



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ADMINISTRACION



MITOS Y CREENCIAS POPULARES SOBRE DIABETES Y SU RELACIÓN EN EL CUIDADO DE SALUD

AUTORES:

Br. Moraes, Eduardo
Br. Rodríguez, Luis
Br. Santana, Carlos
Br. Tomasco, Andrés
Br. Wilkinson, Roberto

TUTORES:

Lic. Enf. Josefina Verde

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2007

AGRADECIMIENTOS

- A los funcionarios del Hospital de Clínicas por su participación voluntaria.
- A nuestra tutora Licenciada en Enfermería Josefina Verde por guiarnos durante el desarrollo del trabajo.
- A los docentes de la Facultad de Enfermería que colaboraron con el desarrollo de este trabajo.
- A los profesionales que colaboraron en las distintas actividades.
- A los docentes de la Cátedra de Administración por brindarnos los materiales necesarios para llevar a cabo la recolección de datos.
- A Laboratorios ROCHE.
- A los estudiantes pertenecientes a la cátedra de Adulto y Anciano quienes participaron en la recolección de datos.

INDICE

Introducción.....	Pág. 4
Justificación	Pág. 5
Antecedentes.....	Pág. 7
Tema de Investigación.....	Pág. 12
Marco Conceptual.....	Pág. 13
Metodología.....	Pág. 22
Variables.....	Pág. 23
Técnica de recolección de la información.....	Pág. 28
Resultados.....	Pág. 30
Conclusiones.....	Pág. 43
Sugerencias.....	Pág. 45
Bibliografía.....	Pág. 46
Anexos.....	Pág. 47

INTRODUCCIÓN

El presente protocolo de investigación fue elaborado por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería pertenecientes a la Facultad de Enfermería, se enmarca en una línea de investigación perteneciente a la Cátedra de Administración.

El día 14 de Noviembre del año 2005 se conmemoró el día Mundial de la Diabetes Mellitus por lo cual, la Facultad de Enfermería a través de las Cátedras de Administración y Adulto y Anciano, en conjunto con la División Enfermería del Hospital de Clínicas y otros servicios (Nutrición y Podología) realizan una actividad de promoción, educación y despistaje.

La misma se dirigió a los Funcionarios del Hospital de Clínicas y se cumplió en el horario de 8:00 a 17.00 hs.

El trabajo se organizó en catorce grupos encargados de la convocatoria, entrevista, medición y actividad educativa.

Dentro del tema "Diabetes", nuestro trabajo de investigación es conocer la información que poseen acerca de la misma y creencias populares existentes en los funcionarios del Hospital de Clínicas. El propósito es estimar la relación entre éstas y las conductas de salud.

JUSTIFICACION

Si bien las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo y en el Uruguay, no debemos restar menor importancia a la diabetes que se encuentra en sexto lugar y viene en aumento.

Esta enfermedad puede ser asintomática pasando inadvertida por muchos años y las consecuencias en muchos casos pueden llegar a ser fatales si no es vigilada y tratada a tiempo.

Esta es una afección perteneciente al grupo de las enfermedades crónicas, cuya prevalencia va en aumento a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen en el mundo 180 millones de personas que padecen dicha enfermedad y las proyecciones para el año 2025 son de 300 millones. Este aumento de la frecuencia se genera fundamentalmente a expensas de la diabetes tipo 2, a la que pertenecen entre el 90 y el 95 % de todos los diabéticos, siendo entre el 5 a 10% restante diabéticos tipo 1.¹

Las causas que generan este crecimiento no están relacionadas con el aumento de la población en el mundo, que es porcentualmente muy inferior, sino fundamentalmente con factores como envejecimiento de la población y aumento de la obesidad y el sedentarismo.

Según el último estudio realizado en julio del 2004, las estimaciones de prevalencia de la diabetes en Uruguay, a partir de las cuales se inicia esta encuesta, es de 7 % de la población, que actualmente significaría 180.000 diabéticos, de los cuales 18.000 (10%) serían de Tipo 1 y 162.000 (90%) de Tipo 2. De éstos últimos, del 30 al 50 % se presumen no diagnosticados, de acuerdo a estudios internacionales. Este grupo de personas que desconocen su condición de diabéticos se encuentra expuesto a sus complicaciones.²

Los diabéticos no tratados tienen alto riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y un 70 % de éstos la padecen y ellas son: trastornos circulatorios en los miembros inferiores, retinopatía diabética, infarto al corazón y/o cerebro, falla renal e hipertensión arterial.

La diabetes es considerada un factor de riesgo modificable ya que observando los consejos fundamentales como son dieta, ejercicio, medicación, y control periódico, el diabético puede vivir una vida normal y sin complicaciones.³

Por ser una enfermedad de fácil tratamiento y diagnóstico sencillo, poco costoso y que a menudo causa complicaciones mortales si ésta no se trata, es importante la educación en todas las personas. El conocimiento de los riesgos y el buen control de la enfermedad ayudan a prevenir sus complicaciones ofreciendo una buena calidad de vida.

¹ Organización Mundial de la Salud

² Encuesta de Prevalencia de la Diabetes en el Uruguay

³ www.cardiosalud.org.uy

En los no diabéticos, la adecuada información sobre los factores de riesgo (obesidad, sedentarismo, alimentación inadecuada) puede ayudar a controlarlos minimizando las posibilidades de desarrollar la enfermedad. La importancia de conocer la información y las creencias acerca de la diabetes, se vincula con la posibilidad de modificar aquellos conceptos erróneos y fortalecer los correctos.

Es significativo saber la incidencia de la información como determinante de conductas de salud generadas por las personas. La información de una persona se desarrolla a lo largo de toda su vida como resultado de su educación, su cultura, y sus experiencias vitales puede ser un obstáculo para lograr un cuidado eficaz de su diabetes. Sin embargo no deben ser ignorados o descartados los mitos y creencias sin explorar, explicar y utilizarse como base sobre los elementos esenciales para la atención de la enfermedad y su educación.

ANTECEDENTES

Estudio realizado por el Instituto Nacional de Enfermería, Universidad de la Republica, Montevideo, Uruguay, durante el año 2003 en la ciudad de Montevideo.

Resumen

Este trabajo de investigación consistió en un estudio descriptivo, desarrollado en el ámbito comunitario, sobre la existencia o no de creencias populares acerca del tratamiento de la Diabetes Mellitus en la población uruguaya.

La población estuvo conformada por adultos cuyas edades oscilaron entre 20 y 79 años, residentes en Montevideo.

Para el desarrollo de este trabajo, se realizaron en una primera instancia 2 intervenciones al total de la población seleccionada, una de información televisiva acerca del desarrollo del estudio de prevalencia de la Diabetes Mellitus en el Uruguay, y otra a efectos de ajustar los datos para determinar el tamaño muestral; para la misma se realizó un primer relevamiento de información, en un total de 800 viviendas. La muestra fue seleccionada aleatoriamente, con un orden de selección preestablecido y su número fue de 625 individuos.

Para la ejecución de la segunda etapa, se llevaron a cabo 2 instancias de intervención a la muestra obtenida, una de información escrita a través del envío de una carta y otra de relevamiento de información a cada una de las personas.

Luego del análisis de la información obtenida y la determinación de la existencia o no de creencias populares con respecto a la Diabetes Mellitus en la población uruguaya, este trabajo afirma que se cree que es una enfermedad no curable, destaca a su vez, a pesar de la afirmación anterior, que un alto porcentaje cree que se trata de una enfermedad curable. También existe la creencia de que las personas se enferman de Diabetes por causas relacionadas con la alimentación, la herencia, el estilo de vida y las alteraciones emocionales.

Con respecto a la existencia de creencias acerca de terapias del tratamiento alternativo, la población en su mayoría no las conoce; el menor porcentaje de la misma que posee conocimientos respecto a alguna terapia alternativa, conoce el uso de la Fitoterapia (hierbas), en su mayoría.

La mayoría de las personas desconocen la utilidad específica de dichas terapias. El principal origen del conocimiento de las mismas es a través de la transmisión familiar.

Además afirma que la gran mayoría de las personas encuestadas que sufren de Diabetes Mellitus manifiestan cumplir con el tratamiento convencional.

Por último un número menor de diabéticos utiliza para su tratamiento alguna terapia alternativa, siendo la Fitoterapia la más utilizada, a pesar de que la mayoría percibe que no han obtenido logros satisfactorios.

Trisha Dunning Catedrática de Endocrinología e Investigación sobre Enfermería de Diabetes en el departamento de Endocrinología y Diabetes y Facultad de Enfermería del Hospital de St. Vincent y Universidad de Melbourne, en Victoria Australia, la Sección Consultiva sobre Educación Diabética (SCED), de Federación Nacional de Diabetes (FID), ha estado recopilando información sobre ideas sobre Diabetes que se han convertido en mitos, provenientes de todo el mundo:

Resumen (Ver Anexo III)

- Comer azúcar produce Diabetes?
- Si no necesitas medicarte, entonces solo tienes una "Diabetes Leve"?
- Diabetes tipo 1 es más grave que la de tipo 2?
- Cuando las personas con Diabetes tipo 2 comienzan una terapia con insulina, están en la "etapa final" de Diabetes?
- Diabetes es una Enfermedad de ricos?
- Las medicinas tradicionales son más inocuas que los tratamientos actuales porque no tienen efectos secundarios?
- Las personas con diabetes deberían comer alimentos especiales para diabéticos?
- Los alimentos que se comercializan para las personas con diabetes no ofrecen ningún beneficio especial?
- Los diabéticos deben evitar las 3 P: pan, pastas y papas?
- Los diabéticos son más propensos a padecer infecciones?
- El hacer mucho ejercicio puede empeorar mi diabetes?
- Las mujeres con diabetes no pueden tener hijos?
- Tengo "poquita" o "muy ligera" diabetes?
- La diabetes puede ser contagiosa?
- Cómo se explica que varios miembros de una misma familia la padezcan?

Mitos de la Diabetes Mellitus y la educación diabetológica

Resumen (Ver Anexo IV)

Dr. Stan De Loach, Asesor en Diabetes, Diplomado de Educación en Diabetes, Educador en Diabetes Certificado.

La persona con Diabetes Mellitus necesita de asesoría oportuna y conocimiento confiable sobre la condición; requiere de información que tenga fundamento científico comprobado. Así, podrá usar la información y la educación diabetológica para prevenir las complicaciones y para facilitar la relación con el médico y los otros miembros del equipo de la salud.

Por ejemplo, le conviene a la persona con Diabetes Mellitus saber los valores normales de azúcar en sangre (glucemia) y sus propios valores para poder juzgar la calidad de su tratamiento médico y profesional y de su autotratamiento de la condición. La persona informada y educada diabetológicamente puede asegurarse, en comunicación con el médico y el Educador en Diabetes Certificado, de la normalidad de su presión arterial, de los niveles de grasas en su sangre y de la presencia (o no) de las complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus.

Las mejores herramientas contra las complicaciones desagradables de la Diabetes Mellitus son la educación diabetológica y el conocimiento actualizado del tratamiento y autotratamiento de la condición. La mayoría de las actividades y las conductas que pueden entrañar una situación de riesgo para una persona con la enfermedad se trata de descuidos, de excesos o de una falta de educación diabetológica.

Al inicio, comprender la Diabetes y practicar su tratamiento constituyen un reto. Pero, la Diabetes, como toda condición crónica, puede ser entendida y aceptada; la educación diabetológica facilita la comprensión de ésta no sólo por enseñar la alimentación correcta, la técnica moderna de calcular y aplicar la insulina y la necesidad y función de las actividades físicas en la vida de una persona con Diabetes Mellitus, sino también por aclarar dudas y puntos confusos, especialmente los que, siendo aceptados erróneamente, podrían tener consecuencias dañinas, destructivas o fatales.

En el caso de la Diabetes Mellitus, existen una gran cantidad de información y creencias incompletas o equivocadas y además un gran desconocimiento sobre la enfermedad.

Estos mitos errados, que aquí se comentan profesional, honesta y ampliamente, tienen aceptación incluso entre las mismas personas que padecen la Diabetes Mellitus.

Cuando es errónea, la información contenida en estos 59 mitos representa un peligro porque podría ser motivo de los descuidos y excesos que empeoran, a largo y a corto plazo. Los mitos comentados podrían ser interpretados como formas de explicar hechos o situaciones difíciles de entender o de aceptar. En la mayoría de los casos sin embargo, estas explicaciones mitológicas no se sustentan en la realidad y pueden contribuir a la creación de conceptos y motivaciones erradas. Incluso pueden ocasionar serios errores en el tratamiento y autotratamiento de la condición.

Para evitar errores peligrosos, pequeños y grandes, en el tratamiento y autotratamiento de la Diabetes, es útil reflexionar sobre el tema de los mitos de la Diabetes. Buena parte de la "mitología" que persiste en torno a ésta es producto de la falta de información correcta o del desconocimiento. Cada día hay avances en la comprensión de la DM y de sus efectos sobre el cuerpo humano. También y como resultado, la utilidad y la veracidad de los mitos se alteran.

Mitos acerca de la Diabetes Mellitus (DM)

- Es posible tener solo un "Poco de Azúcar" o una Diabetes Mellitus "leve" o "al margen"?
- La Diabetes Mellitus "ligera" no requiere de las inyecciones de insulina para el óptimo control de la Diabetes Mellitus
- La Diabetes Mellitus Tipo 2 no es tan seria como la Diabetes Mellitus Tipo 1; la Diabetes Mellitus Tipo 2 es una Diabetes Mellitus "buena" y la Diabetes Mellitus tipo 1 es una Diabetes Mellitus "mala".
- La Diabetes Mellitus es una condición seria solamente si requiere de tratamiento con la insulina
- La Diabetes Mellitus gestacional (DMG) es igual a la Diabetes tipo 2
- La Diabetes Mellitus es una de las más horribles condiciones crónicas
- La Diabetes Mellitus es una condición crónica que afecta sólo a los ricos
- Un "susto," "impresión" o "coraje" causa la Diabetes Mellitus
- El consumo desmedido de dulces y azúcar es lo que provoca o causa la Diabetes Mellitus
- La Diabetes Mellitus es una condición hereditaria
- La Diabetes Mellitus se hereda por la línea materna
- La Diabetes Mellitus es contagiosa
- Existe una epidemia mundial de la Diabetes Mellitus
- El hecho de ser obeso es lo que "causa" la Diabetes Mellitus tipo 2
- La Diabetes Mellitus es curable
- Existen médicos, vacunas, terapias, hierbas y alimentos que curan la Diabetes Mellitus
- El homeópata y los tratamientos naturistas o de la medicina alternativa curan la Diabetes Mellitus.
- La insulina cura la Diabetes Mellitus
- Si la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 baja de peso, se le cura la Diabetes Mellitus
- El nopal cura la Diabetes Mellitus y controla la glucosa sanguínea
- Si los niños desarrollan la Diabetes Mellitus tipo 1, tarde o temprano la superarán
- Las píldoras (los antidiabéticos orales) para la Diabetes Mellitus tipo 2 son insulina oral
- Niveles altos de glucosa sanguínea indican un caso severo de Diabetes Mellitus
- La necesidad de utilizar la insulina para controlar la Diabetes Mellitus tipo 2 es indicación de tener un caso severo
- La persona con Diabetes Mellitus tipo 2 que empieza a utilizar la insulina está en la "fase final" de la condición.
- Un aumento en la dosis de insulina recetada por el médico indica que la DM se ha empeorado
- El sentirse bien y sin síntomas quiere decir que no hay por qué preocuparse por el nivel de glucosa en la sangre.
- En ayunas, un valor normal de glucosa en sangre es de 200 mg/dL.
- Las personas con Diabetes Mellitus que utilizan la insulina se hacen adictas a ella
- El uso de la insulina causa la ceguera
- Al inyectarse la insulina o tomar pastillas antidiabéticas, una persona con Diabetes Mellitus puede comer lo que quiera

- Una persona con Diabetes Mellitus no puede comer de todo
- La persona con Diabetes Mellitus sólo debe comprar y comer productos "dietéticos" o "light"
- Las personas con Diabetes Mellitus tienen prohibidas las 3 P (pan, pastas, y postres)
- Únicamente los alimentos como son el pan, la tortilla, el arroz, la pasta y los cereales suben el nivel de glucosa en la sangre
- La persona que tiene Diabetes Mellitus no puede comer los carbohidratos (CHOs)
- Una persona con Diabetes Mellitus tipo 1 ó Diabetes Mellitus tipo 2 nunca debe comer el azúcar o los dulces
- Una persona con Diabetes Mellitus puede comer la miel de abeja porque es un alimento natural
- Todas las verduras son libres en el plan de alimentación de una persona con Diabetes Mellitus
- Está prohibido consumir alcohol y bebidas alcohólicas cuando una persona tiene Diabetes Mellitus
- El aceite vegetal engorda menos que la grasa animal
- Los productos naturales pueden reemplazar los medicamentos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus
- El cuerpo humano puede digerir solamente un tipo de alimento a la vez
- Los alimentos elaborados son menos nutritivos que los alimentos crudos
- Los conservadores contenidos en los productos alimenticios comercializados perjudican la salud humana
- La sacarina produce cáncer
- Los endulzantes o edulcorantes artificiales producen cáncer
- Los sustitutos de azúcar no sirven para hornear
- Hay muchos trabajos que la persona con Diabetes Mellitus no es capaz de realizar
- La persona con Diabetes Mellitus no debe conducir coche, barco, avión, helicóptero, bicicleta
- Los niños con Diabetes Mellitus no pueden viajar en avión
- Las personas con Diabetes Mellitus, sean niños, adolescentes o adultos, deben limitar su actividad física y no pueden practicar los deportes o el ejercicio físico
- Una persona con Diabetes Mellitus requiere de riguroso ejercicio físico
- Las personas con Diabetes Mellitus (niños, adolescentes y adultos) deben evitar las fiestas
- La Diabetes Mellitus impide a las mujeres tener hijos y ellas no deben de embarazarse
- La Diabetes Mellitus causa la amputación de los pies
- Da el mismo resultado medir la glucosa en la sangre que en la orina
- Dentro de éste tema tan amplio como es la Diabetes Mellitus nos parece importante citar también trabajos de investigación acerca de la insulina.
- ¿Si mi doctor me dice que necesito un tratamiento con insulina, eso significa que ya tengo daños en mi corazón, ojos y demás órganos?
- Ya que la insulina se inyecta ¿Se puede volver uno adicto, como las "drogas en la calle" que la gente se inyecta y ya nunca se puede parar?
- Mi tío tiene diabetes, y no tenía problemas con su corazón hasta que el doctor le recetó insulina. ¿Cómo se puede saber si fue la diabetes y no la insulina lo que le causo su problema al corazón?

TEMA DE INVESTIGACIÓN

- Información y Creencias populares sobre Diabetes Mellitus y su relación con el cuidado de la salud.

PROBLEMA

- ¿Cuál es la Información y Creencias populares sobre Diabetes Mellitus y su relación con las conductas de salud en los funcionarios del Hospital de Clínicas?

OBJETIVO

- Identificar la información y Creencias populares sobre la Diabetes Mellitus.
- Analizar como afectan los cuidados de la salud.

MARCO CONCEPTUAL

Breve reseña histórica sobre Diabetes

Para esto debemos trasladarnos hacia el año 1550 a.C. A pesar de los síntomas de la enfermedad desde hace mucho tiempo, no fue hasta el siglo II cuando Areteo de Capadocia habla de Diabetes, que proviene del griego "Diabainein", que significa atravesar. Lo llamo así por la rapidez con que las personas con diabetes orinaban todo lo que bebían.

La primera referencia escrita sobre la Diabetes fue por Fou Georg Ebers en 1862, quién descubrió una tumba de Tebas en Egipto con un pequeño papiro que describía una enfermedad caracterizada por la abundante eliminación de orina.

Los médicos Hindúes por lo tanto, la describen en libros hacia el año 600 a.C. La existencia de una enfermedad que provoca sed, pérdida de peso muy rápidamente, pérdida de fuerza y la orina que eliminaban los enfermos atraían a las hormigas por su gusto dulce.

No es sino hasta el siglo XVII que Thomas Willis se le ocurrió probar la orina de un diabético y comprobó que tenía gusto dulce. De este hecho surge la palabra Mellitus que significa con gusto a miel.

