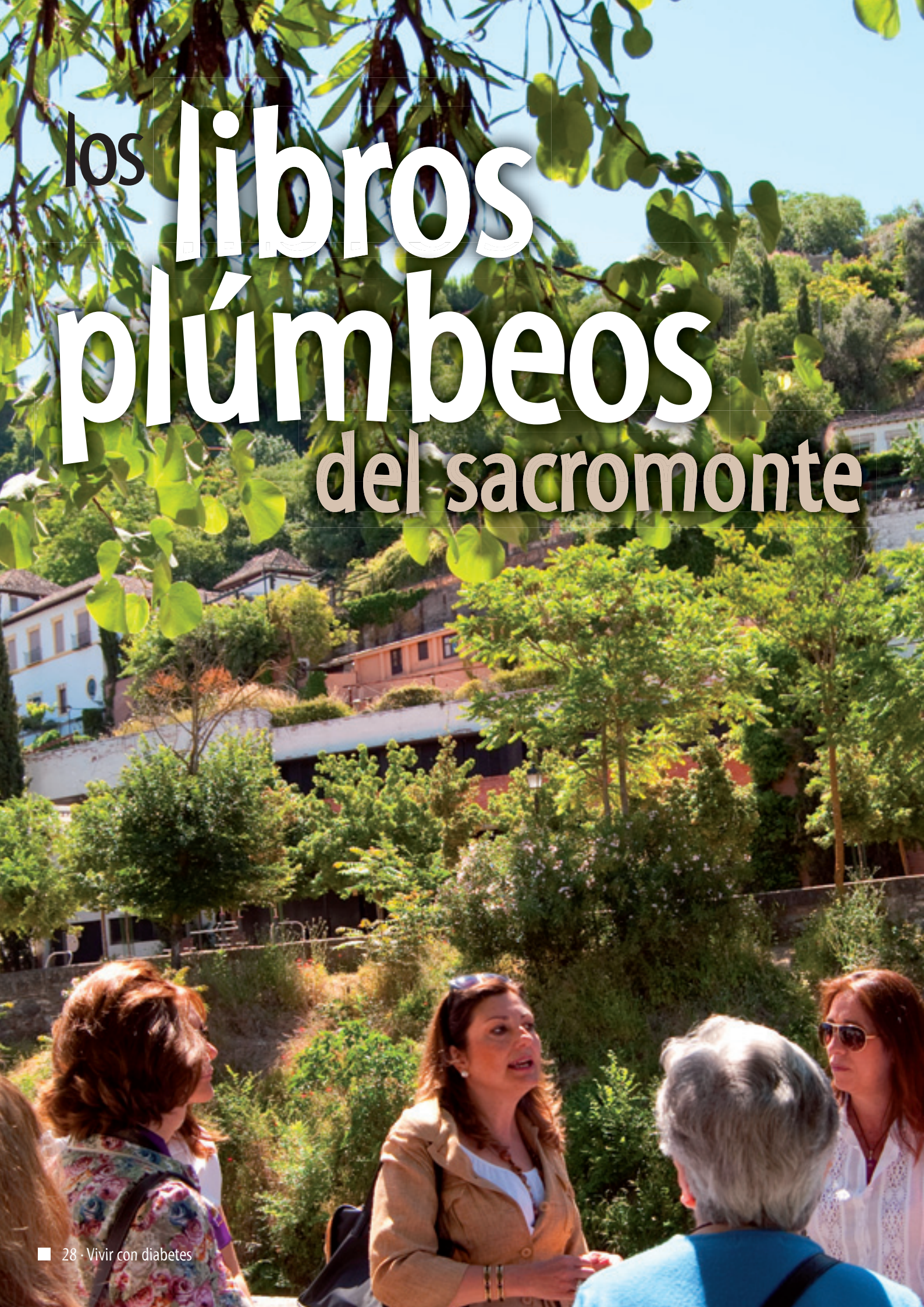


TIENDA DE COLORES. TIENDA DE ILUSIONES.

