Proxectos colaborativos para a promoción de hábitos saudables entre a mocidade galega

2024

Estudo dos hábitos saudables de autocoidado, alimentación e actividade física entre a poboación infantil e xuvenil galega con diabetes tipo 1

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

CODINUGAL
Colexio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Galicia

COLEF Galicia

anedia

TÍTULO

Estudo dos hábitos saudables de autocoidado, alimentación e actividade física entre a poboación infantil e xuvenil galega con diabetes tipo 1

PROMOTORES

- Asociación de Nenas, Nenos e Xente Nova con Diabetes de Galicia (ANEDIA)
- Colexio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Galicia (CODINUGAL)
- Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia (COPGAL)
- Colexio Oficial de Licenciados en Educación Física e en Ciencias da Actividade Física e o Deporte de Galicia (COLEF Galicia)

AUTORES

Coordinador: Roberto Silva Piñeiro

Autores:

- María Carmen González Hermo
- Antonio Esteban Fuentes Saavedra
- María José Rego Lojo
- Arantxa Costas Rodríguez
- María González Rodríguez
- Laura Regueiro Folgueira
- David Novo Pantín
- Henrique Xoán Rodríguez Pantín
- Rubén Pérez Cabanas
- Roberto Silva Piñeiro

DATA

Abril 2024

ÍNDICE

1. PROBLEMÁTICAS 4
2. OBXECTIVO 5
3. METODOLOXÍA 6
4. RESULTADOS 7
5. VALORACIÓNS 21
6. CONCLUSIÓNS 25
7. REFERENCIAS 26

1. PROBLEMÁTICAS

Os malos hábitos de vida na infancia e a adolescencia son obxecto de preocupación en estudos internacionais dende hai varias décadas debido ao seu impacto na saúde a longo prazo. Para a poboación xeral, referímonos á falta de autocoidado e exercicio físico, unha alimentación pouco saudable, o consumo de substancias nocivas, así como un tempo excesivo no uso de pantallas electrónicas, que predispoñen a unha serie de problemas de saúde física e mental. Asemade, tamén poden agravar os desafíos asociados coa diabetes tipo 1, unha enfermidade crónica de orixe autoinmune que require un manexo coidadoso para evitar complicacións a medio e longo prazo.

Por unha parte, a percepción dos beneficios do coidado da saúde inflúen na mellor atención da saúde que poidan ter desde as primeiras idades e adolescencia. Aqueles que non perciben estes beneficios poden estar en maior risco de adoptar condutas pouco saudables (Rimal et al., 2005). O abuso de substancias e a falta de rutinas ou descanso poden aumentar o risco de trastornos como a depresión e a ansiedade, e afectar negativamente ao benestar emocional (Sawyer et al., 2018). Neste senso, unha peor calidade de vida na infancia e adolescencia pode anticipar un peor manexo e xestión da diabetes tipo 1, o que destaca a importancia do autocoidado mental na atención da enfermidade (Hilliard et al., 2013).

Asemade, para Pearson et al. (2017), a ausencia de actividade física na infancia e adolescencia está asociada cun maior risco de obesidade, diabetes tipo 2 e enfermidades cardiovasculares na idade adulta. A ausencia de práctica física tamén é un problema común entre os mozos con diabetes tipo 1. No traballo de Galaviz et al. (2019) atopouse que son moitos os nenos e adolescentes con diabetes tipo 1 que non cumpren coas recomendacións de actividade física, o que podería contribuír ao desenvolvemento de obesidade, resistencia á insulina e dificultades no manexo da glicemia.

Así, tamén a Organización Mundial da Saúde (OMS, 2016) sinala que a mala alimentación durante a infancia e adolescencia pode provocar deficiencias nutricionais e aumentar o risco de enfermidades crónicas. Un estudo realizado por Mayer et al. (2017) atopou que os nenos e adolescentes con diabetes tipo 1 a miúdo teñen unha inxesta non axeitada de froitas e verduras, e tenden a consumir máis alimentos ricos en graxas saturadas e azucres refinados, o que pode afectar negativamente ao seu control glicémico e empeorar o risco de complicacións cardiovasculares.

Para abordar estes problemas, sería necesario estudar as contornas e hábitos de vida e implementar intervencións a nivel individual, familiar e comunitario. A educación sobre vida saudable, o fomento da actividade física, a promoción dunha alimentación equilibrada e a regulación do acceso a pantallas electrónicas, son algunhas das estratexias recomendadas internacionalmente (OMS, 2020). Ademais é fundamental que os pais e nais, educadores/as e profesionais da saúde traballen xuntos para crear sinerxias que fomenten estilos saudables, seguros e sostibles desde a infancia ata a adolescencia.

En particular, os consellos sobre hábitos de vida saudables en persoas con diabetes tipo 1 céntranse en varios aspectos clave, incluídos os autocoidados, a alimentación equilibrada, a actividade física regular, o manexo correcto da medicación e o control de factores de risco adicionais. En canto á alimentación, as directrices da Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2020) e a Asociación Europea para o Estudo da Diabetes (EASD, 2019) salientan a importancia de seguir un plan de alimentación que controle os niveis de glicosa en sangue, manteña un peso saudable e reduza o risco de complicacións cardiovasculares.