Un importante acontecimiento para ésta enfermedad sin duda fue el descubrimiento de la insulina, realizado por Frederick G. Banting y Charles H. Best, en Toronto, en el año 1921, lo que siguió con la industrialización del producto que comenzó a utilizarse en forma masiva. En el año 1923 se administró por primera vez insulina a un paciente diabético, empleando una hormona provista por Bernardo Houssai, quien la utilizó como fines experimentales. La insulina constituye un hito en la historia de la enfermedad; los enfermos tenían menos probabilidades de morir a causa de una descompensación acidótica, pero la prolongación de la vida trajo como consecuencia el incremento de las complicaciones degenerativa.

Diabetes Mellitus:

Según Organización Mundial de Salud (OMS), define Diabetes como un estado de hiperglucemia crónica (es decir, un estado de concentración excesiva de glucosa en la sangre) producido por numerosos factores ambientales y genéticos que frecuentemente actúan juntos.

El principal regulador de la concentración de glucosa en la sangre es la insulina, hormona que sintetizan y segregan las células B (beta) de los Islotes de Langerhans del páncreas.

La hiperglucemia puede obedecer a una falta de insulina o un exceso de los factores que se oponen a su acción. Este desequilibrio origina anomalías en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos. Es una enfermedad crónica, es decir que requiere atención durante toda la vida.

Criterios de diagnóstico según la ADA (American Diabetes Association), en 1997 OMS (Organización Mundial de la Salud) 1998. Se considera Diagnóstico de Diabetes Mellitus cuando existe un nivel de glicemia basal mayor o igual a 126mg/dl. Un valor alterado se ha de confirmar en dos días diferentes. La determinación debe hacerse en plasma venoso tras ocho horas de ayuno y reposo nocturno.

Clasificación etiológica de Diabetes Mellitus:

- Diabetes Mellitus tipo1
- Diabetes Mellitus tipo2
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes gestacional.

Mecanismo de Producción de la Enfermedad

En Diabetes Mellitus tipo 1:

Las células betas del páncreas que normalmente produce insulina son destruidas por un proceso auto inmune por lo que se requiere inyecciones de insulina para controlar niveles de glucosa en sangre.

Visto como una enfermedad en la cual la insulina está virtualmente ausente; el páncreas no responde a los estímulos secretorios habituales. La consecuencia de la ausencia de secreción de insulina es básicamente un catabolismo general al nivel de los tres metabolismos básicos.

A nivel del metabolismo glucídico se produce una glucogenolisis hepática y una neoglucogénesis a partir de los aminoácidos, lo que causa hiperglucemia.

El aumento de metabolito filtrables en el ámbito renal (glucosa y cuerpos cetónicos) produce una diuresis osmótica, con arrastre de agua, sodio, potasio, cloro, bicarbonato y otros electrolitos. Esta alteración metabólica da como resultado la hiperglucemia, hiperaminoacidemia, cetonemia, acidosis metabólica, deshidratación, hipovolemia, shock y eventualmente a trastornos de la conciencia que pueden llegar al coma.

Si la concentración de glucosa en sangre es suficientemente alta, los riñones no puede reabsorber toda la que se filtra, entonces aparece glucosa en la orina; como resultado de la pérdida elevada de líquidos, el paciente experimenta mayor flujo urinario (poliuria), sed excesiva (polidipsia). La deficiencia de insulina altera el metabolismo de proteínas y grasas, que conlleva a la pérdida de peso y el paciente presenta mayor apetito (polifagia).

Puede presentarse en niños jóvenes y adultos menores de 30 años; comienzo brusco, inestabilidad metabólica. La etiología puede ser por herencia, virus o auto inmunidad. El tratamiento es con plan alimenticio, ejercicios físicos e insulina.

La diabetes Mellitus tipo 2 o no insulina dependiente:

Suele presentarse en adultos mayores de 40 años, obesos y no obesos, comienzo insidioso, estabilidad metabólica. La etiología se debe a la herencia, factores como la obesidad, sedentarismo, dieta rica en calorías y grasa y exceso en el consumo de azúcares refinados.

Los obesos son el 85% de los diabéticos Mellitus tipo 2 y en ellos hay una resistencia periférica a la insulina, tejidos sobrecargados de tejido grasos, lo que produce una dificultad para aclarar los nutrientes de la circulación.

Los no obesos tendrían un defecto en la fase inicial de la liberación de insulina frente al estímulo de la glucosa por una alteración primaria en las células B del páncreas; si estas células son incapaces de continuar con la creciente demanda de insulina, la glicemia se eleva y se desarrolla diabetes tipo 2.

En este tipo hay persistencia de secreción de insulina y por lo tanto estos pacientes no necesitan de la insulina exógena para sobrevivir. Sea cual sea la alteración biológica básica, la Diabetes Mellitus tipo 2 se define por una serie de hechos negativos: es no cética, no hay asociación con el antígeno HLA del cromosoma 6 y no hay dependencia de la insulina.

Debido a la intolerancia progresiva, lenta a la glucosa, el inicio de la diabetes tipo 2 quizá pase inadvertido por muchos años. Si se experimentan síntomas, por lo general son ligeros e incluyen fatiga, irritabilidad, poliuria, polidipsia, heridas en la piel que cicatrizan mal, infecciones vaginales o visión borrosa.

En la mayoría de estos pacientes se descubre de manera accidental cuando se realizan pruebas de laboratorio. Las consecuencias de la diabetes no descubierta durante muchos años derivan en las complicaciones a largo plazo, las cuales se desarrollaran antes de ejecutar el diagnóstico real.

La conducta a seguir en éstos pacientes es la dieta, ejercicio físico y medicación oral y en algunos casos los pacientes del tipo 2 pueden requerir tratamiento con insulina.

Factores de Riesgo:

➤ **Edad:**

En la diabetes tipo 1 se presenta mayormente entre los 10 y los 13 años. En la diabetes tipo 2 presenta cifras máximas en la vejez, en obesos la mayor incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años.

➤ **Genéticos:**

La existencia de antecedentes de diabetes se recoge en 12.7% de los casos mientras que solo ocurre en el 2% de la población afectada.

➤ **Nutrición:**

Los países en los que se ha producido occidentalización de los hábitos dietéticos (alto consumo de hidratos de carbonos simples y disminución de la ingesta de fibras y un mayor sedentarismo), muestran un aumento sostenido de la prevalencia de la obesidad y diabetes.

➤ **Virus:**

Es posible origen viral de la Diabetes Mellitus tipo 1, se basa en la observación metodológica. Los virus implicados con mayor frecuencia han sido: Coxsackie B, el de la Rubéola, y el de la parotiditis.

➤ **Obesidad:**

Es el factor más estrechamente ligado con la posterior aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2. El riesgo global de la población obesa es de 2.9 mayor que la población no obesa llegando a ser de 3.8 veces mayor que en el grupo de edad de 20 a 40 años.

Hábitos acerca de la Diabetes Mellitus

Un hábito es una pauta de comportamiento que con el tiempo, a base de repetirlo, se convierte en un acto no consciente.

Para que un diabético asimile hábitos saludables debemos basarnos en los tres pilares del esquema terapéutico de la Diabetes Mellitus: la alimentación, ejercicio físico y tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes e insulina), estos son fundamentales y deben estar en equilibrio de forma que si uno de ellos se queda corto, se desequilibra respecto a los otros dos y el tratamiento de la diabetes no resultara satisfactorio.

En esta época las bases del tratamiento de la diabetes dejan de ser la alimentación, el ejercicio y los fármacos, mas la educación diabetológica, para empezar a aceptarse que esta educación es el marco que engloba los otros tres conceptos, dentro del cual se desarrollan.

El tratamiento de la diabetes debe ser contemplado desde una perspectiva holística, es decir biomédica y psicosocioeducativa al mismo tiempo. Para que el tratamiento sea eficaz, se debe considerar al diabético como una persona en el sentido más integral de la palabra. Si se conoce mejor a la persona afecta de diabetes y su entorno familiar, laboral y social, así como sus rasgos psicológicos, se podrá personalizar adecuadamente el tratamiento y, por tanto, hacerlo más eficaz.

Se toma conciencia de que si no se es capaz de motivar, entusiasmar y mantener el interés constante del diabético para que tome parte activa en su tratamiento adquiriendo hábitos saludables y desprendiéndose de aquellos que sean nocivos, no se conseguirán resultados satisfactorios.

Dieta

La dieta es el pilar fundamental sobre el que descansa el tratamiento. Al proporcionar los nutrientes y calorías apropiados a cada paciente es factible llevarlo y mantenerlo en el peso ideal, además de obtener un mejor control metabólico, minimizar las fluctuaciones de la glucemia tanto en ayuno como durante el periodo posprandial, mediante un balance adecuado de carbohidratos, proteínas y grasas. Esto influye favorablemente sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad y la limitación de la progresión de los cambios degenerativos que se manifiestan como complicaciones, y consecuentemente en el incremento de los años de vida saludable.

Para lograr el equilibrio entre los grupos de alimentos, la tendencia actual es administrar al diabético un porcentaje de hidratos de carbono similar al de una persona sana y reducir el aporte graso, en especial las grasas saturadas y el colesterol, debido a que los pacientes sometidos a este tipo de dietas presentan una menor incidencia de complicaciones y por lo tanto la morbilidad y mortalidad condicionadas por la enfermedad disminuyen.

- **Hidratos de carbono:** Un individuo sano consume diariamente en una dieta normal entre 120 a 300 g de hidratos de carbono, que representan 50% de las calorías totales y se constituyen por carbohidratos simples y complejos. Para calcular el aporte en hidratos de carbono es necesario hacer las siguientes consideraciones:

- El requerimiento mínimo diario es de 50 g para evitar la cetosis condicionada por el catabolismo proteico y graso.

- Son preferibles los carbohidratos complejos, que tienen la característica de absorberse lentamente debido a la liberación gradual al torrente circulatorio de la glucosa que contienen, por lo que ejercen una acción moduladora sobre la concentración evitando las bruscas oscilaciones que condicionan hiperglucemia.

- El aumento en el consumo de carbohidratos simples o complejos incrementa el nivel de triglicéridos.

- **Fibra insoluble:** La incorporación de fibra insoluble a la dieta como el salvado ha demostrado ser útil en el control de la Diabetes Mellitus 2, al disminuir los niveles de glucemia por el secuestro intestinal de glucosa y lípidos.
- **Grasa:** El aporte de grasas en la dieta normal corresponde hasta 40% de las calorías totales; en los diabéticos se debe reducir a 30% e integrarse fundamentalmente por grasas insaturadas para reducir la ingesta de colesterol a cifras menores de 300 mg por día y disminuir el riesgo de aterogénesis.
- **Proteínas:** Para prevenir el daño renal en los diabéticos las proteínas se calculan a 0.8 g/kg de peso corporal / día en lugar de 1 g/kg/día. En los que ya tienen nefropatía la restricción es mayor (0.6 g/kg/día) para reducir la proteinuria y retrasar la progresión hacia insuficiencia renal.
- **Sal:** La cantidad de sal debe reducirse a 3 g/día debido a que en el diabético la hiperinsulinemia condicionada por la enfermedad incrementa la reabsorción renal de Na⁺ y de forma alterna estimula el sistema simpático, lo que favorece la asociación de hipertensión arterial y diabetes.
- **Vitaminas:** Los aportes de ácido ascórbico y vitaminas A y E son elementos complementarios de la dieta del diabético que tienen efecto benéfico al actuar como secuestradores de radicales libres, implicados en el desarrollo de aterosclerosis. El suministro de piridoxina reduce la proporción de hemoglobina glucosilada.
- **Edulcorantes:** Se pueden permitir edulcorantes como la sacarina en cantidades < 500 mg/día o aspartame < 50 mg/día. El sorbitol, manitol y fructosa contienen las mismas calorías que la glucosa, por lo que se debe tener cuidado con ellas.

Puesto que el peso corporal influye profundamente en la etiopatogenia de la Diabetes Mellitus 2, en los requerimientos insulínicos y en el control de la glucosa, la ingestión calórica adecuada es la clave del plan de nutrición. El plan de alimentación debe individualizarse y las proporciones de nutrientes dependerán de los objetivos que se tengan con cada paciente.

Las calorías se dividen en los tres alimentos principales de la siguiente forma: desayuno 20%, comida de 20 a 30%, cena de 20 a 30% y en dos o tres pequeñas colaciones entre comidas de 10% cada una.

En pacientes que realizan ejercicio físico se debe calcular un aporte calórico adicional. Para conocer el aporte que se proporciona en la dieta se recomienda utilizar el sistema de intercambio de alimentos diseñado por la American Dietetic Association y American Diabetes Association (cuadro II), que divide en seis listas básicas los grupos alimenticios que contienen aproximadamente la misma cantidad de hidratos de carbono, proteínas, grasas y calorías por ración, lo que facilita el diseño de la dieta de acuerdo con las características del paciente.

Ejercicio o Actividad Física.

El ejercicio físico es un recurso auxiliar importante en la atención del diabético, con el que se obtiene un mayor beneficio cuando el programa se diseña con base en la condición física, motivación e intereses de cada paciente. El músculo entrenado aumenta la sensibilidad a la insulina y las contracciones musculares repetidas facilitan el transporte de glucosa, de modo que el ejercicio tiene un doble efecto beneficioso en la diabetes: favorece la disminución de la glucosa (cuando hay suficiente insulina circulante) y contrarresta la resistencia a la insulina, alteración característica de la Diabetes Mellitus no Insulino Dependiente.

Como otras ventajas se destacan: su contribución al control de peso, mejoramiento de la función cardiovascular y respiratoria, reducción de la concentración total de colesterol sanguíneo, fortalecimiento de los músculos y aparato locomotor, así como también controla la ansiedad y el stress. Se recomienda que el ejercicio sea de tipo aeróbico y de intensidad moderada.

Tratamiento Farmacológico

Se debe considerar éste cuando no se puede lograr niveles plasmáticos de glucosa cercanos a las cifras normales con la terapia nutricional y el ejercicio físico; en este caso el médico decidirá la mejor alternativa farmacológica para el paciente.

Insulina:

Su utilización es inexcusable en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente y debe valorarse cuidadosamente en la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente. En el primer caso, representara la sustitución de una sustancia que es deficitaria en el organismo, de modo que se precisarán pautas de administración que se asemejen el máximo posible a la secreción fisiológica. En el caso de la Diabetes Mellitus Insulino Dependiente, la insulina exógena complementara la acción de la endógena y podrá en ocasiones disminuir la insulinoresistencia.

Hipoglucemiantes orales:

Son los fármacos más utilizados para el tratamiento de la Diabetes Mellitus No Insulino Dependiente. Disminuyen la glucosa por mecanismos diversos. Su elección, que debe hacerse pensando en términos fisiopatológicos, dependerá de las características clínicas del paciente.

INFORMACION

Los mitos son relatos fundadores que los miembros de una sociedad se transmite de generación en generación desde los tiempos mas antiguos. El tiempo ocupa, en segundo lugar, una posición capital en la definición del mito, no solamente porque legitima desde el interior al discurso mítico como palabra fundadora, sino también porque desempeña un papel determinante en el proceso de fabricación del mito en tanto que objeto. Para que un acontecimiento, una historia, una narración, siempre singular de partida se convierta en mito, deben darse dos condiciones. Por una parte, es necesario que sus elementos entren en una relación con el conjunto de mitos del pueblo en cuestión, y por otra parte de que se olvide, se desdibuje, su origen individual para convertirse en una historia general, formándose estos dos aspectos fundamentales a través de una única y misma dimensión que es el tiempo.

El mito, por lo que tiene de lenguaje, no podía ser totalmente arbitrario, estar totalmente desprovisto de sentido. Esta visión se va a mantener a comienzo del siglo XIX, marcado por los descubrimientos conjuntos del cuento folklórico europeo y de los textos sagrados de la India. A parte de su irracionalidad el mito presenta ya dos rasgos suplementarios: una gran diversidad formal (relato fundador, textos sagrados, cuento infantil, etc) y la universidad de algunos motivos (el diluvio, los discursos, el tramposo, etc).⁴

En el diccionario, un mito se define como "un conjunto de creencias e imágenes idealizadas sobre personajes o fenómenos." Los mitos se presentan en distintas áreas de la vida humana, y abundan en cuanto a la Diabetes Mellitus. Reconocer su existencia mitológica es el primer paso en el proceso educativo que sirve para reemplazarlos con las bases actualizadas y correctas. Es vital que la persona afectada por la enfermedad esté plenamente informada sobre las afirmaciones reales y las que no tienen sustento; muchas veces su salud y su vida dependen de la calidad de su conocimiento.

El termino mito (relato falso con sentido oculto, narración, discurso, palabra emotivo), refiere un relato que tiene explicación o simbología muy profunda para una cultura en la cual ser presenta una explicación divina del origen, existencia y desarrollo de una civilización.

Los mitos se describen por una parte como relatos tradicionales relativos a la historia más relativa de la gente a que explican un fenómeno natural o social; por otro lado representan creencias ampliamente extendida aunque falsas.

El mito esta formado con historia reales objetivos y/o cuentos tradicionales que surgen de las personas; combinan hechos reales y fantasías e incorporan acontecimientos cruciales, personas importantes y los grandes temas de la historia. Cada uno tiene diferentes versiones de lo que sucede, de acuerdo a los significados atribuidos a los hechos y a la importancia relativa de las personas.

La función del Mito es ser un instrumento que guía, que enseña como la realidad debe ser leída. Es un paradigma que da las pautas de cómo debe actuar, que muestra un

⁴ Diccionario Anál. "Etnología y Antropología"

camino, que difícilmente es cuestionado por las personas, porque esta en juego el sentimiento de persona.

En este contexto, puede considerarse a un mito como un tipo de creencia establecido, habitualmente a través de varias generaciones, con relación a ciertos hechos improbables y sorprendentes que, de acuerdo al mito, han sucedido en la realidad, los cuales no son posibles de ser verificados de manera objetiva. Pero incluso los hechos históricos pueden servir como mitos si son importantes para una cultura determinada.

Si relacionamos esto con el tema encontramos que hay muchas verdades a medias, exageraciones y distorsiones de la realidad en torno a Diabetes que caen dentro de estas dos categorías: por ejemplo, que la diabetes es causada por un justo castigo de los dioses, o que los niños que comen demasiado dulce tendrán diabetes. Los mitos que a menudo pasan de una generación a otra como historia oral representan un vínculo entre las generaciones pasadas y presentes. Como tales, a menudo contienen elementos que son verdad. Sin embargo algunos mitos podrían actuar como obstáculo ante el progreso y, como sucede con el cuidado de la diabetes, resultar dañinos.

Un control eficaz de la diabetes no solo exige una atención médica amplia, es educación diabética y que la persona sepa cuidarse. La práctica del cuidado personal se ve influida por sus conocimientos sobre diabetes, su habilidad física para realizar tareas como el análisis de glucosa en sangre, el apoyo que recibe de su familia y del personal sanitario y sus propias creencias.

El filósofo inglés David Hume consideraba la creencia como la más enigmática de las operaciones del entendimiento. Los antropólogos intentaron durante algún tiempo compartir las interrogantes de los filósofos y admitir a la vez, por eso mismo, al menos alguno de ellos, el carácter enormemente problemático de la atribución de una creencia a la otra. En efecto, se admitía comúnmente que los etnólogos debían concentrarse en el campo y analizar las creencias de las sociedades que estudiaban como si se tratase de experiencias observables cuya designación con éste término no exige ningún examen previo.

La reducción de la creencia a su objeto, cuando no a las modalidades de su supuesta expresión (los ritos especialmente) a sus representaciones sociales, se basa en un postulado casi generalmente admitido: la Universalidad de la Aptitud para la creencia (Needham, 1972). No existirá ninguna sociedad sin "sistema de creencia". Las culturas solo difieren entre sí en los contenidos de sus creencias; los hombres creerían de igual forma. Ahora bien, curiosamente, mientras que el concepto occidental de creencia, aplicado en particular a la experiencia religiosa, evoca como mínimo un estado de tensión permanente entre la duda y la fe, la manera de creer durante mucho tiempo atribuida sin más a las sociedades llamadas primitivas es una especie de certidumbre tranquila, de admisión de una vez por todas. Las creencias tendrían el aspecto del dogma o de la idea recibida. El carácter universal otorgado así, implícitamente o por una decisión de métodos, a una modalidad de convicción que no recubre en ningún caso el concepto occidental, se ha definido constantemente una actitud científica respecto a ella.

En representación de las creencias primitivas o populares bajo los rasgos de una adhesión ciega, y la posición en la que se encierra consecuentemente los etnólogos, han

presidido los motivos de interpretación que sucesivamente se han impuesto en antropología..