VEN A CONOCERNOS

C/ MORAL DE LA MAGDALENA 3. GRANADA

WWW.FACEBOOK.COM/LYCKASTORE



los libros plúmbeos del sacromonte



Inmaculada Lozano Rubio

Fue en el año 1588, siendo arzobispo de Granada D. Juan Menéndez de Salvatierra y con motivo de la construcción de la catedral, la indicación del derribo de la torre turpiana, que fue el alminar de la antigua mezquita mayor de la ciudad; hasta ese momento, dicha mezquita ocupaba lo que hoy es la iglesia del Sagrario.

Este hecho, desencadenó un hallazgo en principio fortuito por los obreros moriscos que acometieron el derribo.

El hallazgo consistió en una serie de reliquias (un trocito de hueso y un trozo de tela que se decía pertenecer a la tóca de la Virgen) y un pergamino en el que se relataba el martirio del primer obispo de Granada, San Cecilio, y de otros mártires.

A los pocos años se producen otros hallazgos en el monte Valparaiso, luego llamado Ilipulitano, que es donde está la abadía sacromontana. Los hallazgos consisten en algunos trocitos de huesos que se atribuyeron a San Cecilio, San Tesifón, y a sí hasta un total de doce mártires, además aparecen 22 libros con cubiertas

de plomo, detalle por el que se les concede el adjetivo de plúmbeos.

Estos libros contaban el martirio de dichos santos y aseguraban su origen árabe. Estos dos hallazgos hacen que Granada sea conocida en todo el mundo de la cristiandad y que sea lugar de peregrinaje después de Roma y Jerusalén.

Este auge religioso unido a la investigación de la veracidad de dichos hallazgos darán lugar a la creación de la Abadía del Sacromonte, impulsada por el arzobispo D. Pedro de Castro Cabeza de Vaca, quien siempre creyó en la autenticidad de las reliquias.

Pero estos descubrimientos no encontraron tantos seguidores dentro de la iglesia, de hecho el llamado “proceso de las reliquias” fue llevado a cabo para cuestionar la veracidad, sobre todo de los libros de plomo.

Documentos de este proceso, junto con declaraciones de testigos, se encuentran actualmente en el archivo secreto de la Abadía.

El resultado de todo esto fue una condena tajante del Vaticano de los libros plúmbeos, que fueron llevados a Roma para su estudio y de los

cuales nunca más se supo y jamás volvieron a Granada.

En cambio, las reliquias las dieron por válidas y fueron veneradas.

En la actualidad, se ha puesto un poco de luz a esta trama y sabemos que las reliquias también son falsas y que lo más probable es que fueran depositadas por algunos moriscos relevantes como Alonso del Castillo, médico y filósofo del momento y Miguel de Luna; incluso se ha hablado de la intervención de algún personaje de la familia Venegas, fiel colaboradora de los Reyes Católicos durante la conquista, aunque de origen nazarí.

Se cree que todos ellos urdieron una trama para paliar el odio hacia los moriscos, que era insostenible sobre todo desde la rebelión de 1568. El nexo en común con el Islám de la veneración a María, madre de Jesús (si bien para ellos era un profeta) y, sobre todo, el origen moro de los santos mártires no solo induciría a la reducción de hostilidad hacia los moriscos, sino que supondría conseguir el título de “cristianos viejos” para ellos en un intento desesperado por evitar la inminente expulsión de la tierra que les vio nacer.



diccionario de la diabetes

j

Jet lag

Efecto del desfase horario cuando al realizar largos viajes -cambiando husos horarios- el día se hace más largo o más corto.

L

Lactosa

Tipo de azúcar presente en la leche y los productos lácteos.

LADA

Latent Autoimmune Diabetes in the Adult. Diabetes que habitualmente comienza después de los 30-35 años, en general con síntomas poco llamativos.