Con respecto á actividade física, suxiren que as persoas con diabetes tipo 1 realicen polo menos 150 minutos á semana de exercicio aerobio moderado a vigoroso, distribuídos en varios días, xunto con exercicios de forza como mínimo dúas veces por semana. O manexo da medicación é fundamental para manter un control glicémico adecuado, polo que recomendan a adherencia estrita ao plan de tratamento prescrito polo médico, que inclúe a administración precisa de insulina, a vixilancia regular da glicosa en sangue e a atención médica continua para axustar o tratamento segundo sexa necesario.

2. OBXECTIVO

O obxectivo do estudo foi analizar de xeito multidisciplinar os hábitos saludables de autocoidado mental, alimentación e actividade física na poboación infantil e xuvenil galega con diabetes tipo 1.

3. METODOLOXÍA

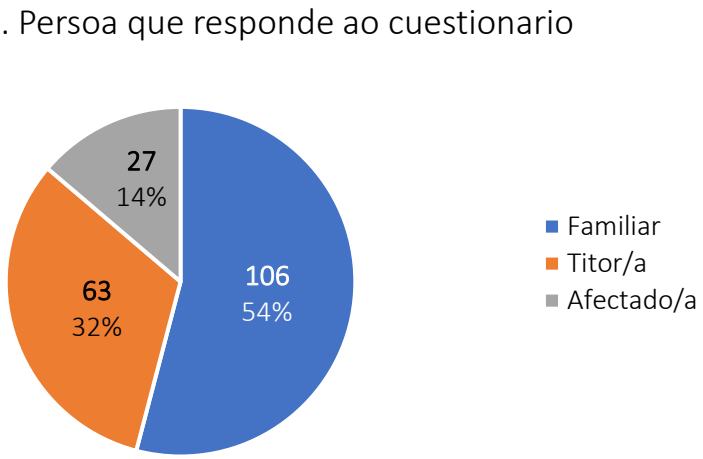
Mostra: 177 suxeitos, cunha idade media de 13,4 anos.

Instrumento: Formulario dividido, administrado electronicamente, e posto a disposición entre setembro e outubro de 2023. Constou de 4 partes cun total de 30 ítems de opción simple ou dicotómica (19), de opción múltiple (8), e tipo Likert (3). A parte xeral correspondeuse cos ítems 2-7; a de alimentación: cos ítems 8-16; a de autocoidado: cos ítems 17-23; e a de actividade física: cos ítems 24-30. O formulario foi dirixido a persoas con diabetes tipo 1 entre 3-20 anos, que no caso de non puideran completalo directamente, serían asistidos por unha persoa adulta (pai, nai ou titor) quen lles axudase nesta tarefa.

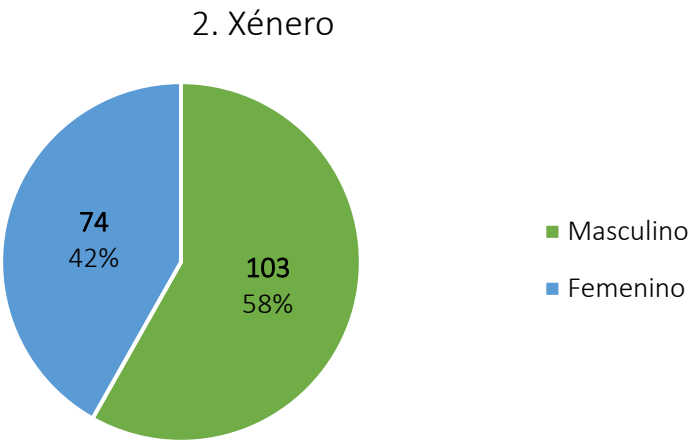
Protocolos:

- O estudo cumpre cos requisitos da Declaración de Helsinki para estudos con persoas (consultar requisitos), e normativa de protección de datos e consentimentos informados de participación.
- O estudo foi autorizado pola Comisión Ética do Colexio Oficial de Licenciados en Educación Física e Ciencias da Actividade Física e o Deporte de Galicia.
- Non se informaron conflitos de interese por parte dos autores.