Habría entonces que esperar a los años 70 para que algún antropólogo sacasen algunas conclusiones de esta verdad evidente enunciada en 1965 por E. E. Evans-Pritchard: las creencias no se observan. Pero si bien su realidad no es directamente accesible a la observación, y sin embargo los etnólogos no dudan en designar con este término una actitud mental necesariamente inferida de los ritos y las costumbres y que se encontraría en todas las sociedades, entonces es que la creencia plantea un problema que no es solamente el de la racionalidad o de la irracionalidad de los creyentes, sino también el de la armazón conceptual del saber antropológico, un problema epistemológico.⁵

Una creencia es un modelo creado por la mente para satisfacer un deseo, pues se desconoce una alternativa racional para hacerlo. Por lo que todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea). Puede creerse cualquier cosa, y cuando se cree en algo, tendemos a actuar como si dicha creencia fuera verdadera.

Una creencia puede tener o no base empírica. Las creencias religiosas, basadas en la fe, no tienen base empírica, lo que hace que las opuestas al conocimiento científico, que se construye a partir de datos obtenidos mediante el método experimental o a través de datos precisos.

Las fuentes de las creencias son varias: externa, cuando se originan en explicaciones dadas por la gente para la comprensión de ciertos fenómenos; o internas cuando surgen del propio pensamiento y convicciones.

⁵ Diccionario Akal "Etnología y Antropología"

METODOLOGIA

Diseño Metodológico:

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Universo:

Todos lo funcionarios del Hospital de Clínicas

Muestra:

Es una muestra por conveniencia que se conforma por los funcionarios que concurren a la actividad planificada el día 14 de noviembre y acceden a participar de las actividades previstas.

Criterios de Inclusión:

- Ser funcionario del Hospital de Clínicas.
- Participar de la jornada en el horario comprendido de 08:00 a 17:00hs.

VARIABLES

I) Variables de caracterización

Sexo:

Definición Conceptual:

Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.

Definición Operacional:

Observación de las Características externas por el encuestador

Categorías

- Masculino

- Femenino

Tipo de variable:

Variable cualitativa nominal.

Edad:

Definición conceptual:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo a la fecha actual.

Definición Operacional:

Respuesta brindada por parte del usuario sobre los años cumplidos.

Categorías

- 18 – 30 adultos jóvenes

- 31 - 45 adulto

- 46 – 60 adulto medio

- 61 – 75 adulto mayor

Tipo de variable:

Variable cuantitativa continúa.

Diabetes:

Definición Conceptual:

Es la concentración excesiva de glucosa en sangre producida por diferentes factores como ser ambientales y genéticos. Estado de hiperglucemia crónica como respuesta al déficit total o parcial de la Insulina o una mala acción de la misma en los receptores periféricos.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre la afectación por esta patología

Categorías

- Diabético

- No Diabético

Tipo de Variable:

Variable cualitativa nominal.

II) Información

Variable compleja que se traduce en la información y las creencias que tienen las personas pudiendo éstas ser o no correctas. Se explora a través del conocimiento que expresan las personas en relación con los siguientes indicadores:

Causas de la Diabetes Mellitus:

Definición Conceptual:

Percepción acerca de los agentes que originan la enfermedad.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre los factores etiológicos

Categorías:

- Herencia
- Obesidad
- Strees
- Consumo de Azúcar
- Hipertensión
- Alteración en el Páncreas
- Sedentarismo
- No sabe / No contesta

Tipo de Variable:

Variable cualitativa nominal.

Posibilidad de curación

Definición Conceptual:

Percepción acerca de la existencia de alguna cura de la enfermedad.

Definición Operativa:

Respuesta del funcionario sobre la posibilidad de remisión de la enfermedad.

Categoría:

- Si
- No
- No sabe / No contesta

Tipo de Variable:

Cualitativa nominal

III) Conductas de Salud

Fuma:

Definición Conceptual:

Acción por la cual una persona inhala el humo de los cigarrillos, pipas o cigarros que fuma y/o fuman otras personas.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre el consumo de tabaco.

Categorías

- SI
- NO

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa nominal

Patrón de Alimentación:***Definición Conceptual:***

Frecuencia de ingesta de los siguientes alimentos: frutas, verduras, fiambres, cereales (arroz, fideos, pan) frituras, manteca, dulces, carnes rojas, pollo y pescado.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario

Categorías

- Por día
- Por semana
- Ocasionalmente

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa nominal

Índice de masa corporal:***Definición Conceptual:***

Relación existente entre el peso corporal en kilogramos y la altura en metros de un individuo que nos permite saber el estado nutricional de una persona.

Definición Operativa:

Medición y cálculo. Dato obtenido a partir de las mediciones en el funcionario

Categoría:

- Bajo peso < 20
- Peso normal 20- 24
- Sobrepeso 25 - 29
- Obesidad > 30

Tipo de Variable:

Cualitativa nominal

Para Diabéticos:**Riesgo de complicaciones*****Definición Conceptual:***

Posibilidad de desarrollar complicaciones en diferentes sectores del organismo

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario en relación a las posibles complicaciones de la enfermedad.

Categorías

- Correcto (Cuando menciona por lo menos 3)
- Incorrecto
- No sabe / No contesta

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa Nominal

Fuente de información*Definición Conceptual:*

Medio por el cual la persona obtiene la información acerca de la enfermedad.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre el origen de su conocimiento

Categorías

- Médico
- Folletería
- Equipo
- Internet
- Asociación de Diabetes del Uruguay
- Enfermería

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa Nominal

Cumple plan de alimentación*Definición Conceptual:*

Ingesta en tiempo y forma de alimentos relacionados con la regulación de la dieta en el proceso de su salud – enfermedad, cumpliendo con los principios nutricionales.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre el acceso a las pauta de tratamiento dietético

Categorías

- Cumple
- No cumple

Tipo de Variable:

Variable cualitativa nominal.

Cuidado de los Pies*Definición Conceptual:*

Conocimiento que posee una persona acerca del cuidado que requieren los pies.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario en éste caso.

Categorías

- Correcta- incompleta
- Correcta-completa
- Errónea
- Sin datos

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa Nominal

Frecuencia del control de glicemia

Definición Conceptual:

Frecuencia con la que una persona se realiza control de su Diabetes dependiendo del tiempo y de las necesidades que crea necesario.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre la frecuencia de determinación de glicemia.

Categorías

- Una vez al día
- Una vez por semana
- Una vez al mes.
- Cada 3 meses
- Sin datos

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa Nominal

Frecuencia del Control médico

Definición Conceptual:

Frecuencia con la que una persona se realiza control dependiendo del tiempo y de la indicación del medico.

Definición Operacional:

Información brindada por el usuario sobre la frecuencia del control profesional de su patología.

Categorías

- 1 – 3 meses
- 4 – 6 meses
- 7 meses – 1 año
- > 1 año

Tipo de Variable:

Variable Cualitativa Nominal

TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Los datos se recopilaron mediante la utilización del instrumento de la investigación, un cuestionario para determinar el perfil de la población.

El cuestionario está estructurado en alternativa de solución múltiple con entrevista, con consentimiento firmado por el participante el cual fue elaborado exclusivamente para este trabajo de investigación, así como la obtención de medidas antropométricas con la utilización de balanzas y tallometro, control de presión arterial, y control de glicemia mediante el hemo-gluco-test. (Sistema Accucheck Sensor- Lab Roche)

Se definió un protocolo para uniformar los procedimientos. (Ver anexo)

Se ensambló un circuito donde los funcionarios pasaban por las diferentes mesas en las cuales se realizaron las distintas actividades para la recolección de información.

Al comienzo del circuito se obtiene la información general del usuario que consiste en nombre, sexo, edad, procedencia entre otras; y la información sobre los factores de riesgo y las conductas. Luego se realizará la primera toma de presión arterial dado que la segunda es realizada a los cinco minutos debido a que una toma sola no es significativa según pautas de la Asociación Nacional de Hipertensión Arterial.

En otra instancia se efectúa el control de medidas antropométricas, determinando así el Índice de Masa Corporal, para luego pasar al control de glicemia (HGT).

Cabe destacar que a aquellos funcionarios que tuviesen diagnosticada diabetes, se les realizaba preguntas contenidas en el formulario que eran exclusivas para diabéticos como por ejemplo: a que edad y como se le diagnostico, si recibe o no tratamiento médico y farmacológico etc.

Aspectos éticos:

Los funcionarios firmaban un consentimiento informado donde se expresaba que la información sería utilizada para una investigación, conservándose el anonimato.

Recursos Humanos:

Investigadores:

- Cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Cátedra de Administración, Facultad de Enfermería.

Recursos Materiales:

- Cuestionario
- Lápices
- Mesas
- Sillas
- Hemoglucotest Equipo Accucheck Sensor
- Tirillas
- Esfigmomanómetros
- Estetoscopios
- Tallometro
- Balanza
- Cronómetros
- Folletos

Los recursos financieros para los distintos materiales y el desarrollo de la actividad fueron proporcionados por la Facultad de Enfermería, Laboratorio Roche Internacional, así como la Sociedad de Diabéticos e Hipertensos del Uruguay.

Los datos fueron procesados en un paquete informático Epi6 y el análisis realizado por los titulares de la investigación

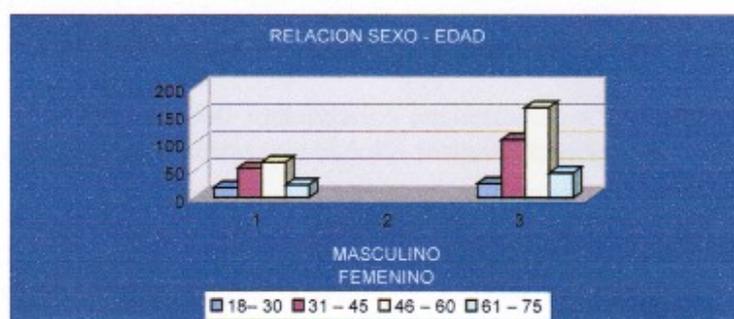
RESULTADOS

I) Variables de caracterización:

TABLA N° 1

Distribución de la población según la relación entre la edad y el sexo.

RANGO DE EDAD	MASCULINO	FR %	FEMENINO	FR %
18- 30	18	11.4	26	7.7
31 - 45	53	33.5	105	30.9
46 - 60	64	40.5	164	48.2
61 - 75	23	14.6	45	13.2
TOTAL	158	100	340	100



El presente análisis se basa en una muestra de 500 funcionarios públicos pertenecientes al Hospital de Clínicas. Se utilizó como instrumento un formulario del cual se obtuvo los siguientes datos: el 68 % de la población encuestada corresponden al sexo femenino mientras que el 31.6 % al sexo masculino.

En relación a la edad tenemos 44 personas dentro del rango de 18 a 30 años (esto corresponde al 8.8%), entre 31 y 45 años 158 personas siendo el 31.6%, entre 46 y 60 años 228 personas representando en porcentaje 45.6% y mayores a 60 años 68 personas correspondiendo al 13.6%. Cabe destacar que no se obtuvieron datos de dos personas en lo referente a la edad y estos representan el 0.4%.

Si relacionamos las variables sexo y edad se desprende que: entre 18 a 30 años el 7.7% pertenece al sexo femenino y el 11.4% al masculino; entre 31 y 45 años 30.9% corresponde al sexo femenino mientras que el 33.5% son masculinos; entre 46 y 60 años el 48.2% son femenino y el 40.5% son masculinos; dentro de los funcionarios de entre 61 y 75 años 13.2% son femeninos y el 14.6% corresponden a masculinos.

Como se observa la población que más participó en la actividad son las comprendidas en el grupo etario de 46 a 60 años. Esto puede estar relacionado a una mayor sensibilización por parte de la población a partir de la cuarta década de vida, etapa en la que puede dar inicio a determinados alteraciones en el estado de salud.

TABLA N° 2

Distribución de la población según padecimiento de diabetes.

DIABETES	FA	FR %
DIABETICO	27	5.4
NO DIABETICO	473	94.6
TOTAL	500	100



De los 500 funcionarios encuestados se observa que el 94.6% refieren no ser diabéticos, mientras que el 5.4% restante manifestaron ser diabéticos.

Según el censo realizado en el 2001 sobre prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 hay un 3.1% de la población que no sabe que es diabética, tomando en cuenta este dato existe una gran posibilidad de estar incluyendo en el 94.6% a individuos que desconocen su diagnóstico médico y que pueden ser diabéticos sin saberlo.

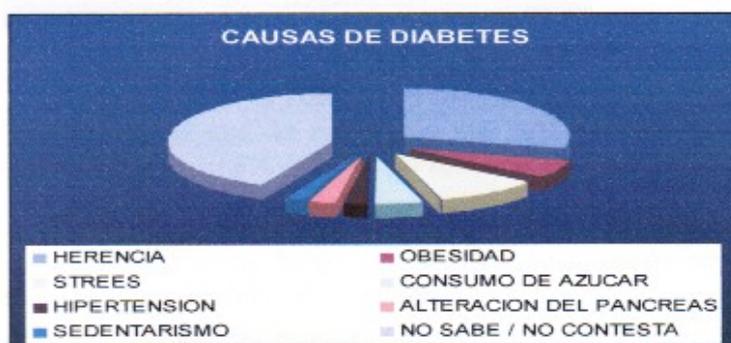
En relación al control de glicemia mayor a 1,26 mg/dl, se obtiene que 20 corresponden al sexo femenino de las cuales 6 son diabéticas y 14 no diagnosticadas como diabéticas; 24 corresponde al sexo masculino donde 6 son diabéticos y 18 no son diagnosticados.

II) Información

TABLA N° 3

Distribución de la población según la información que poseen sobre las causas de la diabetes.

CAUSAS DE LA DIABETES	FA	FR %
HERENCIA	144	28.8
OBESIDAD	33	6.6
STREES	51	10.2
CONSUMO DE AZUCAR	24	4.8
HIPERTENSION	11	2.2
ALTERACION DEL PANCREAS	13	2.6
SEDENTARISMO	10	2
NO SABE / NO CONTESTA	214	42.8
TOTAL	500	100



Con respecto a la información sobre las causas que originan la Diabetes Mellitus el 42.8% no sabe o no contesta la pregunta. De los que sí creen conocer las causas el 28.8% la relacionan a la herencia, 10.2% la relacionan al stress, otras causas referidas las componen obesidad con un 6.6%, alteraciones del páncreas con un 2.6%, sedentarismo con un 2%.

Tenemos que el 42.8% de la población no saben y/o no contestan la pregunta acerca del cual es el origen de la enfermedad; sumado a que un 2.2 % expresa ser la Hipertensión Arterial la causa de la Diabetes; y que un 4.8 % refiere que es el consumo de azúcar, llegando así a un total de 49.8 % con falta de conocimiento acerca de la causas del origen de la Diabetes Mellitus.

Este dato sirve de gran importancia para futuras investigaciones, así como actividades educativas en la prevención y promoción de la Diabetes Mellitus.

TABLA N° 4

Distribución de la población según la información que poseen sobre el pronóstico de la patología.

POSIBILIDAD DE CURA	FA	FR%
SI	180	36
NO	266	53.2
NO SABE	54	10.8
TOTAL	500	100



Acercas de si la Diabetes es curable o no, se obtuvieron los siguientes datos: el 53.2% contestó que no es curable, un 36% expresó que la Diabetes si es curable mientras que el 10.8% contestó no saber.

Es de destacar que casi la mitad de la población encuestada manifiesta información errónea, lo que puede estar relacionado con la falta de conocimiento acerca de la posibilidad de curación.

III) Conductas de Salud

TABLA N° 5

Distribución de la población según el hábito de fumar

FUMA	FA	FR %
SI	150	30
NO	349	69.8
SIN DATOS	1	0.2
TOTAL	500	100



Es de gran importancia saber estos datos ya que esta conducta de salud es uno de los principales factores de riesgo en nuestra población y aquí se observa que un 30% de

la población objetivo es la que fuma, frente a 69.8% que no lo hace y por último 0.2% no se obtuvieron datos.

TABLA N° 6

Distribución de la población según el índice de masa corporal

I.M.C	Población General	
	FA	FR%
BAJO PESO	4	0,8
NORMO PESO	204	40,7
SOBREPESO	197	39,5
OBESIDAD	95	19
TOTAL	500	100



En lo que refiere al Índice de Masa Corporal el 0.8% de la población presenta un bajo peso; el 40.7 % tiene un Peso Normal, el 39.5% presenta Sobrepeso, 19% presenta Obesidad.

TABLA N° 7

Distribución de la población según la frecuencia en el consumo de alimentos.

FRECUENCIA DE CONSUMO ALIMENTOS	POR DIA		POR SEMANA		OCASIONALMENTE	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR %
VERDURAS	275	55	169	33.8	49	9.8
FRUTAS	326	65.2	94	18.8	75	15
FIAMBRES	62	12.4	224	44.8	186	37.2
CEREALES	299	59.8	164	32.8	29	5.8
FELITURAS	44	8.8	186	37.2	212	42.4
MANTECAS	87	17.4	104	20.8	212	42.4
DULCES	162	32.4	132	26.4	162	32.4
CARNES ROJAS	111	22.2	303	60.6	69	13.8
PESCADO	29	5.8	239	47.8	193	38.6
POLLO	65	13	325	65	83	16.6



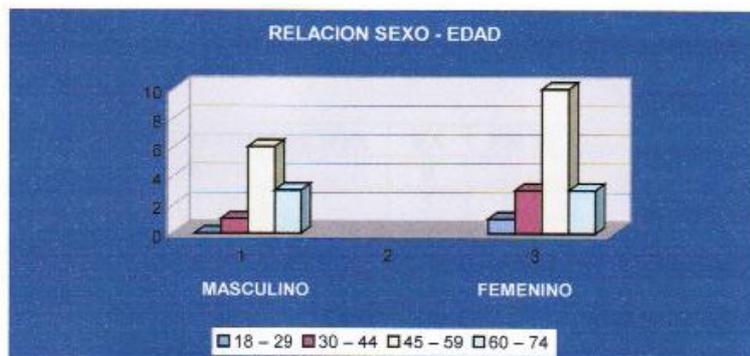
Relacionado a la frecuencia de consumo de alimentos el 55% consume verduras diariamente, el 33.8% refiere realizarlo una vez por semana y el 9.8% consume ocasionalmente verduras; en referencia a frutas el 65.2% las consumen diariamente, el 18.8% refiere realizarlo una vez por semana y el 15% de forma ocasional; con respecto a cereales 59.8% lo consumen diariamente, 32.8% lo hacen una vez por semana y el 5.8 % ocasionalmente; referente a carnes rojas el 22.2% lo consumen todos los días, 60.6% semanalmente mientras que el 13.8% lo hacen ocasionalmente; respecto al consumo de pollo 13% lo hacen diariamente, 65% lo realizan semanalmente y el 16.6% ocasionalmente, vinculado a la ingesta de pescado el 5.8% lo hacen de forma diaria, 47.8% refieren hacerlo semanalmente y el 38.6% ocasionalmente; relacionado a la ingesta de fiambres el 12.8% lo hace diariamente, el 44.8% una vez por semana y el 37.2% ocasionalmente; en referencia a frituras 8.8% lo realizan diariamente, 37.2% lo hacen semanalmente y el 42.4% en forma ocasional; referido a las ingesta de manteca se obtuvo que un 17.4% lo hacen diariamente, el 20.8% la consumen semanalmente y un 42.4% de forma ocasional; vinculado a los dulces el 32.4% lo hacen diariamente, 26.4% lo realizan semanalmente y el 32.4% ocasionalmente.

Para Diabéticos

TABLA N° 8

Distribución de la población Diabética según la relación que existe entre la edad y el sexo.

EDAD / SEXO	MASCULINO	FR %	FEMENINO	FR %
18 – 29	0	0 %	1	5.9 %
30 – 44	1	10 %	3	17.6 %
45 – 59	6	60 %	10	58.8 %
60 – 74	3	30 %	3	17.6 %
TOTAL	10	100	17	100



Si relacionamos las variables sexo y edad de la población diabética: de 18 a 29 años el 5.9 % pertenece al sexo femenino y ninguno de sexo masculino; entre 30 y 44 años 17.6 % corresponde al sexo femenino mientras que el 10 % son masculinos; entre 45 y 59 años el 58.8 % son femeninos y el 60 % son masculinos; dentro de los usuarios entre 60 y 74 años 17.6 % son femeninos y el 30 % corresponden a masculinos.

TABLA N° 9

Distribución de la población acerca de si conoce o no las complicaciones.

CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES	FA	FR %
CORRECTO	20	74.1
INCORRECTO	2	7.4
NO SABE / NO CONTESTA	5	18.5
TOTAL	27	100



Cuando hacemos referencia a si conocen las complicaciones obtenemos que el 74 % de la población conoce las mismas; mientras que 7.4 % responde de forma incorrecta y el 18.5 % no sabe o no contesta la preguntas.

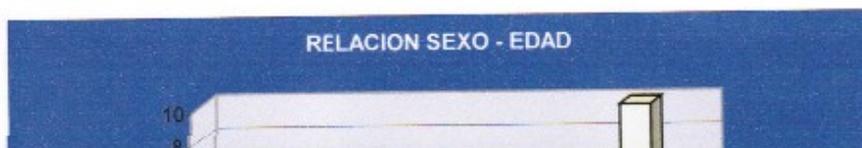


TABLA N° 10

Distribución de la población según la fuente de obtención de la información sobre la diabetes.

FUENTE DE INFORMACION	FA	FR %
MEDICO	9	31.1
FOLLETERIA	5	17.3
EQUIPO	8	27.6
INTERNET	3	10.3
ADU	1	3.4
ENFERMERIA	3	10.3
TOTAL	29	100



En cuanto a la fuente de la información sobre la diabetes se observa que el 33.3 % de la población se informó sobre su enfermedad a través de la consulta con el médico; el 29.6 % la obtuvo por medio del equipo; el 18.5 % mediante folleteria; le sigue la información obtenida por medio de enfermería e Internet con el 11.1 %; mientras que un 3.7 % se informó mediante la Asociación de Diabéticos del Uruguay.

TABLA N° 11

Distribución de la población según el acceso al cumplimiento dietético.

CUMPLE PLAN DE ALIMENTACION	FA	FR %
SI	19	70.3
NO	8	29.7
TOTAL	27	100



En cuanto al cumplimiento del plan alimenticio el 70.3% accede al mismo mientras que el 29.7% no lo realiza.

TABLA N° 12

Distribución de la población según el conocimiento que poseen sobre el cuidado de los pies.

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LOS PIES	FA	FR %
CORRECTA - INCOMPLETA	16	59.3
CORRECTA - COMPLETA	3	11.1
ERRONEA	0	0
SIN DATOS	8	29.6
TOTAL	27	100



Del total de la población encuestada 59.3 % denota un cuidado correcto pero incompleto sobre el cuidado de los pies, solo el 11.1 % manifiesta un conocimiento correcto completo sobre el cuidado de los pies mientras que el 0 % mantiene un conocimiento erróneo y de un 29.6 % no se obtuvieron datos.

TABLA N° 13

Distribución de la población según la frecuencia del control glicémico.

FRECUENCIA DE CONTROL DE GLICEMIA	FA	FR %
UNA VEZ AL DIA	2	7.4
UNA VEZ A LA SEMANA	4	14.8
UNA VEZ AL MES	11	40.7
CADA 3 MESES	6	22.3
SIN DATOS	4	14.8
TOTAL	27	100



En este caso se observa el mayor porcentaje en aquellos usuarios que realizan sus controles una vez al mes 40.7%, seguido de los controles cada 3 meses 22.3%, no

siendo así con aquellos que se realizan una vez a la semana y aquellos que no aportan datos 14.8%; finalizando quedan aquellos que se realizan una vez al día 7.4%.

Cabe destacar que la frecuencia para un control de glicemia adecuado de aquellas personas que reciben insulina como tratamiento para su enfermedad debe ser diariamente y aquellas personas donde su enfermedad esta controlada es recomendable un control semanal.

TABLA N° 14

Distribución de la población según la frecuencia del control médico

FRECUENCIA DEL CONTROL MEDICO	FA	FR %
1 - 3 MESES	16	59.3
4 - 6 MESES	4	14.8
7 MESES - 1 AÑO	5	18.5
> 1 AÑO	2	7.4
TOTAL	27	100



En lo que concierne al último control médico el 59.3% refiere haber concurrido a este en los últimos tres meses, el 14.8% concurrió entre los últimos tres a seis meses, un 18.5% concurrió entre los últimos siete a doce meses y un 7.4% no refiere concurrir al médico en un periodo mayor a un año.

TABLA N° 15

Distribución de la población Diabética según el índice de masa corporal

INDICE DE MASA CORPORAL	FA	FR %
BAJO PESO	0	0
NORMO PESO	2	7.4
SOBREPESO	6	22.3
ALTO RIESGO	11	40.7
MUY ALTO RIESGO	8	29.6
TOTAL	27	100

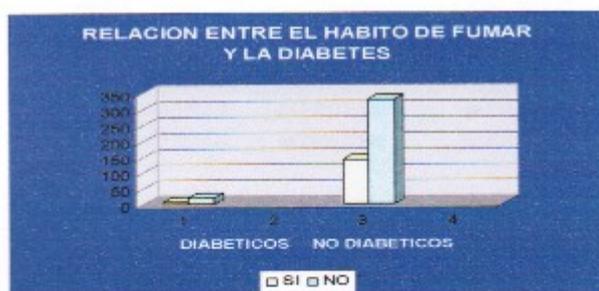


Con respecto al índice masa corporal en la población diabética el 7.4% presenta peso normal, el 22.3% tiene sobrepeso, 40.7% alto riesgoso y el 29.6% muy alto riesgo. Según estos datos casi el 92.6% de los diabéticos presenta sobrepeso en los distintos niveles.

TABLA N° 16

Distribución de la población según la relación que existe entre un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes.

FUMA	DIABETICO		NO DIABETICO	
	FA	FR%	FA	FR %
SI	7	26	143	30.2
NO	20	74	330	69.8
TOTAL	27	100	473	100



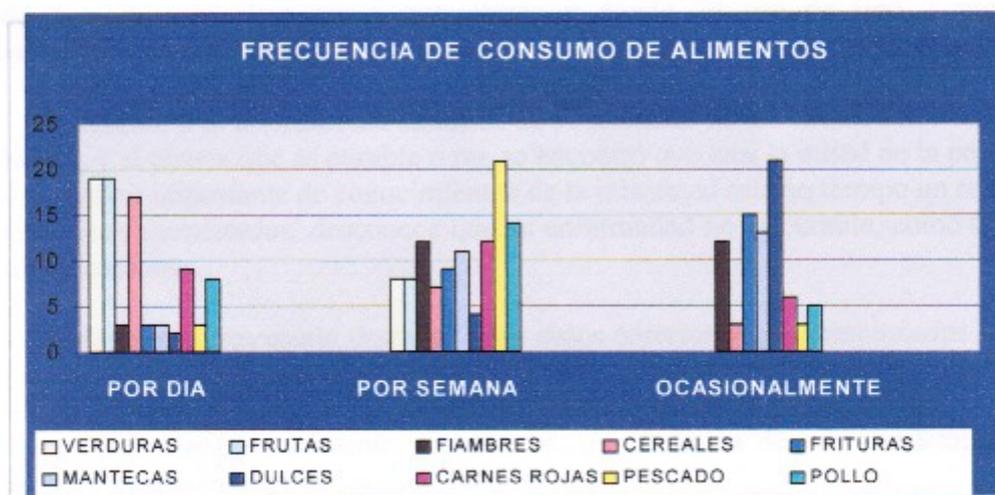
Al relacionar las variables entre el hábito de fumar y la diabetes observamos que el 26% de los diabéticos es fumador, mientras que el 74% no fuma; de la población no diabética 30.2% es fumadora y 69.8 % no fuma.

Es de gran de importancia el análisis de estas dos variables dado que el hábito de fumar es uno de los factores de riesgo cardiovascular mas importantes y donde ésta junto con la diabetes puede traer complicaciones graves. Es importante destacar entonces que el 26 % de los diabéticos fuma.

TABLA N° 17

Distribución de la población diabética según la frecuencia de alimentación.

PATRON DE ALIMENTACION	POR DIA		POR SEMANA		OCASIONALMENTE	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR%
VERDURAS	19	70.4	8	29.6	0	0
FRUTAS	19	70.4	8	29.6	0	0
FIAMBRES	3	11.1	12	44.4	12	44.4
CEREALES	17	63	7	26	3	11.1
FRITURAS	3	11.1	9	33.3	15	55.5
MANTECAS	3	11.1	11	40.7	13	48.1
DULCES	2	7.4	4	14.8	21	77.7
CARNES ROJAS	9	33.3	12	44.4	6	22.2
PESCADO	3	11.1	21	77.7	3	11.1
POLLO	8	29.6	14	51.9	5	18.5



Relacionado a la frecuencia de consumo de alimentos de la población diabética el 70.4% consume verduras diariamente, el 29.6% refiere realizarlo una vez por semana y el 0% consume ocasionalmente verduras; en referencia a frutas el 70.4% las consumen diariamente, el 29.6% refiere realizarlo una vez por semana y el 0% de forma ocasional; con respecto a cereales 63% lo consumen diariamente, 26% lo hacen una vez por semana y el 11.1 % ocasionalmente; referente a carnes rojas el 33.3% lo consumen todos los días, 44.4% semanalmente mientras que el 22.2% lo hacen ocasionalmente; respecto al consumo de pollo 29.6% lo hacen diariamente, 51.9% lo realizan semanalmente y el 18.5% ocasionalmente, vinculado a la ingesta de pescado el 11.1% lo hacen de forma diaria, 77.7% refieren hacerlo semanalmente y el 11.1% ocasionalmente; relacionado a la ingesta de fiambres el 11.1% lo hace diariamente, el 44.4% una vez por semana y el 44.4% ocasionalmente; en referencia a frituras 11.1% lo realizan diariamente, 33.3% lo hacen semanalmente y el 55.5% en forma ocasional; referido a las ingesta de manteca se obtuvo que un 11.1% lo hacen diariamente, el 40.7% la consumen semanalmente y un 48.1% de forma ocasional; vinculado a los dulces el 7.4% lo hacen diariamente, 14.8% lo realizan semanalmente y el 77.7% ocasionalmente.

CONCLUSIONES

Entendemos que los objetivos planteados para esta investigación fueron cumplidos, ya que se pudo identificar la Información y Creencias populares sobre la Diabetes Mellitus y como afectan los mismos al cuidado de la salud.

Si comparamos ésta población estudio con las últimas investigaciones realizadas sobre prevalencia de diabetes en nuestro país y a nivel mundial existe una relación dado que en nuestra muestra el 5.4% representa la población diabética, y donde la mayoría corresponden al sexo femenino y en cuanto a la edad predominaba el grupo etario comprendido entre 46 y 75 años.

Esto afirma lo mencionado acerca de que la diabetes es una enfermedad que esta caracterizada por manifestarse luego de la cuarta década de vida y en cuanto al tipo donde 3 reciben insulina como tratamiento y donde 24 son de tipo 2 según la prevalencia en nuestro país y en el mundo.

Referente a la información obtenida de la totalidad de los encuestados acerca de las causas, y si piensa que es curable o no, se encontró que casi la mitad de la población tiene un déficit importante de conocimientos de la misma; al mismo tiempo un cuarto de los diabéticos encuestados, desconoce que su enfermedad no es curable, como también las complicaciones.

Nos parece importante destacar estos datos anteriormente mencionados dado la falta de información que posee la población de un ambiente hospitalario sobre una enfermedad como es la Diabetes Mellitus, que si bien se encuentra en sexto lugar a nivel mundial, viene en aumento a punto tal que se habla de una pandemia y con consecuencias que pueden llegar a ser fatales.

En lo que refiere a las conductas de salud podemos decir que en la frecuencia del consumo de alimentos se observa que si bien hay un alto porcentaje de personas que relatan una frecuencia adecuada en la ingesta de los mismos como son: verduras, frutas, cereales, pescado, pollo y carnes rojas, éstas no lo hacen uniformemente distribuidas durante el día como es recomendable. De población diabética mas de la mitad cumple con un correcto plan de alimentación, esto puede deberse a la gran mayoría de los encuestados son diabéticos tipo 2.

Del mismo modo en lo que tiene que ver al consumo de "alimentos no saludables", un grupo pequeño de los encuestados respondieron consumirlos diariamente, exceptuando el consumo de dulces que alcanza a mas de un tercio del total de la muestra.

Sin embargo, si bien los datos anteriormente mencionados nos muestran aspectos relativamente positivos en cuanto al hábito alimenticio por parte de la población, esto no se ve expresado al momento de relacionarlos con el índice de masa corporal donde más de la mitad de la población estudio presenta sobrepeso en cualquiera de sus categorías; ocurre lo mismo para la población diabética, si bien es un factor de riesgo para ambas poblaciones en los diabéticos tiene mayor incidencia.

A todo esto se suma uno de los factores de riesgo como es el tabaquismo en un tercio de la población; este aumenta la glucemia, el colesterol y la presión arterial, factores todos ellos especialmente importantes para los pacientes con diabetes.

En el paciente con diabetes el tabaco aumenta aún más el riesgo de complicaciones cardíacas y circulatorias en aquí la importancia de la educación para promover conductas de salud favorables y prevenir futuras complicaciones como son el Infarto Agudo de Miocardio, Ictus Cerebral, Neuropatía, Nefropatía y enfermedad de la boca.

Un tema importante y no del todo positivo para nosotros como educadores en salud es que la población obtiene la información mediante la consulta con el médico. Esto se debe a que enfermería no es incluida en los programas de salud.

Es recomendable siempre para cualquier persona con ésta afección la realización del control de niveles de glucosa en sangre en una cantidad mínima de dos a tres veces por semana, además del control médico. Esto traerá una mayor tranquilidad a la persona y garantizará un tratamiento más efectivo. Según los datos obtenidos, un elevado porcentaje de este grupo no cumple con las recomendaciones terapéuticas, tanto en la realización de test de glicemia como en la concurrencia a controles médicos.

Continuando con los cuidados del diabético se observó que casi la totalidad de éste grupo no sabe o no tiene información acerca de los cuidados de los pies.

Para finalizar podemos decir que la falta de información detectada en esta investigación es de suma importancia, no solo de aquellas personas no diabéticas, que envuelve un reto enorme, sino aún más de las que sí sufren la enfermedad, además de la falta de sensibilización por parte de éstas al no promover un adecuado autocuidado, no realizando controles periódicos, tanto médicos como de enfermería, así como la no revisión de la glucosa en sangre.

SUGERENCIAS

Visto el tema abordado consideramos tener que seguir trabajando mucho debido al impacto que presenta ésta patología no solo a nivel nacional sino también mundial, y así brindar las herramientas necesarias para el equipo de salud, elaborando políticas sociales.

Para ello también se debe contar con el apoyo de las autoridades para abarcar a toda la población, logrando una mejor calidad en la atención, administrando recursos de manera eficaz y eficiente.

Creemos que el estudio realizado es de suma importancia pudiendo ser punto de partida para próximas investigaciones, o bien sirva como referencia. Por ello sugerimos la profundización en las necesidades, intereses y problemas de la población acerca de la diabetes y así trabajar directamente sobre los problemas identificados; con el objetivo de lograr un adecuado abordaje en la promoción y prevención.

A partir de esta realidad debería implementarse una importante campaña que abarque educación por parte del equipo sanitario, no solo en el área asistencial como hospitales, sanatorios, policlínicas, etc. sino también educando desde la enseñanza primaria, así como la enseñanza secundaria, terciaria y entidades sociales en el cual se desempeña y vive el individuo.

Esto permitirá además de incrementar y en algunos casos reforzar el conocimiento de la sociedad en su conjunto, realizar diagnósticos más precoces, con la finalidad de disminuir factores de riesgo y prevenir complicaciones, para lograr mejorar el tratamiento, optimizando los recursos asignados a tal fin.

Considerando todo lo anteriormente expuesto, se torna ineludible la elaboración de un equipo multidisciplinario, que ponga en marcha nuevas políticas educativas a nivel nacional, de forma continua, integral e integradora, donde enfermería este involucrada en estos programas de salud, aplicando el rol del enfermero/a como educador en salud.

BIBLIOGRAFIA

- Adolfo Cassan, Jorge Coderch, Xavier Ruiz, "Manual de la Enfermería". Océano/centrum. Edición Original.
- Bonte, P, Izard, M. "Diccionario Akal de Etnología y Antropología". Ediciones Akal S.A 2005.
- Brunner y Suddarth, Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare "Tratado de Enfermería Médico – quirúrgica" 9ª Edición Vol. I y II, Ed. Mac Graw – Hill Interamericana México 2002.
- Gimena Bermudez, Paola Baveden, Julio Bonilla, Andrea Coltieri, Alejandra Corsini, Eleonora Ekker, Sebastián Guerrero, Patricia Sanchez "Creencias Populares sobre el Tratamiento Alternativo de la Diabetes Mellitas en la Población Uruguaya". Udelar Inde. Cátedra de Administración 2003 Montevideo, Uruguay.
- Josefina Verde, N. Fernandez Chaves y col. "Diabetes Mellitas". 1ª Edición, 1995
- Pérez Pasten, E. 1997. "Guía para el educador en Diabetes". México, D. F.: Soluciones Graficas.
- Perry, A: " Enfermería Clínica. Técnicas y Procedimientos", 4ª Edición Editorial: Harcourt; Barcelona 1999.
- Proyecto Educación a distancia, Programa Internado, Modulo I Cátedra de Administración. CSE.
- Yolanda Salazar de Morales. "Diabetes Mellitas"1ª Edición 1987.

Direcciones de Internet:

- www.fenf.edu.uy
- www.cardisalud.org
- www.adu.org.uy
- www.diabetesvoice.org: Trisha Dunning "Explorando la mitología mundial de la Diabetes" Año 2004.
- www.continents.com: Dr. Stan DE Loach "Mitos de la Diabetes Mellitas y la educación Diabetológica".
- www.who.int/es/: "Diabetes Mellitus".

Otra información

- Asociación de Diabéticos del Uruguay, 2001, Preguntas y Respuestas, " Revista Diabetes del Uruguay", Uruguay N° 156, 36.
- Diarios "Diabetes al Día"
 - Año III, Ejemplar N° 32, Mayo 2007
 - Año III, Ejemplar N° 33, Junio 2007

ANEXOS

ANEXOS I

INSTRUMENTO DE TRABAJO

Prevalencia de Diabetes:

A- DATOS GENERALES:

Nombre.....Sexo.....Edad.....
Procedencia.....Domicilio.....
Teléfono.....Ocupación.....

- 1- ¿Tiene cifras de presión arterial elevada? SI NO
- 2- ¿Alguna vez le dijeron que tenía cifras de colesterol elevadas? SI NO
- 3- ¿Alguna vez presentó una enfermedad cardiovascular? SI NO
- 4- ¿Usted fuma? SI NO
- ¿Alguna vez fumó?
- ¿Cuanto hace que fuma?
- ¿Cuántos cigarrillos diarios consume?
- 5- Esta tomando algún medicamento SI NO Cual?
- 6- Ha sufrido alteraciones en su peso? SI NO AUMENTO o DISMINUCION
En que tiempo?
- Realizo alguna dieta?
- 7- Cuantas comidas realiza al día?
- 8- Con que frecuencia come éstos alimentos?

Alimentos	Por día	Por semana	Ocasionalmente
Frutas			
Verduras			
Fiambres			
Cereales			
Frituras			
Manteca			
Dulces			
Carnes rojas			
Pollo			
Pescado			

- 9- ¿Por que cree usted que las personas se enferman de diabetes?
- 10- ¿Usted piensa que la diabetes es una enfermedad curable? SI, NO, NO SABE.