Lanans

Científico que descubrió los islotes de Langerhans en el páncreas en 1869.

Lanceta o aguja para punción

Aguja muy fina, que sirve para punccionar la piel y obtener una gota de sangre de la yema del dedo (sangre capilar), para el control de la glucemia.

Lantus

Análogo lento de insulina que con una sola dosis proporciona 24 horas de protección basal.

Laserterapia

Tratamiento mediante el rayo láser, para la cicatrización de heridas. El diabético puede beneficiarse del tratamiento con rayos láser para detener la progresión de la retinopatía. Ver también: Fotocoagulación.

LDL - colesterol

Es una fracción del colesterol sanguíneo que se deposita en los vasos sanguíneos en las personas con diabetes se recomienda que su nivel sea inferior a 100.

Lipoatrofia

Pequeñas irregularidades que se forman en la piel consecutivamente a inyecciones practicadas en un mismo punto.

Lipodistrofia

Pequeños nódulos subcutáneos que se forman en la piel tras haberse practicado repetidamente inyecciones en un mismo punto. Las lipodistrofias no son dañinas. El mejor sistema para evitarlas consiste en cambiar frecuentemente el punto de inyección de insulina. El uso de las nuevas insulinas purificadas reduce mucho esta complicación. Ver también: Rotación de las Inyecciones.

Lipohipertrofia

Crecimiento en el tejido subcutáneo ("nódulos de grasa") que se produce

cuando se inyecta varias veces en la misma área

LDL - colesterol

Es una fracción del colesterol sanguíneo que se deposita en los vasos sanguíneos en las personas con diabetes se recomienda que su nivel sea inferior a 100.

Lípidos

Significa "grasa". El organismo acumula las grasas en los tejidos para la transformación de las mismas en energía de reserva. Si nuestro cuerpo, en determinadas condiciones, requiere más energía, las grasas pueden ser quemadas y transformadas en azúcares.

Lispro

Análogo de Insulina Humana con comienzo de actividad a los 15 minutos, pico máximo de actuación entre 30 y 60 minutos y duración de la acción 3 horas.

Luna de Miel

Periodo al inicio de la diabetes con glucemias normales sin necesidad de insulina exógena que suele prolongarse generalmente unos meses, aunque en los últimos años la insulina exógena se mantiene en la mínima cantidad para no provocar hipoglucemias.

¿sabías que?



SAL GORDA

La sal gorda es un magnífico exfoliante casero, además de astringente y antiséptico. Se mezcla con aceite de oliva para que se deslice suavemente. Hidrata la piel y previene el envejecimiento cutáneo.

PEPINO



Un remedio para las ojeras es colocar una rodaja de pepino frío (de la nevera) sobre los ojos cerrados durante 10 minutos. El pepino tiene propiedades refrescantes, y esto ayuda a que desaparezcan las ojeras con facilidad.

UÑAS SE ROMPEN CON FACILIDAD

Si las uñas se rompen con facilidad, es mejor mantenerlas cortas, no "rasparselas" cuando el esmalte se esté desconchando ya que esto también debilita la superficie de la uña, y tratar de limitar el uso del quitaesmalte a una vez por semana para evitar que se resequen.

CASPA

Para la caspa puedes preparar un tónico, -anticaspa-, hirviendo un litro de agua y cuando está en plena ebullición, echa y deja hervir 5 minutos más, unos tallos y hojas de Apio. Se deja reposar y se aplica sobre el cuero cabelludo.

EVITAR LA HALITOSIS

Para evitar la Halitosis (mal aliento), es recomendable usar una pasta de dientes con Clorofila. Comer en ayunas un melocotón de carne amarilla. Tomar caramelos de menta (sin azúcar, claro). Masticar una ramita de perejil fresco, un clavo de olor o canela en rama, después de las comidas.

QUEMADURAS PEQUEÑAS

Un remedio para las quemaduras pequeñas es aplicar la piel transparente de la cebolla sobre ella para evitar que salga una ampolla, o cortar un trozo de hoja fresca de aloe vera, y aplicar directamente su pulpa sobre la zona afectada, o extender aceite de oliva sobre la zona quemada y luego echar por encima un poco de sal marina. Al principio escuece un poco, pero evita que salga la ampolla. Cubrirlo con una gasa. También el yogourt natural va bien y favorece la cicatrización y curación.

HIPO

Para quitar el hipo puedes respirar el aire de una bolsa de papel. Este remedio es uno de los más simples que se emplean corrientemente para atajar accesos de hipo. A veces da resultados positivos, ya que al practicar este método se respira un aire que, progresivamente, aumenta su contenido de dióxido de carbono (CO₂) y la presencia de éste en la sangre inhibe el hipo. O inspira con fuerza para llenar completamente los pulmones de aire y luego mantén la respiración durante 20 segundos.

ALIVIAR LAS HEMORROIDES



Para aliviar las Hemorroides puedes aplicar directamente la pulpa del aloe vera sobre la parte afectada, o coger la gelatina del aloe y con papel de aluminio o transparente hacer unos pequeños supositorios que meterás en el congelador. Una vez congelados, sacarlos, quitarle la envoltura y aplicarlo como un supositorio normal y corriente.

¡vamos a comer bien!

» ENSALADA DE LACITOS CON LENTEJAS



• PARA 4 PERSONAS •

100 g. de lenteja roja.
500 ml. de caldo de pescado
150 g. lacitos sin huevo
sal, pimienta, aceite de oliva, perejil
1 cebolla y 1 zanahoria
100 g. de remolacha en conserva
100 g. de puerro
2 cucharadas de zumo de limón
1 cucharadita de guindilla molida
1 cucharadita de pimentón
150 g. de carne ahumada

» PASTEL DE ESPINACAS



• PARA 12 PORCIONES •

125 g. de queso fresco desnatado
3 huevos y 1 yema
Sal, 1 pizca de azúcar, aceite vegetal
3 cucharadas de leche semidesnatada
260 g de harina tipo 550
1 kg de espinacas
1 cebolla.
Pimienta
1 pizca de pimentón dulce y nuez moscada
200 ml. de crema de soja
50 g. de queso gruyere rallado
Grasa para el molde

» BATIDO DE MELÓN



• PARA 4 PERSONAS •

2 Gajos melón maduro
2 Cucharadas de zumo de limón
400 ml. de zumo de naranja
300 ml. de leche semidesnatada
Trocitos de naranja
Hojitas de menta para decorar



Elaboración

1 - Lave las lentejas y échelas en una olla grande; vierta el caldo. Cueza las lentejas a fuego medio unos 10 minutos. En una cazuela con abundante agua y sal, cueza la pasta al dente según las instrucciones del envase.

2 - Pele la cebolla y píquela. Lave la zanahoria, pélela y córtela en bastoncitos. Corte la remolacha en tiras. Limpie bien el puerro y córtelo en aros finos.

3 - Mezcle el zumo de limón con el aceite y añádale sal, pimienta, guindilla molida y pimentón al gusto. Corte la carne ahumada en tiras finas. Lave el perejil, séquelo y píquelo.

4 - Escorra las lentejas y la pasta y páselas por agua fría. Deje

que se enfríen del todo. A continuación, mézclelos con la zanahoria, el puerro, la cebolla y la carne. Aliñe la ensalada con la salsa, repártala entre los platos y sírvala

- Tiempo de preparación: 25 minutos (más el tiempo de enfriamiento)
- Información nutricional:
360 Kcal./1510 Kilo julios, aproximadamente.
18 g. Proteínas, 11 g. Grasas ,
4 Raciones Hidratos de Carbono

Elaboración

1 - En un cuenco, mezcle bien el queso con la yema, un poco de sal, el azúcar la leche y el aceite vegetal. Añada 250 g. de harina y trabájela hasta obtener una masa homogénea. Déjela reposar 10 minutos.