B- FACTORES HEREDITARIOS

- 11- Tiene algún familiar con enfermedad Cardiovascular? SI NO
- 12- Tiene algún familiar con Obesidad? SI NO
- 13- Tiene algún familiar con colesterol elevado? SI NO
- 14- Tiene algún familiar con Diabetes? SI NO

DETERMINACION DE PARAMETROS:

Primera muestra de Presión Arterial
Segunda muestra de Presión Arterial
Peso
Talla
HGT

SOLO PARA DIABETICOS

- 1- A que edad le diagnosticaron la diabetes?
- 2- Como se hizo el diagnostico?
 - a) Causal
 - b) Síntomas Típicos
 - c) Complicación
- 3- Recibe medicación? SI NO COMPRIMIDO INSULINA
- 4- Puede acceder económicamente a:
 - a) Tratamiento dietético SI NO
 - b) Medicación SI NO
 - c) Material para auto monitorización SI NO.
- 5- Cuanto hace que se controlo con un médico por la diabetes?
 - a) De 1 a 3 meses
 - b) De 3 a 6 meses
 - c) De 6 meses a 1 año

6- **¿Con que frecuencia se realiza los controles?**

Controles	1 vez al día	1 vez por semana	1 vez por mes
HGT			
Glicemia			
Glucosuria			
Hb. Glucosilada			

- 7- **¿Cual es el valor habitual de su glicemia?**
- 8- **¿Con equipo se realiza usted la determinación de su glicemia?**
- 9- **¿Conoce cuales son las complicaciones de la Diabetes?**
- 10- **¿Ha tenido que ser internado/a por la Diabetes? SI NO Fecha última internación**
- 11- **¿Quién le indico el tratamiento dietético o medicamentoso?**
- 12- **¿Consumo alimentos Dietéticos? SI NO**
¿Con que frecuencia?
 - a) **Diariamente**
 - b) **Semanalmente**
 - c) **Mensualmente**
- 13- **¿Ha recibido información sobre su enfermedad? SI NO**
¿Quién se la brindo?
- 14- **¿Tiene información acerca de los cuidados a tener en cuenta para evitar lesiones en la piel?**
- 15- **¿Cómo realiza la higiene y el cuidado de sus pies?**
 - **Las preguntas utilizadas para la investigación aparecen en formato negrita.**

ANEXOS II

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Declaro haber participado en las encuestas aplicadas en estas entrevistas en forma voluntaria con el único interés de proporcionar información valiosa para actualizar los datos sobre la diabetes en el país.
Estos datos serán utilizados para organizar los recursos destinados a atender a quienes se ven afectados por esta enfermedad.

Estoy dispuesto/a a extraerme sangre para determinar mis niveles de glucemia, utilizándose en el procedimiento materiales descartables.

Fecha.....

Encuestado.....

Encuestador.....

ANEXOS III

Comer azúcar produce Diabetes:

Muchas culturas evitan alimentos que contienen azúcar como la fruta y los tubérculos, una vez que se ha diagnosticado la diabetes.

Si no necesitas medicarte, entonces solo tienes una "Diabetes Leve":

Un concepto erróneo muy popular y peligroso es que la diabetes es grave sólo si es necesario si hay que tratarla con Insulina. Las complicaciones diabéticas se pueden producir tanto si necesitan terapia de insulina como si no. Además si los niveles de glucosa no se controlan estrechamente, aumenta dramáticamente el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas graves y pueden acabar con la vida del paciente como la insuficiencia renal o las enfermedades cardiovasculares. Si una persona no cree que su patología es grave tiene menos posibilidades de tomar las medidas adecuadas para controlar su afección. El hecho de que éste mito se siga perpetuando indica que algunos profesionales sanitarios tienen tanta necesidad de recibir educación diabética como las personas con la afección.

Diabetes tipo 1 y más grave que la de tipo 2:

Se ha podido encontrar la explicación para ésta idea errónea a partir del descubrimiento de la insulina en 1922, ya que el diagnóstico de la diabetes de tipo 1 (insulina dependientes) significaba la muerte segura en pocos meses. Donde la diabetes tipo 2 es posible controlar la sin la necesidad de una terapia de insulina. Resulta curioso visto que una persona puede tener diabetes tipo 2 durante meses o años antes que se le diagnostique, dando como resultado algunas complicaciones graves: como las lesiones nerviosas diabéticas (neuropatías), las lesiones oculares (retinopatías), o aquellas que pueden ser fatales como la insuficiencia renal o enfermedades cardiovasculares.

Cuando las personas con Diabetes tipo 2 comienzan una terapia con insulina, están en la "etapa final" de Diabetes:

La realidad es que, con el fin de controlar sus niveles de glucosa en sangre, muchas personas con diabetes tipo 2 desarrollan la necesidad de terapia con insulina. Con el auto cuidado correcto, una dieta sana y una vida activa, las personas que se someten a la terapia de insulina pueden vivir una vida plena y "normal", tanto si tienen diabetes tipo 1 o tipo 2. También existe un vínculo en la mitología entre insulina y muerte. Se cree que la insulina es un narcótico adictivo, y que una vez que la persona empieza a utilizarla resulta imposible que pare. Sin embargo no es ni narcótico ni adictiva, es una hormona que se produce en el cuerpo humano, su utiliza con el fin de sustituir o suplementar la propia insulina cuando el cuerpo no es capaz de producirla.

Diabetes es una Enfermedad de ricos:

Existe una fuerte asociación entre el sobre peso, la obesidad y la diabetes. Tradicionalmente la pobreza genera sobre peso. La vida de las personas se ha hecho cada vez más sedentaria; la "comida chatarra", de alto contenido en grasa y azúcares que en la ciudad está al alcance del bolsillo de los menos pudientes ha reemplazado a las verduras y legumbres frescas de las dietas rurales tradicionales. Como resultado, los niveles de obesidad han aumentado dramáticamente y, en consecuencia, la diabetes se ha convertido en una importante amenaza en los países en vía de desarrollo.

Las medicinas tradicionales son más inocuas que los tratamientos actuales porque no tienen efectos secundarios:

Existe un creciente interés en las terapias complementarias y los remedios tradicionales. Se ha demostrado que muchas de las sustancias que aparecen de manera natural y que se utilizan en el tratamiento de la diabetes son capaces de reducir los niveles de azúcar en la sangre, pero estos pueden traer efectos secundarios negativos e interactuar con los medicamentos convencionales. No todas las terapias complementarias son eficaces y su utilización podría retrasar el tratamiento adecuado, aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas. Sin embargo muchas terapias como el yoga, los masajes, la meditación, y el pensamiento positivo son aceptados y aplicadas hoy en día por la mayoría para el control y la prevención de la diabetes.

Las personas con diabetes deberían comer alimentos especiales para diabéticos

En algunas culturas el páncreas de un cerdo se hiere para hacer sopa. Se cree que, si se desarrolla un problema en un órgano del cuerpo, consumir alimentos hecho del mismo órgano de un animal puede ayudar. Este principio se sustenta sobre un principio similar a la antigua creencia a la ley de los semejantes o principios de similitud que la sustancia que provocan cierto síntoma en un apersona sana pueden curar las enfermedades que manifiestan dichos síntomas.

Los alimentos que se comercializan para las personas con diabetes no ofrecen ningún beneficio especial.

La dieta sana recomendada para las personas con diabetes es la misma que se le recomienda para las personas que no tienen la afección: baja en grasas, sal y azúcar con comidas basadas en alimentos ricos, como el pan y la pasta y mucha fruta y verdura.

Los diabéticos deben evitar las 3 P: pan, pastas y pupas.

Si bien estos alimentos deben ser consumidos en cantidades controladas, es decir, medidas en el tamaño y número de porciones diarias, forman parte de la alimentación cotidiana. De este modo, se las puede incluir tanto en las comidas principales como en colaciones.

Los diabéticos son más propensos a padecer infecciones.

No, el solo hecho de ser diabético no lo predispone a ninguna enfermedad infecciosa. No obstante, es deseable tomar los mayores recaudos para prevenirlas porque cuando sobreviene acarrear un desequilibrio en las glucemias, muchas veces importante. Por eso los diabéticos se encuentran en el grupo de personas a las que se recomienda seguir con los esquemas de vacunación antigripal y las restantes estipuladas según la edad del paciente.

El hacer mucho ejercicio puede empeorar mi diabetes

Pocos si no es que ningún médico pone en sus recetas "Hacer ejercicio". Y es que esto es parte del control de la diabetes y funciona como medicamento, y así también requiere dosificarse. Previa evaluación médica para saber si el paciente esta apto para realizar actividades deportivas, estas tienen que ir acorde a la condición física, edad y sexo. Posteriormente ir graduando su duración y su grado de dificultad. Junto con una buena alimentación, los medicamentos si está prescrito, el ejercicio es parte del pilar del control de la diabetes.

Las mujeres con diabetes no pueden tener hijos

Es una de las creencias que aunque no lo crea esta muy arraigada inclusive en nuestro medio. La mujer con diabetes que desee embarazarse lo puede hacer si problema siempre y cuando lleve un control adecuado de su glucosa 6 meses atrás. Tiene que estar bajo la supervisión de un ginecólogo y endocrinólogo para trabajar en equipo y llevar un monitoreo de sus glicemias, cambio en el tratamiento (la insulina es la droga aceptada en el manejo de la paciente embarazo), apego al plan de alimentación. Esto aunado a los cuidados prenatales de rutina.

Tengo "poquita" o "muy ligera" diabetes

La diabetes se tiene o no. Mas adelante pondré los valores normales de la glucosa, sin embargo podemos comentar algo al respecto. Con respecto a las glucosas en ayunas, si se tienen valores entre 100mg/dl y 126mg/dl, se dice que el paciente tiene "intolerancia a los carbohidratos" y esta etapa requiere cambiar hábitos de alimentación y hacer o aumentar la actividad física. A esta etapa se le conoce también como *prediabetes*. Pero una vez rebasando el nivel de 126mg/dl en dos tomas subsecuentes en días diferentes en ayunas, el paciente se diagnostica con diabetes Mellitus. Desgraciadamente la diabetes no hace que el paciente sienta algo cuando la presenta, es "indolora", no produce ningún síntoma. Es por eso que si hay factores de riesgo o alteración en los niveles de glucosa, hay que chequearse en forma constante.

La diabetes puede ser contagiosa.

La diabetes no es contagiosa. No es una enfermedad como un resfriado. Esta se adquiere por la falta total, parcial o por la resistencia a la insulina y tiene múltiples efectos detonantes.

Cómo se explica que varios miembros de una misma familia la padezcan

Existen factores de herencia que predisponen a una persona a padecerla como es el caso de la diabetes Mellitus tipo 2. Pero desgraciadamente los malos hábitos en cuanto a las actividades físicas y de alimentación se presentan de generación a generación.

ANEXOS IV

Mitos de la Diabetes Mellitus y la educación diabetológica

La persona con Diabetes Mellitus necesita de asesoría oportuna y conocimiento confiable sobre la condición; requiere de información que tenga fundamento científico comprobado. Así, podrá usar la información y la educación diabetológicas para prevenir las complicaciones y para facilitar la relación con el médico y los otros miembros del equipo de la salud.

Por ejemplo, le conviene a la persona con Diabetes Mellitus saber los valores normales de azúcar en sangre (glucemia) y sus propios valores para poder juzgar la calidad de su tratamiento médico y profesional y de su autotratamiento de la condición. La persona informada y educada diabetológicamente puede asegurarse, en comunicación con el médico y el Educador en Diabetes Certificado, de la normalidad de su presión arterial, de los niveles de grasas en su sangre y de la presencia (o no) de las complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus.

Las mejores herramientas contra las complicaciones desagradables de la Diabetes Mellitus son la educación diabetológica y el conocimiento actualizado del tratamiento y autotratamiento de la condición. La mayoría de las actividades y las conductas que pueden entrañar una situación de riesgo para una persona con la enfermedad se trata de descuidos, de excesos o de una falta de educación diabetológica.

Al inicio, comprender la Diabetes y practicar su tratamiento constituyen un reto. Pero, la Diabetes, como toda condición crónica, puede ser entendida y aceptada; la educación diabetológica facilita la comprensión de ésta no sólo por enseñar la alimentación correcta, la técnica moderna de calcular y aplicar la insulina y la necesidad y función de las actividades físicas en la vida de una persona con Diabetes Mellitus, sino también por aclarar dudas y puntos confusos, especialmente los que, siendo aceptados erróneamente, podrían tener consecuencias dañinas, destructivas o fatales.

En el caso de la Diabetes Mellitus, existen una gran cantidad de información y creencias incompletas o equivocadas y además un gran desconocimiento sobre la enfermedad.

Estos mitos errados, que aquí se comentan profesional, honesta y ampliamente, tienen aceptación incluso entre las mismas personas que padecen la Diabetes Mellitus.

Cuando es errónea, la información contenida en estos 59 mitos representa un peligro porque podría ser motivo de los descuidos y excesos que empeoran, a largo y a corto plazo. Los mitos comentados podrían ser interpretados como formas de explicar hechos o situaciones difíciles de entender o de aceptar. En la mayoría de los casos sin embargo, estas explicaciones mitológicas no se sustentan en la realidad y pueden contribuir a la creación de conceptos y motivaciones erradas. Incluso pueden ocasionar serios errores en el tratamiento y autotratamiento de la condición.

En el diccionario, un mito se define como "un conjunto de creencias e imágenes idealizadas sobre personajes o fenómenos." Los mitos se presentan en distintas áreas de la vida humana, y abundan en cuanto a la Diabetes Mellitus. Reconocer su existencia mitológica es el primer paso en el proceso educativo que sirve para reemplazarlos con las bases actualizadas y correctas. Es vital que la persona afectada por la enfermedad esté plenamente informada sobre las afirmaciones reales y las que no tienen sustento; muchas veces su salud y su vida dependen de la calidad de su conocimiento.

Para evitar errores peligrosos, pequeños y grandes, en el tratamiento y autotratamiento de la Diabetes, es útil reflexionar sobre el tema de los mitos de la Diabetes. Buena parte

de la "mitología" que persiste en torno a ésta es producto de la falta de información correcta o del desconocimiento. Cada día hay avances en la comprensión de la DM y de sus efectos sobre el cuerpo humano. También y como resultado, la utilidad y la veracidad de los mitos se alteran.

Mitos acerca de la diabetes mellitus (DM)

Es posible tener solo un "Poco de Azúcar" o una Diabetes Mellitus "leve" o "al margen"

A las personas que tienen una intolerancia a la glucosa en ayunas (es decir, niveles de glucosa sanguínea en ayunas entre 100 y 125 mg/dL), casi siempre les dicen que están "al margen" de la Diabetes o que tienen un "poco de azúcar." Se lo dicen porque estos niveles no llegan a cumplir con el diagnóstico de la Diabetes (igual o mayor a 126 mg/dL en ayunas). Mejorando sus hábitos de alimentación y ejercicio y bajando 5-10% de su peso corporal si tienen sobrepeso, estas personas probablemente pueden prevenir el desarrollo de la Diabetes Mellitus. Por eso, al ser diagnosticado con la intolerancia a la glucosa en ayunas, es vital consultar inmediatamente con el médico, el Educador en Diabetes Certificado y la nutrióloga para empezar a hacer los cambios indicados.

La intolerancia a la glucosa post comida o postprandial se define como un valor de glucosa sanguínea igual o mayor a 140 mg/dL pero menor a 200 mg/dL, dos horas después de una carga oral de glucosa (utilizando una prueba que se llama la "prueba de tolerancia oral a la glucosa").

La intolerancia a la glucosa en ayunas tanto como la intolerancia a la glucosa post comida o postprandial no son entidades clínicas, sino condiciones de riesgo para el desarrollo futuro de la Diabetes Mellitus y de la enfermedad cardiovascular. Por eso, a veces se les dice "pre-diabetes."

Los criterios para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus son muy claros; también hay criterios claros para el diagnóstico de la intolerancia a la glucosa post comida o postprandial y de la intolerancia a la glucosa en ayunas.

La Diabetes Mellitus "ligera" no requiere de las inyecciones de insulina para el óptimo control de la Diabetes Mellitus

No existen una Diabetes Mellitus ligera y otra severa. La Diabetes es una condición incurable y seria. Hay tres tipos principales de la Diabetes Mellitus: la tipo 1 (falta absoluta de insulina porque el cuerpo ha dejado de producirla), la tipo 2 (el cuerpo continúa produciendo cierta cantidad de insulina pero hay una falta relativa de insulina o una capacidad reducida para utilizar la insulina presente) y la Gestacional (que se desarrolla en sólo 2-14% de las mujeres durante el embarazo). Cualquier forma de ésta es seria y debe de tomarse seriamente. Todos los tipos de Diabetes son igualmente serios, y si no son tratados adecuadamente pueden contribuir al desarrollo de serias complicaciones. Es frecuente que después de 6-15 años con la Diabetes tipo 2, la persona que tiene Diabetes tipo 2 requiere del mismo tratamiento que una persona con la Diabetes tipo 1.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 no es tan seria como la Diabetes Mellitus Tipo 1; la Diabetes Mellitus Tipo 2 es una Diabetes Mellitus "buena" y la Diabetes Mellitus tipo 1 es una Diabetes Mellitus "mala".

No existe una Diabetes Mellitus buena y una mala. Hay tres tipos principales de Diabetes Mellitus: la Diabetes Mellitus tipo 1 (falta absoluta de insulina porque el cuerpo ha dejado de producirla), la Diabetes Mellitus tipo 2 (el cuerpo continúa produciendo cierta cantidad de insulina pero hay una falta relativa de insulina o una capacidad reducida para utilizar la insulina presente) y la Diabetes Gestacional (que se desarrolla en sólo 2-6% de las mujeres durante el embarazo). Cualquier forma de Diabetes Mellitus es seria y debe de tomarse seriamente. Todos los tipos de Diabetes Mellitus son igualmente serios, y si no son tratados adecuadamente pueden contribuir al desarrollo de serias complicaciones. Es frecuente que después de 6-15 años, la persona con la Diabetes Mellitus tipo 2 requiere del mismo tratamiento que una persona con la Diabetes Mellitus tipo 1.

La Diabetes Mellitus es una condición seria solamente si requiere de tratamiento con la insulina

Este mito es peligroso porque puede permitir que una persona que no utiliza la insulina piense que su condición no es seria. En realidad, las complicaciones tardías (por ejemplo, la retinopatía, la ceguera, la nefropatía, la neuropatía, la gangrena, la amputación de 1 ó 2 pies) pueden presentarse si una persona utiliza la insulina o si no la utiliza. Las complicaciones se desarrollan debido principalmente a la presencia de la hiperglucemia crónica. La hiperglucemia crónica puede estar presente con o sin el uso de la insulina. La Diabetes es una condición seria, independientemente de la necesidad del tratamiento con la insulina.

La Diabetes Mellitus gestacional (DMG) es igual a la Diabetes tipo 2.

La Diabetes Mellitus Gestacional no es igual a la Diabetes Mellitus 2. La primera suele desaparecer después del parto, mientras que la Diabetes tipo 2 no desaparece una vez que se haya desarrollado. No obstante, las mujeres que tienen Diabetes Gestacional corren un mayor riesgo de desarrollar la Diabetes tipo 2 posteriormente. Aproximadamente el 50% de las mujeres que desarrollan la Diabetes gestacional también desarrollarán la Diabetes tipo 2 en los 5 a 10 años siguientes al embarazo; el desarrollo futuro de la Diabetes tipo 2 es más factible cuando la mujer tiene sobrepeso o es obesa. Así, mantener un peso razonable constituye la manera preventiva más eficaz de evitar el desarrollo futuro de la Diabetes tipo 2. La Diabetes Mellitus Gestacional es la Diabetes Mellitus que se inicia o se detecta por primera vez durante el embarazo, independientemente de que requiera o no de insulina y de que persista o no después del parto. Una de las consecuencias de la Diabetes Mellitus Gestacional no controlada es que las mujeres afectadas tienen bebés que pesan más de 4 - 4.5 kilogramos (macrosomía). El riesgo de muerte fetal es el doble del de la población sin Diabetes Mellitus Gestacional. La Diabetes Mellitus Gestacional es causado por una insuficiencia pancreática asociada al crecimiento de los tejidos del feto.

Una mujer que desarrolla la Diabetes Mellitus Gestacional durante un embarazo tiene la probabilidad de desarrollarla hasta en el 90% de los embarazos posteriores. La Diabetes Mellitus gestacional se presenta en 2 a 14% de los embarazos; tan sólo en los últimos 10

años, la incidencia se ha aumentado en un 10%. Entre 1991 y 2000, la Diabetes Mellitus Gestacional se aumentó en 35%.

Con frecuencia, la Diabetes Mellitus Gestacional se puede tratar con un plan de alimentación adecuado y el ejercicio físico. Si este tratamiento no mantiene óptimos niveles de glucemia, la insulina se utiliza para asegurar la normalidad del embarazo y del bebé. El tratamiento de la Diabetes Mellitus Gestacional con insulina habitualmente se suspende en el período posparto. Los antidiabéticos orales están totalmente contraindicados en el tratamiento de la Diabetes Mellitus Gestacional.

La Diabetes Mellitus es una de las más horribles condiciones crónicas

La Diabetes Mellitus es una condición crónica que representa un factor de riesgo para complicaciones serias (la nefropatía, la neuropatía, la retinopatía, la micro- y macro-angiopatía [aterosclerosis], la gangrena). A la misma vez, cuando la Diabetes Mellitus está controlada y tratada y autotratada correctamente, todos o casi todos esos problemas pueden evitarse. Dr. Elliott Joslin, uno de los fundadores de los métodos que utilizamos en el tratamiento actual de la Diabetes Mellitus, comentó que la Diabetes Mellitus es "la mejor de las enfermedades crónicas" porque es "limpia, raras veces disfigura, no es contagiosa, frecuentemente no provoca dolor y generalmente es susceptible al tratamiento."

La Diabetes Mellitus es una condición crónica que afecta sólo a los ricos

Hace muchos años, solamente la gente con mucho dinero podía costear una dieta rica en grasas, azúcares y productos refinados e importados. Una dieta con alto contenido de grasas, azúcares y productos refinados contribuye importantemente al sobrepeso y a la obesidad, que en su turno contribuyen a la alta incidencia de la Diabetes Mellitus tipo 2. Porque la pobreza económica raras veces conduce a la obesidad, hace muchos años era más frecuente el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2 entre las personas que tenían mayores recursos económicos con los cuales costear los alimentos que costaban caros.

Hoy en día, el hecho de que la mayoría de las personas viven en zonas urbanas quiere decir que fácil tienen acceso al tipo de dieta que antes era reservada para la gente con altos niveles de recursos económicos. Actualmente este mito ha dejado de tener validez y es falso, ya que no refleja la realidad de la incidencia de la Diabetes Mellitus tipo 2, que afecta a los con mucho dinero y a los con poco dinero.

Un "susto," "impresión" o "coraje" causa la DM

Cualquier "susto" o "coraje" es estresante psicológica y fisiológicamente y representa un estrés para organismo.

Cuando el ser humano está ante una situación que dé estrés, es normal que suba el nivel de glucosa sanguínea, aun si no tiene Diabetes Mellitus. Es así porque la adrenalina (también llamada epinefrina) producida como respuesta normal al estrés asegura que el organismo esté alerta y tenga la energía (glucosa) que le hace relativamente capaz de defenderse frente a un peligro conocido o desconocido.

La adrenalina compite directamente con la insulina; es decir, la adrenalina reduce la actividad de la insulina, que bajo circunstancias normales no estresantes modula o regula los niveles de glucosa sanguínea. Porque la eficacia de la insulina está

temporalmente reducida por la presencia de hormonas contrarreguladoras (adrenalina, cortisol, hormona de crecimiento), la glucosa sanguínea sube. Esta reducción de eficacia de la insulina es temporal, breve y en las personas que no tienen DM, no significa una descompensación fisiológica.

Sin embargo, para las personas que padecen la Diabetes Mellitus tipo 2 y aún no lo saben, esta elevación de la glucemia se incrementa aun más que lo típico. La hiperglucemia o elevación de la glucemia también puede durar más que en la persona sin Diabetes Mellitus, lo que llegará a provocar síntomas de la Diabetes Mellitus. Por los síntomas es que algunas veces se descubre la Diabetes Mellitus tipo 2 después de un "susto". Es decir, el susto condujo a que los niveles de glucosa sanguínea subieran y debidos a los mismos se pudo hacer el diagnóstico. Pero no es el susto en sí lo que provoque la Diabetes Mellitus, sino que la condición de Diabetes Mellitus tipo 2 no detectada, de intolerancia a la glucosa en ayunas o de intolerancia a la glucosa postprandial (pre-diabetes), de la que no se tenía conocimiento antes del "susto," llega a manifestarse claramente debido a los cambios hormonales que conlleva un fuerte susto o choque.

Un síntoma de elevados niveles de azúcar en la sangre es el malestar, la irritabilidad, el coraje. En esta situación, el coraje no es CAUSA de la hiperglucemia, sino que es el RESULTADO de la hiperglucemia.

El consumo desmedido de dulces y azúcar es lo que provoca o causa la Diabetes Mellitus

Esta creencia es errónea. Muchas personas creen que la Diabetes Mellitus es provocada por la ingesta de dulces y golosinas en abundancia. Pero la Diabetes Mellitus no es un castigo para golosos o amantes del sabor dulce. El azúcar no proporciona los nutrientes necesarios para la buena función del cuerpo, pero en sí no causa la Diabetes Mellitus. El consumo del azúcar (y otros CHO's y proteínas) hace que el cuerpo produzca una hormona pancreática, que es la insulina. La insulina permite que el cuerpo mantenga un nivel normal de azúcar en la sangre. La Diabetes Mellitus se debe a la falta de insulina (Diabetes Mellitus tipo 1) o al rechazo a la insulina por parte de las células del organismo (Diabetes Mellitus tipo 2), y no se debe a un exceso de azúcar en la dieta. Hay personas que han aceptado este mito falso y que no logran comprender cómo pueden tener la Diabetes Mellitus si nunca comieron dulces. La Diabetes Mellitus tipo 1 es una condición que aparece por razones no completamente conocidas y mayormente de forma independiente de la alimentación de la persona, mientras que la Diabetes Mellitus tipo 2 se relaciona con factores genéticos (un historial de Diabetes Mellitus en la familia) y ambientales (la presencia de sobrepeso u obesidad y de los hábitos de una vida sedentaria [falta de actividad física suficiente]). El consumo de muchas calorías y la falta de suficiente actividad física pueden favorecer el sobrepeso. Así, el consumo de azúcar puede influir en la Diabetes Mellitus tipo 2 en la medida en que contribuye al sobrepeso, pero en sí el consumo de azúcar no es causa directa de la Diabetes Mellitus.

Este mito erróneo puede crear falsas culpas y arrepentimientos innecesarios. Además, esta creencia errónea crea el peligro de que la persona piense que solamente reemplazando el consumo de azúcar por edulcorante artificial no calórico y evitando los

postres y golosinas, el trastorno glucémico (la DM) se corregirá y no será necesario consultar al equipo de salud (endocrinólogo, Educador en Diabetes Certificado, nutricionista) ni seguir un plan de alimentación adecuado. En la actualidad, se sabe que

no son los azúcares ni los CHOs en especial los que deban de suprimirse. Los elementos centrales del autocuidado alimenticio prudente de la Diabetes Mellitus son la regularidad calórico de los alimentos y el aporte de las calorías necesarias para permitir un peso saludable.

El sobrepeso, una insuficiencia de actividad física y un historial de Diabetes Mellitus en la familia incrementan los riesgos de padecer la Diabetes Mellitus tipo 2. Una dieta saludable, la actividad física frecuente y el control del peso ayudan a prevenir la Diabetes Mellitus tipo 2.

La DM es una condición hereditaria

La Diabetes Mellitus no se hereda; lo que puede heredarse es la predisposición a desarrollarla. La Diabetes Mellitus sí tiende a presentarse en la misma familia, aunque no necesariamente en la misma generación. Es decir, un abuelo puede padecer la Diabetes Mellitus y después su nieta la desarrolla. Es más común heredar la predisposición a la Diabetes Mellitus tipo 2 que la predisposición a la Diabetes Mellitus tipo 1. Los padres a veces se sienten culpables al pensar que transmitieron la condición a sus hijos, pero no es así, porque la Diabetes Mellitus tipo 1 no se hereda tan directamente. En el caso de la Diabetes Mellitus tipo 1, aun entre los gemelos idénticos, la concordancia sólo llega a 50%, queriendo decir que aun en dos personas con los mismos factores genéticos, la Diabetes Mellitus tipo 1 no necesariamente se desarrolla en ambas. La predisposición comúnmente no se hereda en forma directa en el caso del Diabetes Mellitus tipo 1 (madre o padre al hijo o hija).

Cualquier persona puede presentarse con la Diabetes Mellitus tipo 1, en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, la Diabetes Mellitus tipo 1 típicamente se presenta antes de los 30 años de edad. La Diabetes Mellitus tipo 2 típicamente se desarrolla después de los 30 años de edad y típicamente se presenta en las personas con sobrepeso u obesidad.

La Diabetes Mellitus se hereda por la línea materna

Esta creencia no es correcta. Un niño nacido de una madre que tiene la Diabetes Mellitus tipo 1 tiene una probabilidad de 2% de desarrollar la Diabetes Mellitus.

Cuando el padre tiene la Diabetes Mellitus tipo 1, el mismo niño tiene una probabilidad de 6% de desarrollar la Diabetes Mellitus.

La probabilidad de que el niño desarrolle la Diabetes Mellitus si la madre y/o el padre tiene la Diabetes Mellitus tipo 2 no se sabe con precisión, ya que dependerá del origen étnico, la edad y la ausencia o presencia de sobrepeso u obesidad. Un niño cuya mamá o papá padece la Diabetes Mellitus tipo 2, tiene un riesgo teórico de 33% de desarrollar la Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus es contagiosa

La Diabetes Mellitus no es contagiosa; no es una condición contagiosa como la gripa. La Diabetes Mellitus es un trastorno endocrino causado básicamente por una deficiencia en la cantidad de insulina producida por las células beta del páncreas. Todavía no se conoce cuál es la causa o las causas específicas de la Diabetes Mellitus.

Se cree que la Diabetes Mellitus tipo 1 y Diabetes Mellitus tipo 2 se deben a causas diferentes. Está probado que existe una predisposición genética, especialmente en la

Diabetes Mellitus tipo 2. Ciertos factores ambientales (la obesidad, un estilo de vida sedentaria) también toman un rol en el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2. En algunas familias, varios miembros de la familia tienen la Diabetes Mellitus. Pero no la contagiaron. Simplemente se trata de una afección endocrina, con un componente hereditario importante, que explica el hecho de que padres, primos y abuelos hayan padecido o padezcan la condición. Por lo tanto, cualquier intento de discriminar o evitar el contacto con las personas con Diabetes Mellitus por temor al contagio carece de sustento racional.

Existe una epidemia mundial de la Diabetes Mellitus

La verdad. La incidencia de la Diabetes Mellitus está aumentando tan rápidamente que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha identificado como una condición epidémica. Según la OMS, la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos aumentará en más del 100% en los próximos 25 años. La incidencia de Diabetes Mellitus tipo 1 también está en aumento. Actualmente, en todo el mundo, hay aproximadamente 179 millones de personas con Diabetes Mellitus; se prevé que habrá más de 330 millones personas con la Diabetes Mellitus para el año 2025. Finlandia tiene altísimos índices de la Diabetes Mellitus: 42.9 casos por cada 100 mil habitantes. Los Estados Unidos, México y Europa tienen entre 6-20 casos por cada 100 mil habitantes; Argentina tiene aproximadamente 12 casos por cada 100 mil habitantes y Chile tiene apenas 5 casos por cada 100 mil habitantes. No obstante, se prevé un aumento de aproximadamente 100% para el año 2025. Entre 1991 y 2000, la incidencia de la diabetes gestacional (Diabetes Mellitus Gestacional) subió 35%; en los últimos 10 años, la incidencia de la Diabetes Mellitus Gestacional subió en un 10%. Mundialmente, el número de todos los casos de la Diabetes Mellitus se ha triplicado desde 1985.

El hecho de ser obeso es lo que "causa" la Diabetes Mellitus tipo 2

Este mito tal vez existe porque muchas personas con Diabetes Mellitus tipo 2 muestran sobrepeso u obesidad cuando reciben el diagnóstico de la Diabetes Mellitus tipo 2. El sobrepeso contribuye a la resistencia a la insulina y la resistencia a la insulina está fuertemente relacionada con la Diabetes Mellitus tipo 2. La obesidad no causa la Diabetes Mellitus tipo 2 directamente, pero sí contribuye a la resistencia a la insulina y así indirectamente a la Diabetes Mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus es curable

La Diabetes Mellitus es una condición controlable pero no curable. Los intentos de curarla por medio de trasplante de páncreas o de células beta (las células pancreáticas productoras de insulina) sólo han permitido obtener resultados exitosos en algunas personas con la Diabetes Mellitus tipo 1 previamente seleccionadas. Aún no se sabe por cuánto tiempo duran los resultados exitosos.

Existen médicos, vacunas, terapias, hierbas y alimentos que curan la Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus no tiene cura; sin embargo, es controlable si se sigue un estilo sano de vida, con actividad o ejercicio físico, un plan de alimentación diseñado para el control de la Diabetes Mellitus y los medicamentos necesarios (insulina y/o antidiabéticos orales). Este estilo de vida permite un buen control de la glucosa sanguínea y la prevención o demora del desarrollo de las complicaciones tardías de la enfermedad.

La sávila, el xoconoxtle y los tés no curan la Diabetes Mellitus. Es un tratamiento integral que puede disminuir significativamente las complicaciones de la Diabetes Mellitus. Las dietas de las personas con Diabetes Mellitus deben de ser personalizadas. El nutriólogo puede diseñar un plan de alimentación idóneo para la persona con Diabetes Mellitus.

El homeópata y los tratamientos naturistas o de la medicina alternativa curan la Diabetes Mellitus.

El propósito de la medicina holística u holista (palabra que proviene del griego *holos* que significa "todo" o "entero") es encargarse del estudio "integral" de la condición del paciente y para ello se contemplan tres ámbitos o contextos: el biológico, el psicológico y el social. En el caso de las personas que padecen la Diabetes Mellitus, por ejemplo, se les puede sugerir algunas técnicas de relajación y del manejo del estrés, logrando con ello una mejora en el sentimiento de bienestar. Esto no cura la Diabetes Mellitus.

Algunas terapias complementarias (por ejemplo, el yoga, los masajes corporales, la meditación) tienen un rol positivo en el manejo de la Diabetes Mellitus; no son sustitutos del tratamiento convencional.

La insulina cura la Diabetes Mellitus

Actualmente no hay cura para la Diabetes Mellitus. La insulina por sí sola no cura la Diabetes Mellitus. La insulina facilita el control de los niveles de glucosa en la sangre, pero esto no cura la condición. La insulina es una hormona que ayuda a mantener los niveles de azúcar en la sangre en los rangos óptimos (cerca de 70 - 100 mg/dL). En la Diabetes Mellitus tipo 1, la insulina inyectada se utiliza como tratamiento de reemplazo porque el páncreas ya no produce la insulina que el cuerpo necesita. En la Diabetes Mellitus tipo 2, se emplean el plan de alimentación, la actividad física y el ejercicio físico, los medicamentos (antidiabéticos orales), la educación diabetoológica y en ocasiones la insulina para un óptimo control de la Diabetes Mellitus.

Si la persona con Diabetes Mellitus tipo 2 baja de peso, se le cura la Diabetes Mellitus

Normalmente una reducción de peso permite un control más fácil de la Diabetes Mellitus tipo 2. La mejora del control lograda se debe a una reducción consecuente de la resistencia a la insulina. La resistencia a la insulina está presente en la Diabetes Mellitus tipo 2, tanto en la gente delgada como en la gente obesa. Es probable que los cambios en la dieta y la adición del ejercicio físico, que juntos permiten la reducción de peso, también contribuirán a la mejora del control de la Diabetes Mellitus tipo 2. Hasta la fecha, la Diabetes Mellitus tipo 2 no son curables, aun con una reducción de peso corporal.

El nopal cura la Diabetes Mellitus y controla la glucosa sanguínea

Una taza de nopal cocido contiene 3 gramos de fibra, la cual no se absorbe en forma de CHO (la misma taza de nopal crudo tiene 4.9 gramos de CHO). La fibra del nopal puede tener cierto efecto en no subir el azúcar, pero este efecto no es el mismo que bajar la glucosa sanguínea. El efecto del nopal no es suficiente para un óptimo control de la glucosa sanguínea. Tampoco se recomienda que sea la única opción para el control glucémico. El manejo efectivo de la Diabetes Mellitus es integral y depende de la incorporación de elementos como una alimentación variada, balanceada y sana, actividades físicas, medicamentos (insulina y/o antidiabéticos orales) y educación diabética. El nopal no cura la Diabetes Mellitus.

Si los niños desarrollan la Diabetes Mellitus tipo 1, tarde o temprano la superarán

No. Cuando los niños adquieren la Diabetes Mellitus, se trata, por lo general, del Diabetes Mellitus tipo 1, el tipo de Diabetes Mellitus que requiere de la insulino terapia desde el momento del diagnóstico. La Diabetes Mellitus tipo 1 es ocasionada por la destrucción autoinmune de las células beta en el páncreas, que son las células que producen la insulina. En la actualidad, las células beta no pueden ser regeneradas ni trasplantadas con garantías de éxito. Mientras que no se encuentre una cura para la condición, la Diabetes Mellitus tipo 1 en la niñez continuará en la adultez. Hoy en día, el número de casos de Diabetes Mellitus tipo 2 entre los jóvenes (10-19 años de edad) se está aumentando. La Diabetes Mellitus tipo 2 en niños se relaciona con el sobrepeso o la obesidad, una historia familiar de la Diabetes Mellitus tipo 2, la ascendencia mexicana (y otras), la resistencia a la insulina y frecuentemente con la presencia de áreas brillosas de la piel de color oscuro (acantosis nigricans). Esta variedad de Diabetes Mellitus tipo 2 también continuará en la adultez de esos niños.

Las píldoras (los antidiabéticos orales) para la Diabetes Mellitus tipo 2 son insulina oral

Las píldoras para la Diabetes Mellitus tipo 2 (los medicamentos antidiabéticos orales) no son insulina oral. Los antidiabéticos orales tienen efectos sobre la habilidad del organismo para hacer mejor uso de la insulina ya producida en el páncreas o para estimular mayor producción pancreática de la insulina. Existen varios tipos o clases de antidiabéticos orales y trabajan de diferentes maneras. Su tiempo de acción y duración de acción también son diferentes. El médico explicará el horario en que deben tomarse y la frecuencia de la dosis.

Es difícil que funcione una insulina verdaderamente oral porque la insulina es una hormona. Todas las hormonas son formadas de la proteína (como el bistek, sin la grasa). La proteína (sea bistek o insulina) se degrada en el estómago y por eso una insulina oral no llegaría a circular en forma eficaz dentro de la corriente sanguínea, para poder surtir las necesidades insulínicas de los diferentes tejidos del cuerpo.

No obstante, los investigadores científicos creen que hay maneras de tomar la insulina por la boca sin que entre en el estómago. De hecho, ya se están realizando pruebas de una insulina oral (Oral in) que se dosifica en forma de un spray, que permite que la insulina se absorba rápidamente por la mucosa bucal, sin pasar a los pulmones ni al estómago. Es probable que el Oralin llegue al mercado primero en la India, China y Australia para el uso de las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 y Diabetes Mellitus tipo 2. Sólo en esos tres países, hay más de 70 millones de personas con la Diabetes Mellitus.

Niveles altos de glucosa sanguínea indican un caso severo de Diabetes Mellitus

Altos niveles de glucosa sanguínea pueden ser causados por una enfermedad, un cambio de medicamentos, el ciclo de menstruación, una fuerte alergia, el uso de insulina caducada, el estrés laboral o escolar...y muchas otras cosas. La única manera de manejar la glucosa sanguínea es con el uso del glucómetro, checando el nivel de azúcar diariamente en repetidas ocasiones. Es útil anotar los resultados, relacionándolos con el horario de la última ingesta de comida, con el contenido de lo comido y con la cantidad de insulina u otros medicamentos tomada. Compartiendo esta información con el médico o el Educador en Diabetes Certificado, el equipo de la salud podrá evaluar la utilidad de cambios en los medicamentos o en su dosis.

La necesidad de utilizar la insulina para controlar la Diabetes Mellitus tipo 2 es indicación de tener un caso severo

Cuando una persona tiene un dolor de cabeza suficientemente severo como para limitar su capacidad de trabajar, es frecuente que se tome una ó dos aspirinas, porque es el tratamiento indicado. Las personas con Diabetes Mellitus también tienen la opción de hacer lo indicado para controlar los niveles de glucosa sanguínea y así prevenir las complicaciones tardías de la condición (la nefropatía, la neuropatía, la retinopatía y otros). En la Diabetes Mellitus tipo 2, a veces el óptimo control requiere de la insulina, a veces de las pastillas antidiabéticas y a veces de la insulina en combinación con las pastillas antidiabéticas. A veces, la adición de la insulina sola o en combinación permite un control más adecuado de la glucemia. Las personas con Diabetes Mellitus

pueden consultar al médico acerca de la utilidad de tener acceso a la insulina para cuando sus niveles de glucosa sanguínea están permanente o temporalmente elevados (durante una enfermedad, cirugía o embarazo, por ejemplo). En esos casos, la insulina es el único agente que permitirá el óptimo control de la glucemia.

La persona con Diabetes Mellitus tipo 2 que empieza a utilizar la insulina está en la "fase final" de la condición.

No existe en toda la vida del cuerpo humano ni un minuto cuando no haya la necesidad de la insulina. El cuerpo sin Diabetes Mellitus produce la insulina

constantemente, según las necesidades variables del cuerpo. En el cuerpo con Diabetes Mellitus, existe el mismo requerimiento de insulina, pero a la vez existe una falta absoluta o relativa de la misma. Por lo tanto, la persona con Diabetes Mellitus tiene que inyectarla o estimular su producción con los antidiabéticos orales (si la producción pancreática todavía es capaz de ser estimulada).