2 - Extienda la masa en la encimera y después forre con ella un molde engrasado de 22 cm. de diámetro. Pinche la masa varias veces con un tenedor y déjelo enfriar tapada. Precaliente el horno a 200° c. con la circulación de aire activada, a 180° c.).

3 - Escoja y limpie las espinacas. Estando aún húmedas, échelas en un cazo y cuézalas con su propio vapor, sin dejar de remover. Saque las espinacas del cazo, escúrralas bien y píquelas. Pele la cebolla y píquela también.

4 - Caliente el aceite de oliva en una sartén y sofríe la cebolla y las espinacas. Sazónela con sal, pimienta, pimentón y nuez moscada y déjela enfriar.

5 - Mezcle el resto de la harina con los huevos batidos, la crema, y el queso, y agregue las espinacas. Distribuya la pasta sobre la masa y hornee el pastel unos 45 minutos. Una vez apagado el horno, déjelo dentro otros 10 minutos. Sírvalo caliente.

- Tiempo de preparación: 30 minutos (más el tiempo de reposo)
- Información nutricional:
200 Kcal./ 860 Kilo julios, aproximadamente.
11 g. Proteínas, 17 g. Grasas , 1,5 Raciones HC/porción

Elaboración

1 - Pele el melón y quítele los pepitas con una cuchara. Pique la pulpa, reserve unos trocitos y triture el resto en la batidora. Incorpore el zumo de limón.

2 -Añada la leche y el zumo de naranja y vuelva a batirlo bien todo junto.

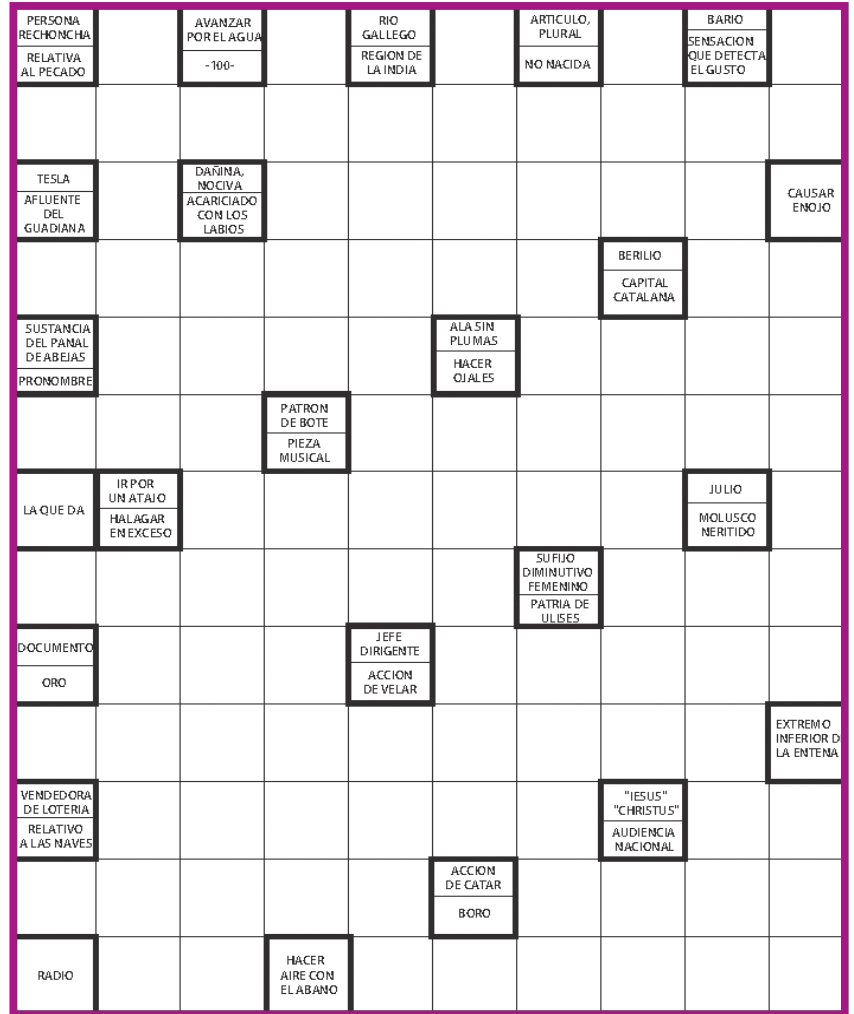
3 - Sirva el batido de melón en 4 vasos de tubo adornados con trocitos de fruta y hojitas de menta.