Después de 6-15 años de uso de los antidiabéticos orales, su utilidad se disminuye y finalmente no sirven porque el páncreas deja de responder adecuadamente a sus estímulos. La producción pancreática de insulina, aun con el estímulo proporcionado por los antidiabéticos orales, no es suficiente. El cuerpo sigue necesitando de la insulina. Lógicamente, la inyección de la insulina es la única manera de asegurar la presencia de la insulina necesaria.

Así, la presencia de la insulina es crítica en todas las fases de la vida y de la condición de Diabetes Mellitus; el uso de la insulina no indica la "fase final" ni de la vida ni de la Diabetes Mellitus. Se podría decir que la necesidad de la insulina inyectada señala la "fase final" de la respuesta eficaz del páncreas a los antidiabéticos orales. La realidad es que, a comparación con las fases anteriores, el único cambio es en la manera de entregar la insulina al cuerpo para sus necesidades metabólicas.

Un aumento en la dosis de insulina recetada por el médico indica que la Diabetes Mellitus se ha empeorado

Asociar los aumentos de la dosis de insulina con el "agravamiento" de la Diabetes Mellitus resulta ser un mito sin base lógica. A lo largo de la vida, las necesidades metabólicas de un individuo van cambiando. Los requerimientos de insulina también van modificándose. El objetivo central del tratamiento de la Diabetes Mellitus es mantener un óptimo control glucémico. Para lograr ese objetivo, el médico irá modificando las dosis o el tipo de insulina o insulinas, en función de los requerimientos transitorios o definitivos que pueda tener cada individuo. Negarse a aceptar incrementos (o decrementos) de dosis puede resultar negligente y peligroso.

El sentirse bien y sin síntomas quiere decir que no hay por qué preocuparse por el nivel de glucosa en la sangre.

Pensar así es una tendencia natural, aunque resulta equivocado y peligroso ligar los sentimientos al nivel de glucosa sanguínea. La Diabetes Mellitus tipo 2 no se puede evaluar ni controlar basado en cómo uno se sienta, sobre todo porque es una condición que en las etapas tempranas no trae dolores ni molestias ni otros síntomas fuertes. Un porcentaje alto de personas con la Diabetes Mellitus tipo 2 han padecido la condición 6-10 años antes de que se haga el diagnóstico y en esos años no tuvieron síntomas. La

Presencia crónica de altas concentraciones sanguíneas de glucosa antes y después del diagnóstico sí causa daño. Las molestias y complicaciones desagradables de la DM llegan hasta que el daño sea verdaderamente serio; una gran parte del daño serio es irreversible. Vigilar la glucosa en la sangre periódicamente con el medidor de glucosa sanguínea y tratar la condición día a día son las únicas maneras de prevenir las complicaciones.

Los niveles elevados de la glucosa sanguínea pueden provocar daños que no se hacen perceptibles hasta que se transformen en complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus. Así, la ausencia de síntomas no indica necesariamente un óptimo estado de

salud. Es fundamental verificar y controlar los niveles de glucemia, según las indicaciones proporcionadas por el médico y el Educador en Diabetes Certificado. En la Diabetes Mellitus tipo 1, existe una falta absoluta de insulina pancreática, la cual provoca serios síntomas que son típicos de la Diabetes Mellitus tipo 1 (polifagia [comer mucho y/o frecuentemente], polidipsia [tomar líquido en grandes cantidades y/o frecuentemente], poliuria [orinar mucho y/o frecuentemente], pérdida de peso a pesar de estar comiendo normalmente, visión borrosa ó cualquier otro síntoma provocado por altos niveles de glucosa sanguínea). Estos síntomas, por ser dramáticos e imposibles de no notar, impulsan a la persona o a su familia a consultar con el médico. Normalmente, el tratamiento insulínico se inicia casi inmediatamente, permitiendo a la persona con Diabetes Mellitus tipo 1 recibir tratamiento insulínico oportuno. Después del diagnóstico, el niño comienza el proceso de aprendizaje del autocontrol de la Diabetes Mellitus. El autocontrol llegará a ser internalizado por el niño como una más de las funciones cotidianas. Con la ayuda de sus padres, el médico y el Educador en Diabetes Certificado, el niño aprenderá el automanejo de la Diabetes Mellitus y lo comprenderá como una responsabilidad bajo su propio control. Mientras que no sea así, los padres se encargarán de la vigilancia y la enseñanza.

En ayunas, un valor normal de glucosa en sangre es de 200 mg/dL

No. Este nivel es más del DOBLE del valor que tendrá una persona sin Diabetes Mellitus. Los valores normales de la glucosa sanguínea en ayunas se consideran entre 70 - 100 mg/dL. Estos son los niveles de una persona sin Diabetes Mellitus y sin intolerancia a la glucosa en ayunas. Un valor de 200 mg/dL (o más) indica un nivel peligroso de hiperglucemia; valores crónicos de más de 155 mg/dL favorecen el desarrollo de las complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus.

Las personas con Diabetes Mellitus que utilizan la insulina se hacen adictas a ella

La insulina no es un narcótico y no es adictiva. La insulina es una hormona natural, producida constantemente por el páncreas del cuerpo humano sin Diabetes Mellitus. Así, es una hormona esencial y básica para la vida. Antes del descubrimiento del proceso de producir la insulina en el laboratorio, las personas con la Diabetes Mellitus tipo 1 solían morir rápidamente (en menos de 52 semanas) después del diagnóstico de la condición.

Hay sustancias que son adictivas. Ninguna de estas sustancias (nicotina, alcohol, cocaína, por ejemplo) es hormona y ninguna está producida naturalmente en el cuerpo humano. El mito de la adicción tal vez se explica por el hecho de que actualmente no hay cura para la Diabetes Mellitus. Como consecuencia, las personas con Diabetes

Mellitus 1 (y muchas personas con Diabetes Mellitus tipo 2) no pueden dejar de utilizar el más natural y seguro tratamiento para la condición, que sigue siendo la insulina. No poder dejar de utilizar la insulina no es por adicción, sino por el rol esencial de la insulina en la salud y en la continuación de la vida; sin la insulina, el cuerpo humano simplemente no puede funcionar correctamente.

El uso de la insulina causa la ceguera

Este mito es común y falso. Tendría su origen en que cuando se inicia (desafortunadamente como elección de último recurso) el tratamiento insulínico en las personas que presentan retinopatía irreversible y progresiva en sus ojos, la insulina no detendrá el desarrollo ya iniciada de la ceguera. La retinopatía es debida a la hiperglucemia crónica que resulta de la ausencia de suficiente insulina en la circulación. Cuando la ceguera empieza antes del uso de la insulina, ésta no remediará la retinopatía proliferativa que resulta en la ceguera. Siendo demasiado avanzada la progresión del daño a los ojos, la insulina no previene la continuación del daño ya establecido en los ojos. En el caso de las personas con Diabetes Mellitus, la ceguera no se presenta de un día para otro. Y no se desarrolla como consecuencia del uso de la insulina, sino de su ausencia en cantidades correctas. Lo que favorece la ceguera es un control inadecuado de la Diabetes Mellitus, con hiperglucemia crónica provocada por niveles insuficientes de la insulina. En cambio, la insulina es la hormona que permite un óptimo control de la Diabetes Mellitus, el cual normalmente puede prevenir la ceguera.

De hecho, desde 1921-1922 cuando la insulina fue producida comercialmente por la primera vez, la insulina ha hecho posible que mucha gente haya evitado la ceguera. Cada año los laboratorios Eli Lilly ofrecen premios y reconocimientos a las personas que han utilizado la insulina a través de 50 años para evitar las complicaciones. Ninguna de estas personas es ciega. El uso diario de la insulina permite que la persona con Diabetes Mellitus evite los daños serios (causados por la hiperglucemia crónica) a los pequeños vasos sanguíneos en los ojos y en otros tejidos del cuerpo (riñón, pie). Sin embargo, la ceguera sigue siendo una complicación tardía de la Diabetes Mellitus inadecuadamente tratada, lo cual quiere decir que sin la presencia de la insulina adecuada, los niveles de glucosa sanguínea suben y, si las subidas son crónicas, inevitablemente dañan los tejidos delicados de los ojos. El exceso crónico de glucosa circulando por los vasos sanguíneos de los ojos es lo que provoca la complicación conocida como retinopatía proliferativa, que con el tiempo puede causar ceguera. La retinopatía diabética no proliferativa o pre-proliferativa, cuando ya está establecida, es susceptible de empeorar temporalmente si la optimización del control de la glucemia se implementa de una forma rápida y abrupta. Por eso, cuando la persona con Diabetes Mellitus ya tiene retinopatía, los ajustes del tratamiento insulínico suelen hacerse de una manera paulatina y, en los mejores casos, temprana.

Todas las insulinas del mismo tipo, incluso las de diferentes marcas, son iguales

Tanto los laboratorios Eli Lilly como los Novo Nordisk producen las siguientes insulinas: Regular (R), NPH (N), y Mix 70/30 (pre-mezcla de 70% Regular y 30% NPH). Sin embargo, los dos laboratorios publican diferentes estimados del inicio, pico y duración de acción de su versión de estas insulinas.

Al inyectarse la insulina o tomar pastillas antidiabéticas, una persona con Diabetes Mellitus puede comer lo que quiera

Este concepto es equivocado, aunque común. Las pastillas antidiabéticas y la insulina son más eficaces cuando no tienen que reducir niveles exageradamente altos de glucosa sanguínea. Al comer lo que quiera, en la cantidad que quiera, la persona con Diabetes Mellitus está exponiéndose a elevados niveles de glucosa sanguínea difíciles de controlar. Combinando los medicamentos antidiabéticos y/o la insulina con una dieta saludable, un programa de ejercicio o actividad física y la educación diabetológica, la persona con Diabetes Mellitus podrá lograr óptimos resultados tanto en el control de los niveles de glucosa sanguínea como en la prevención de las complicaciones tardías de la condición.

La regulación del peso corporal es casi imposible cuando una persona come "lo que quiera." Cuando se comen más calorías que las que se utilizan en el ejercicio y la actividad física, el peso corporal sube porque las calorías extras que no se utilizan en el ejercicio o la actividad física se almacenan en el cuerpo en forma de grasas. Aunque se puede ajustar la dosis de insulina para permitir un aumento de la cantidad de CHO y proteínas que uno come, tales ajustes frecuentemente contribuyen al sobrepeso. Para una persona con DM1, la dosis de insulina va relacionada con la edad, el peso, la actividad física y la cantidad de proteínas y HCOs contenidos en los alimentos que come. Se toman en cuenta estas consideraciones para poder mantener el peso razonable para la edad de la persona.

Una persona con Diabetes Mellitus no puede comer de todo

La alimentación sana y necesaria para una persona con Diabetes Mellitus es igual a la conveniente e indicada para una persona sin Diabetes Mellitus. En todo caso, lo indicado es una alimentación balanceada que incluya alimentos de todos los grupos: proteínas, CHO y grasas. Una persona con Diabetes Mellitus puede comer una dieta balanceada compuesta de leguminosas, verduras, legumbres, productos de origen animal, frutas, cereales y tubérculos, frijoles, grasas, leche y azúcares.

La persona con Diabetes Mellitus sólo debe comprar y comer productos "dietéticos" o "light"

Erróneamente, muchas personas con Diabetes Mellitus creen que sólo deben comer los productos que han sido elaborados específicamente para los afectados por la condición (por ejemplo, golosinas sin azúcar, mermeladas sin azúcar, chocolate "diabético" o pan "dietético"). Los comestibles comercializados en versiones especiales para los con Diabetes Mellitus no ofrecen beneficios importantes. Todos los alimentos que contienen CHO (aun en cantidades reducidas) subirán los niveles de glucosa sanguínea. Existen versiones dietéticas de productos que son bajos en grasa pero que contienen la misma (o mayor) cantidad de CHO que los productos originales. Por eso, hay que leer cuidadosamente las etiquetas de información nutrimental que acompañan los productos dietéticos. Sabiendo el tamaño y valor calórico de la porción del producto y la distribución total de componentes (proteínas, CHO, fibra y grasa) recomendada durante el día, la persona con Diabetes Mellitus puede evaluar la utilidad de estos productos dietéticos en su plan de alimentación.

Reduciendo el tamaño acostumbrado de la porción o alterando un poco los ingredientes, la persona con Diabetes Mellitus puede producir su propia comida "dietética," y así disfrutar la mayoría, si no todos, de sus platillos favoritos y preferidos. Por lo regular, los productos "dietéticos" comercializados son más caros que los mismos productos en su presentación original y no dietética.

Las personas con Diabetes Mellitus pueden comer las mismas comidas que las personas sin DM disfrutan. La dieta saludable recomendada para las personas con Diabetes Mellitus (con reducidas cantidades de sal, grasas y azúcares simples y con suficientes frutas, verduras, legumbres, proteínas, CHOs y fibra) es igual a la recomendada para las personas sin Diabetes Mellitus.

Las personas con Diabetes Mellitus tienen prohibidas las 3 P (pan, pastas, y postres)

En el año 1921 se logró producir la insulina en el laboratorio. Hasta 1921, la dieta era la única herramienta con la que tratar de controlar la Diabetes Mellitus. En los primeros años del Siglo XX, la dieta recetada para una persona con Diabetes Mellitus tipo I era sinónimo de privación alimentaria. A las personas con Diabetes Mellitus les recomendaban dietas austeras: verduras hervidas tres veces, cambiando el agua cada vez...para quitar el contenido de CHOs. El pan, la pasta y el postre no formaban parte de la dieta para una persona con Diabetes Mellitus. Para evitar los CHOs, las personas con Diabetes Mellitus tenía prohibidas las tres P: pan, pasta y postres.

Los alimentos permitidos contenían cantidades mínimas de frutas y verduras. Esta dieta austera y limitada se utilizaba tanto para intentar mantener óptimos niveles de glucosa sanguínea como para prevenir o corregir la tendencia a la cetoacidosis que acompaña la hiperglucemia producida por los CHOs y la ausencia de insulina.

El avance de los conocimientos científicos aclaró la función de la dieta, que no solamente se modificó (ampliándose) sino que también, por la disponibilidad de la insulina, dejó de ser el único recurso disponible para intentar manejar los niveles de glucemia. El plan alimentario moderno incluye una cantidad de CHOs, de proteínas y de grasas. Junto con la insulina y/o los antidiabéticos orales, un plan de alimentación balanceado asegura el equilibrio metabólico y la salud de la persona con Diabetes Mellitus.

Las 3 P se caracterizan por la presencia de proporciones elevadas de CHOs, que suben la glucemia; tienen un elevado valor calórico y un bajo aporte de fibra alimentaria. No constituyen el alimento ideal, pero en cantidades equilibradas con el resto de los alimentos que integran los grupos básicos (CHOs, proteínas, grasas), la persona con Diabetes Mellitus puede consumir las supuestamente "prohibidas" 3 P, según el contenido calórico de su plan de alimentación y según el grado de control glucémico existente y deseado.

Únicamente los alimentos como son el pan, la tortilla, el arroz, la pasta y los cereales suben el nivel de glucosa en la sangre

Este mito es falso. El pan, la tortilla, el arroz, la pasta y los cereales contienen CHOs. Y el CHO sube el nivel de glucosa sanguínea. Pero muchos otros alimentos también contienen CHOs: por ejemplo, lactosas, frutas, verduras, legumbres, pan dulce, frijoles, guisados, galletas, golosinas. Debido a su contenido de CHOs, todos estos alimentos aumentarán el nivel de glucosa en la sangre. Por eso, es importante saber

cuáles alimentos contienen CHOs, saber la cantidad de CHOs que contiene cada porción de esos alimentos y saber cuántas porciones de CHOs están indicadas en el plan de alimentación para cada colación y para el desayuno, la comida y la cena.

Muchos alimentos contienen CHOs. La etiqueta impresa en el recipiente en que se venden los productos comercializados normalmente indica el tamaño de la porción y la cantidad de CHOs por porción del producto. El tamaño de la porción varía de producto en producto y de marca en marca. Lo útil para una persona con Diabetes Mellitus es medir bien el tamaño y el número de porciones de CHOs y adherirse a los horarios previstos para sus alimentos y colaciones. El uso de los valores de glucosa sanguínea indicados por el automonitoreo con el medidor de glucosa también contribuye a la optimización de los valores de glucosa sanguínea. El automonitoreo de la glucosa sanguínea indicará la respuesta del cuerpo a la cantidad de CHOs ingeridos y al tratamiento utilizado (insulina y/o antidiabéticos orales). Los valores del automonitoreo servirán como guías para el óptimo nivel del consumo de CHOs y para ajustes en el la dosis de insulina y/o antidiabéticos orales.

Sabiendo cómo medir las porciones y comiendo alimentos en porciones y contenido de CHOs similares, en el mismo horario cada día, es una técnica básica de mantener control de los niveles de glucosa sanguínea.

La persona que tiene Diabetes Mellitus no puede comer los carbohidratos (CHOs)

No es cierto. Igual que una persona sin Diabetes Mellitus, la persona con Diabetes Mellitus requiere de una dieta balanceada y sana. Cuando el nutriólogo tenga conocimiento del tratamiento médico recetado, del nivel de actividad física, del estilo de vida y de los gustos y las preferencias alimenticios y culturales de la persona con Diabetes Mellitus, podrá diseñar un plan idóneo de alimentación. El plan de alimentación incluirá alimentos que son CHOs, proteínas, grasas y fibra. En esta forma, el nutriólogo ayuda a la persona con Diabetes Mellitus a balancear su medicamento (insulina y/o antidiabéticos orales) con la actividad física y la cantidad y tipos de comida que prefiere. Esto le ayudará a la persona con Diabetes Mellitus a mantener los niveles de glucosa sanguínea en un rango de valores cercanos a lo normal, a sentirse sano y a evitar las complicaciones a largo plazo de la Diabetes Mellitus no controlada.

Una persona con Diabetes Mellitus tipo 1 ó Diabetes Mellitus tipo 2 nunca debe comer el azúcar o los dulces

La Diabetes Mellitus no es una condición que requiera de una "dieta." Una persona con Diabetes Mellitus puede comer cantidades necesarias de todo tipo de comida. Casi todo lo que el ser humano come contribuye calorías a su dieta. Para una persona con Diabetes Mellitus, la elección de alimentos es cuestión de asegurar sus requerimientos nutricionales sin ingerir cantidades de alimentos que provoquen altos niveles de glucosa sanguínea. Las personas con Diabetes Mellitus pueden incluir en su plan de alimentación cantidades limitadas de azúcar y comidas dulces. Idealmente, estos alimentos formarán parte de una alimentación planeada (el desayuno, la comida o la cena) y balanceada, sin causar picos altos de glucosa sanguínea.

De acuerdo con La Asociación Americana de Diabetes, los alimentos dulces pueden incluirse en una dieta saludable. Sólo es necesario moderar su consumo (porque no contribuyen vitaminas, minerales, fibra y porque pueden contribuir al sobrepeso) y ajustar el consumo total de CHOs a las cantidades recomendadas. Dicha ingesta tiene

que tomarse en cuenta en el conteo de las calorías diarias recomendadas en el plan de alimentación. El nutriólogo puede enseñar a la persona con Diabetes Mellitus cómo incorporar estos azúcares en su plan de alimentación.

El efecto del consumo de azúcar puede conocerse y evaluarse a través del uso del medidor de glucosa. El óptimo control de la glucemia es la única manera comprobada de evitar las complicaciones tardías de la Diabetes Mellitus y por eso es una meta prioritaria en el tratamiento y autotratamiento de la Diabetes Mellitus. El consumo de cantidades de azúcar puede empeorar la obesidad o el exceso de grasas en la sangre.

Una persona con Diabetes Mellitus puede comer la miel de abeja porque es un alimento natural

A pesar de ser "natural," la miel de abeja contiene una cantidad de CHOs (en forma de dos azúcares simples: la glucosa y la fructosa). Cada cucharada tiene aproximadamente 36-48 calorías, con 9-12 gramos de CHO. Como cualquier alimento que contiene los CHOs, la miel de abeja subirá los niveles de glucosa sanguínea. Una persona con Diabetes Mellitus que habitualmente come 60 gramos de CHO en su desayuno podría usar una ó dos cucharadas de la miel en su cereal, por ejemplo, siempre y cuando resta los 12-24 gramos de CHOs contenidos en la(s) cucharada(s) de miel de los 60 gramos totales de CHOs previstos para el desayuno.

Una desventaja de la miel de abeja, desde el punto de vista de la nutrición, es que no contiene tantas vitaminas y fibras ni tantos minerales como los contenidos en otras formas de CHO (el pan integral, por ejemplo). Así, no conviene excluir de la dieta esos minerales, vitaminas y fibra soluble por incorporar el uso excesivo de la miel de abeja.

Todas las verduras son libres en el plan de alimentación de una persona con Diabetes Mellitus

No es así, porque hay diferentes clases de verduras. Algunas verduras crudas sí son libres (lechuga, pepino, rábano, espinaca, nopal cocido, chile largo, flor de calabaz, coliflor, calabacita). Otras verduras tienen un mayor contenido de CHOs y por lo tanto no son totalmente "libres." Este grupo lo forman las siguientes verduras y otras no encontradas en esta lista:

- Zanahorias (cocidas)
- Chicharos
- Huazontle
- Jícama
- Betabel

La nutrióloga puede diseñar un plan de alimentación que permita la incorporación de muchas verduras en la dieta.

Está prohibido consumir alcohol y bebidas alcohólicas cuando una persona tiene Diabetes Mellitus

El alcohol no está prohibido para las personas que tienen Diabetes Mellitus. Sólo se recomienda un consumo medido (una bebida al día para la mujer con Diabetes Mellitus y dos bebidas al día para el hombre con Diabetes Mellitus). El alcohol aporta 7 calorías por gramo. El alcohol no se convierte en CHIO; más bien el cuerpo convierte el alcohol en grasa.

Una persona con Diabetes Mellitus siempre debe acompañar las bebidas alcohólicas con los alimentos (CHOs y proteína), porque el alcohol sin alimentos fácilmente puede provocar la hipoglucemia. Una bebida alcohólica se define como cualquiera de las siguientes:

- 45 ml [1 onza] de licor (100 calorías)
- 120 ml de vino seco (85 calorías)
- 355 ml de cerveza (151 calorías)

No se recomienda que una persona con Diabetes Mellitus omita alimentos a cambio de bebidas alcohólicas.

El aceite vegetal engorda menos que la grasa animal

Todas las grasas y los aceites aportan la misma cantidad de calorías; cada gramo de grasa o aceite, sea animal o vegetal, aporta 9 calorías. El aceite vegetal no aporta colesterol a la dieta, la grasa animal, sí. La diferencia entre un aceite y una grasa es que el aceite no se convierte en sólido en temperaturas bajas mientras que la grasa sí.

Los productos naturales pueden reemplazar los medicamentos en el tratamiento de la Diabetes Mellitus

Si una persona con Diabetes Mellitus decide emplear los productos "naturales," es importante siempre hacerlo conjuntamente con el tratamiento prescrito; tales productos no constituyen un reemplazo del tratamiento médico recetado. Se habla de las denominadas terapias y productos "naturales" contra la Diabetes Mellitus. Se cuentan anécdotas sobre los "maravillosos beneficios" que estos productos le brindan a un conocido o un familiar. Desafortunadamente, no existe evidencia científica comprobable que avale el empleo de estos productos como un recurso terapéutico específico para la Diabetes Mellitus.

No se recomienda modificar la dieta que el médico y el nutriólogo han diseñado ni dejar de aplicar el tratamiento farmacológico (pastillas antidiabéticas y/o insulina) recetado por el médico. La relación con el médico se funda en la confianza mutua: con él o ella, se puede comentar cualquier inquietud sobre otras modalidades terapéuticas. El médico y el Educador en Diabetes Certificado están capacitados para ofrecer sugerencias válidas.

El cuerpo humano puede digerir solamente un tipo de alimento a la vez

No existe ningún indicio científico de que el cuerpo requiera que se separen las proteínas y los CHOs en diferentes comidas porque es incapaz de digerirlos cuando se presentan juntos. Este concepto de no combinar ciertos alimentos tiene su origen en los trabajos realizados por el Dr. William H Hay (1866-1940); se ha popularizado en varios libros publicados en los últimos 7 años. El cuerpo humano posee un estómago y un intestino de longitud media; están diseñados para los omnívoros. El cuerpo humano es capaz de digerir al mismo tiempo, por ejemplo, un filete de res (proteínas y grasas) y un purée de papas (CHOs).

Los alimentos elaborados son menos nutritivos que los alimentos crudos

Una manzana fresca o una crujiente hoja de lechuga es deliciosa, pero la idea de que los alimentos crudos son más nutritivos que los alimentos elaborados o preparados no es acertada. Los alimentos enlatados, secos, congelados o cocinados no tienen por qué tener menos valor nutritivo. Estos procesos de elaboración prolongan la vida de los alimentos, proporcionan bastante seguridad contra las infecciones y enfermedades. En algunos casos, los procesos de preparación mejoran las cualidades alimenticias de los alimentos. Por ejemplo, el betacaroteno de las zanahorias en lata es más fácilmente asimilado por el organismo que el de las zanahorias frescas. Las frutas y verduras frescas, congeladas inmediatamente después de ser cosechadas, tienen más Vitamina C que las almacenadas a temperatura ambiente durante varios días previamente a su consumo. Así, tanto los alimentos crudos como los procesados pueden tener un lugar en el plan de alimentación sana y balanceada de la persona con Diabetes Mellitus.

Los conservadores contenidos en los productos alimenticios comercializados perjudican la salud humana

Sin los conservadores, la cadena alimenticia no sería tan segura como lo es en la actualidad. Los nitratos y los nitritos utilizados en los alimentos elaborados sirven de protección de una bacteria neurotóxica mortal, la *Clostridium botulinum*. Los inhibidores de levaduras utilizados en los cereales contribuyen a detener el desarrollo de agentes cancerígenos que pueden provocar el cáncer del estómago. Cuando un conservador va precedido de la letra "E" (por ejemplo, el EDTA), indica que su uso ha sido autorizado porque no presenta riesgos conocidos para la salud humana.

La sacarina produce cáncer

La sacarina es el más antiguo de los endulzantes no calóricos. En 1977, la sacarina provocó cáncer de vejiga en ratas que consumieron cantidades excesivas de la misma durante 2 años, pero esto no se ha comprobado en estudios con el ser humano. En el ser humano, para producir el efecto nocivo, sería necesario consumir diariamente y a lo largo de toda la vida aproximadamente 11,600 comprimidos de sacarina. Estudios más recientes han descartado que la sacarina pueda producir el cáncer. El uso de la sacarina está aprobado y considerado seguro en más de 80 países.

Los endulzantes o edulcorantes artificiales producen cáncer

En unos experimentos científicos con animales, algunos edulcorantes, en cantidades muy elevadas, aumentan la frecuencia de cánceres. Las cantidades utilizadas para los estudios científicos eran mucho mayores a las que una persona con Diabetes Mellitus podría consumir; por ejemplo, una persona con Diabetes Mellitus necesitaría consumir más de 11,600 comprimidos de sacarina cada día durante 2 años para llegar a las dosis utilizadas en los estudios. No se ha demostrado que los edulcorantes artificiales produzcan el cáncer en el ser humano. Los seres humanos no llegarían a usar de forma habitual las mismas altas dosis de edulcorantes estudiadas.

Los sustitutos de azúcar no sirven para hornear

Depende del endulzante o edulcorantes que se utilice. Es cierto que algunos endulzantes o edulcorantes (el aspartame, por ejemplo) pierden su dulzura por el efecto del calor cuando se hornean o se hierven. Sin embargo, la sucralosa (Splenda), el acesulfame K y la sacarina sí pueden utilizarse para cocinar sin perder su dulzura.

Hay muchos trabajos que la persona con Diabetes Mellitus no es capaz de realizar

Las personas con Diabetes Mellitus pueden realizar casi todos los trabajos y emplearse en todas las carreras. En el pasado, algunos puestos en el militar o un empleo como piloto de avión o conductor interestatal de camiones no se consideraban aptos para una persona con Diabetes Mellitus. Hoy día, en gran parte porque hay maneras más eficaces de controlar la glucemia, las limitaciones laborales están siendo eliminadas.

Todas las actividades que encara el ser humano llevan riesgos implícitos. En el caso de la persona con Diabetes Mellitus, los riesgos previstos o potenciales suelen alcanzar mayor importancia (real o imaginaria), en función de la presencia de la Diabetes Mellitus.

Las situaciones laborales que pueden exponer a una persona con Diabetes Mellitus a daños a su salud o bienestar físico dependerán de la edad, de la situación biológica por la que atraviesa la persona, del tipo de Diabetes Mellitus que padece, del grado de descompensación metabólica existente y de la presencia de complicaciones inmediatas y tardías. Algunos empleos peligrosos (ser minero, por ejemplo) son desaconsejadas para todas las personas con Diabetes Mellitus; otros (trabajar con sustancias biotóxicas, por ejemplo) son desaconsejados para cualquier persona, con o sin la Diabetes Mellitus. Ciertas actividades laborales pueden implicar riesgos para una persona con Diabetes Mellitus:

- Jornadas laborales variables (horarios rotativos) o muy prolongadas
- Tareas que no permitan desplazamientos o un grado de movilidad, a intervalos frecuentes (cada 1/2 - 1 hora)
- El estrés laboral físico continuo o repetitivo
- Exposición frecuente o continua al estrés psíquico, psicológico o emocional
- Competencias deportivas, sin un adecuado entrenamiento y sin suficiente asesoramiento médico y educación diabetológica detallada
- Actividades al aire libre en tiempos extremos, exposición a los elementos o a la maquinaria pesada (eléctrica o mecánica), sin la protección adecuada o en condiciones que no cumplen con las normas de seguridad establecidas

- Conducir vehículos o practicar tareas de precisión con herramientas manuales o eléctricas, en la presencia de alteraciones de la visión (retinopatía proliferativa, neuropatía)

Existen también circunstancias no laborales y estilos de vida que resultan arriesgado para una persona con Diabetes Mellitus: por ejemplo, recurrir a medicamentos o productos “milagrosos” (raíces exóticas, tés especiales, etc.) recomendados por personas mal informadas, bien o mal intencionadas, o utilizar instrumentos o productos tales como las tijeras puntiagudas, las escofinas o las callicidas en el cuidado de las manos y los pies.

La persona con Diabetes Mellitus no debe conducir coche, barco, avión, helicóptero, bicicleta

Existen estudios que demuestran que la persona con Diabetes Mellitus no tiene mayores riesgos en la carretera que los de la persona que no padece la Diabetes Mellitus. Sin embargo, la presencia de un episodio de hipoglucemia sí aumenta el riesgo de accidente y de inseguridad física, tanto la del quien conduce como la de los en su alrededor. Por eso, existen variaciones entre los diferentes países en cuanto al permiso que le dan al chofer con Diabetes Mellitus. Utilizando su capacidad de automanejo y el automonitoreo de los niveles de glucosa sanguínea, la persona con Diabetes Mellitus tiene la obligación de evitar episodios de hipoglucemia mientras que realiza estas actividades. La presencia de la hipoglucemia representa un aumento importante en el riesgo de conducir cualquier vehículo.

Los niños con Diabetes Mellitus no pueden viajar en avión

Este mito es falso. Los niños con Diabetes Mellitus y los sin Diabetes Mellitus pueden viajar en avión. Las líneas aéreas no prohíben la realización de viajes por los niños con Diabetes Mellitus, y normalmente no hay factores de salud que se puedan utilizar como bases para prohibirles tales viajes. No obstante, para el niño con Diabetes Mellitus que viaja en avión algunos preparativos anticipatorios son recomendables. Es esencial que el niño (y el adulto, también) lleve su medicamento (típicamente la insulina) consigo en el avión (es decir, no documentarlo con su maleta) y que lleve suficientes colaciones para evitar la hipoglucemia durante el transcurso del viaje aéreo. A veces, aunque una comida o colación esté programada por la línea aérea, por alguna razón (turbulencia que hace imposible el servicio, por ejemplo) los alimentos no llegan a ser servidos. En tales casos, y al momento en que los necesite, el niño puede comer los alimentos (yogurt, fruta, torta, nueces, por ejemplo) que lleva consigo.

Las personas con Diabetes Mellitus, sean niños, adolescentes o adultos, deben limitar su actividad física y no pueden practicar los deportes o el ejercicio físico

Esta creencia no es correcta. La buena salud de todo ser humano requiere de la actividad y/o del ejercicio físico. Las personas con Diabetes Mellitus no constituyen ninguna excepción. Por el contrario, la actividad física ayuda a las personas con Diabetes Mellitus a controlar los niveles de glucemia (glucosa en la sangre). Cuando la persona con Diabetes Mellitus tiene niveles suficientes (pero no indebidamente altos) de

insulina en el cuerpo, la actividad física disminuye la cantidad de azúcar en la sangre por aumentar la captación o utilización de la glucosa por los músculos. Junto con la alimentación adecuada (el plan alimenticio), el uso de la insulina y/o de los antidiabéticos orales y la educación diabetológica, la actividad física forma una de las 4 bases del óptimo tratamiento y autotratamiento de la Diabetes Mellitus. Tanto para los jóvenes como para los ancianos, tanto para los con Diabetes Mellitus como para los sin Diabetes Mellitus, la actividad física y el ejercicio físico promueven la salud. El ejercicio físico permite a los niños y adolescentes con la Diabetes Mellitus tipo 1 mantenerse incorporados a las actividades que realizan sus amigos y compañeros. Una persona con Diabetes Mellitus aprende a asegurar que la glucosa en la sangre no descienda rápidamente a niveles demasiado bajos mientras que hace el ejercicio o la actividad física. Las personas que se aplican la insulina suelen ajustar la cantidad de la misma en la última dosis previa al ejercicio, habiendo consultado este tipo de ajuste previamente con el médico y el Educador en Diabetes Certificado. Para máxima seguridad y beneficio, es esencial medir los niveles de la glucosa en sangre con el fin de evitar la hipoglucemia (baja azúcar sanguínea). El automonitoreo de la glucosa sanguínea puede realizarse antes y después de la actividad física; si ésta dura más de una hora o si es muy intensa, el automonitoreo también puede realizarse a intervalos de 30-45 minutos durante el ejercicio físico. El verificar los niveles de glucemia antes y después del ejercicio y efectuar las respuestas indicadas (por ejemplo, el consumo de una o más colaciones) permite evitar episodios de hipoglucemia. Es útil tomar precauciones también para evitar daños a los pies y para no desarrollar otros problemas con los pies (pie de atleta, por ejemplo). Una consulta con el médico y el Educador en Diabetes le permitirá a la persona con Diabetes Mellitus encontrar un programa de ejercicio apropiado. Para las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 que tienen sobrepeso, el ejercicio es una herramienta excelente para bajar de peso. El ejercicio físico ayuda a evitar y a reducir el sobrepeso y la obesidad y, por así mejorar el control glucémico, disminuye el desarrollo de las complicaciones tardías asociadas con la Diabetes Mellitus.

Una persona con Diabetes Mellitus requiere de riguroso ejercicio físico

Todas las personas con Diabetes Mellitus tipo 1 ó Diabetes Mellitus tipo 2 necesitan hacer una cantidad de ejercicio 3 veces ó más cada semana. Todas las personas (con Diabetes Mellitus y sin Diabetes Mellitus) sacan provecho de un régimen de ejercicio físico, sobre todo si es aeróbico y programado. Si uno camina, corre, nada, baila, sube escaleras o hace ejercicios en una cama o silla, debido a una movilidad limitada, en todos los casos está moviéndose. Lo que define el ejercicio es el movimiento físico.

El ejercicio *riguroso* no es necesario para sacar provecho del movimiento; el ejercicio programado, aeróbico y de duración suficientemente eficaz (30-40 minutos) sí es útil como parte del automanejo de la Diabetes Mellitus.

Las personas con Diabetes Mellitus (niños, adolescentes y adultos) deben evitar las fiestas

Todo el mundo tiene el derecho y la necesidad de descansar y tener actividades sociales. Las fiestas disminuyen el estrés y la tensión de la vida cotidiana. Una reducción en los niveles del estrés puede afectar positivamente los niveles de azúcar en sangre. Cuando participan en las fiestas, las personas con Diabetes Mellitus pueden limitar la cantidad de los alimentos y del alcohol que ingieran, para poder mantener óptimos niveles de glucosa sanguínea.

Es importante entender cómo la ingestión de alcohol afecta los niveles de glucosa sanguínea. El médico, el Educador en Diabetes Certificado y la nutrióloga pueden explicar y enseñar las reglas para el cálculo correcto del contenido calórico del alcohol y para incorporar el alcohol en el plan de alimentación, de una manera segura y no destructiva.

La Diabetes Mellitus impide a las mujeres tener hijos y ellas no deben de embarazarse

Si una mujer tiene Diabetes Mellitus, la manera de tener un embarazo sano y exitoso es prepararse con tiempo (los 3-6 meses previos a la concepción). El cuidado prenatal debe de comenzar antes de se embarace. Para una mujer con Diabetes Mellitus, es factible tener un embarazo sano, sin complicaciones para la mamá y para el bebé.

Cuando una mujer con Diabetes Mellitus se embarace, podrá proteger su propia salud y tener un bebé sano al mantener sus niveles de azúcar en sangre en el rango normal (70-100 mg/dL), tanto antes de la concepción como durante el embarazo.

Para prevenir problemas para la mamá y para el bebé, es importante asegurarse que su estado nutricional y el control de la Diabetes Mellitus sean óptimos.

La Diabetes Mellitus causa la amputación de los pies

El cuidado de los pies es un aspecto fundamental del tratamiento y autotratamiento de la Diabetes Mellitus. La finalidad del cuidado del pie en la Diabetes Mellitus es prevenir los daños, las lesiones y las úlceras en los pies, porque aquellos pueden conllevar la posibilidad de la amputación. La Diabetes Mellitus (la producción insuficiente de insulina en el cuerpo) mal controlada produce la hiperglucemia crónica y es ésta que es la verdadera causa de la gravedad de los daños y sus consecuencias. La hiperglucemia crónica contribuye a la neuropatía diabética, a trastornos de la circulación sanguínea de los vasos grandes y pequeños (la angiopatía), a la infección (por bacterias y hongos) del pie y a una resistencia local a los efectos positivos de los antibióticos utilizados en el tratamiento de la infección.

Por todos los motivos mencionados, el cuidado de los pies y de las piernas tiene que ser esmerado; aun los callos y las cortadas o lesiones pequeñas podrán conducir a consecuencias graves. Es recomendable evitar los baños calientes, el zapato ajustado o incómodo, el andar descalzo dentro o fuera de la casa y el corte redondo de las uñas (las uñas cuadradas no se entierran tan fácilmente).

La Diabetes Mellitus no controlada es responsable de casi 50% de todas las amputaciones de pie o de pierna (excluyendo las amputaciones traumáticas como, por ejemplo, las que resultan de los accidentes automovilísticos). La causa directa de estas amputaciones es la gangrena, que es resultado (a largo plazo) de los resultados de la hiperglucemia crónica.

Da el mismo resultado medir la glucosa en la sangre que en la orina

Hasta hace 20 años, medir la glucosa en la orina (que se llama la glucosuria) era el mejor modo de automonitorear los niveles de glucosa corporal. No existe una relación exacta entre los valores de glucosa en sangre y los en orina, y la falta de una correspondencia exacta y predecible imposibilitaba los óptimos niveles de glucosa sanguínea factibles hoy en día.

La glucosa en la orina aparece solamente cuando los valores de glucosa en sangre superan los 160-180 mg/dL (desafortunadamente, hay variación individual). Por eso, la medición de la glucosuria no permite afinaciones precisas en el automanejo de la Diabetes Mellitus porque no permite saber exactamente el valor de la glucosa en la sangre. Además, el nivel de glucosa en la orina no necesariamente refleja la situación existente en el momento de la determinación porque la orina puede haber sido producida mucho antes y después retenida largo tiempo en la vejiga.

Hoy en día, la disponibilidad de materiales para la medición de la glucosa en sangre (que se llama la glucemia), con el empleo de aparatos electrónicos de medición, permite afinar el control de la Diabetes Mellitus. Las determinaciones de la glucemia por punción no sólo permiten detectar con certeza una hipoglucemia o una hiperglucemia,

sino que constituyen una herramienta más precisa para establecer los ajustes en los medicamentos (insulina y/o antidiabéticos orales).

Incorporar el automonitoreo glucémico (del nivel de glucosa en la sangre) diario en el automanejo de la Diabetes Mellitus es muy útil, especialmente en situaciones de urgencia.