- Tiempo de preparación:
10 minutos
- Información nutricional:
110 Kcal./460 Kilo julios, aproximadamente.
4 g. Proteínas, 1 g. Grasas ,
1,5 Raciones Hidratos de Carbono

pasatiempos

autodefinido



diferencias



Encuentra las diez diferencias entre estas dos imágenes que se le han colado al dibujante al copiar estos dos dibujos ¿serás capaz?

sopa de letras

Localiza, en las letras del recuadro el nombre de los dieciséis dibujos que te proponemos, teniendo en cuenta que se pueden leer en todas direcciones.



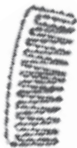






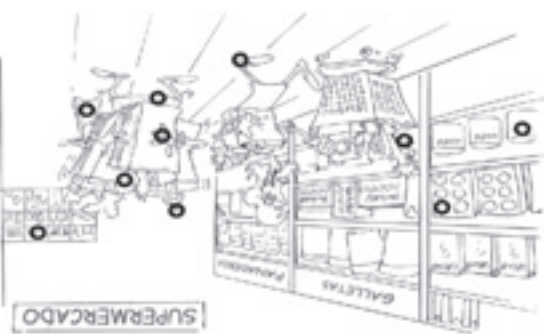






C	A	R	A	M	E	L	O	S	M	E	C	A	L	O	L
O	Y	L	A	R	G	Ñ	U	I	M	S	O	Q	V	R	L
W	E	I	B	F	O	R	Y	W	A	S	O	U	O	A	A
A	T	A	N	A	L	T	A	V	O	Z	O	B	L	O	V
H	S	A	Q	U	R	O	A	T	M	C	O	B	O	B	E
E	A	O	C	A	P	R	L	L	O	L	B	A	O	L	I
A	T	R	A	R	I	E	C	H	L	S	C	E	A	L	N
F	P	E	E	Z	K	D	I	I	D	O	R	H	O	N	G
A	A	C	H	L	S	A	P	I	N	T	E	D	I	S	L
S	V	S	A	O	A	E	I	G	E	O	E	L	U	L	E
B	E	I	P	T	C	C	L	N	I	S	O	U	R	Ñ	S
D	R	O	Z	A	D	O	S	E	P	P	R	S	I	L	A
C	A	H	U	Q	U	P	F	E	M	R	N	P	E	N	T
E	L	N	J	E	C	A	R	A	E	C	A	T	O	O	O
A	J	E	P	I	H	T	R	C	A	O	A	W	S	R	I
Y	N	R	O	D	A	L	L	I	N	R	O	T	S	E	D
U	M	L	E	D	O	I	T	K	C	O	A	B	I	L	A
K	A	R	O	T	E	O	L	N	A	D	R	P	O	A	K
E	N	R	L	W	S	S	A	R	O	O	A	B	O	H	A
A	O	A	Q	P	N	A	H	R	A	N	O	N	O	S	N
P	E	I	N	E	A	V	A	C	A	I	E	C	O	E	W

soluciones







agradi

¡asóciate!

JUNTOS PODREMOS CONSEGUIR MUCHO MÁS

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