4. RESULTADOS

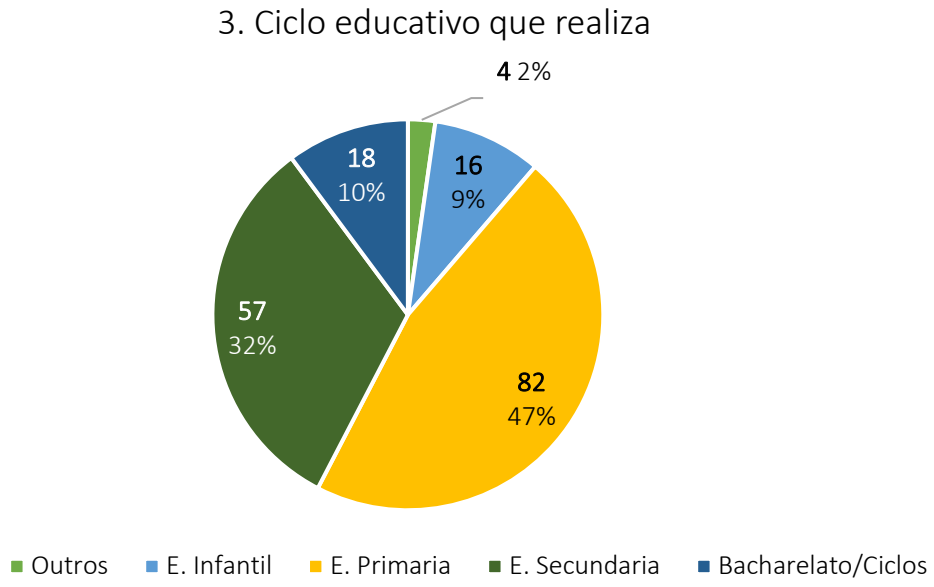


No que respecta aos participantes, pódese observar que na maior parte o cuestionario foi cuberto por familiares adultos ou titores, nalgún caso coincidentes nas dúas categorías, cun total de 169 respostas. Só 27 respostas foron realizadas polas persoas afectadas (Fig. 1).

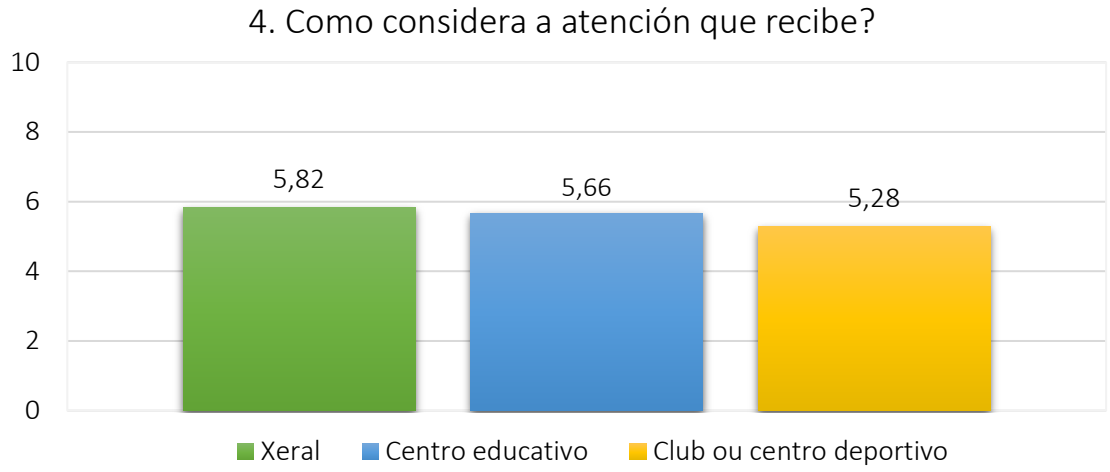


En canto ao xénero das persoas con diabetes tipo 1 participantes, destácase unha proporción maior de homes, cun total 103, fronte a 74 mulleres (Fig. 2).

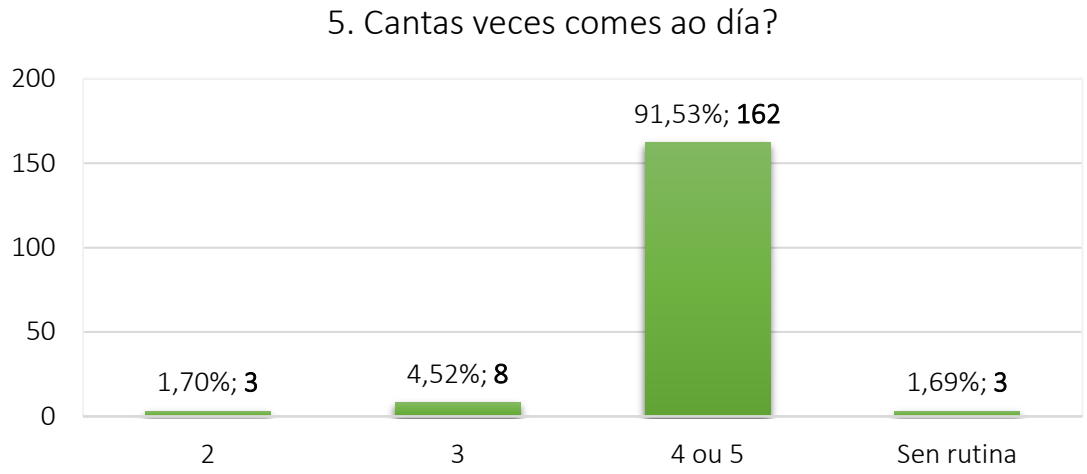
No que respecta á idade, a media de idade foi de 13,4 anos, e o ano de nacemento que comparten máis participantes foi 2012. En referencia ao ano de debut, aquel no que coinciden maior número é 2021, cun total de 44 persoas.



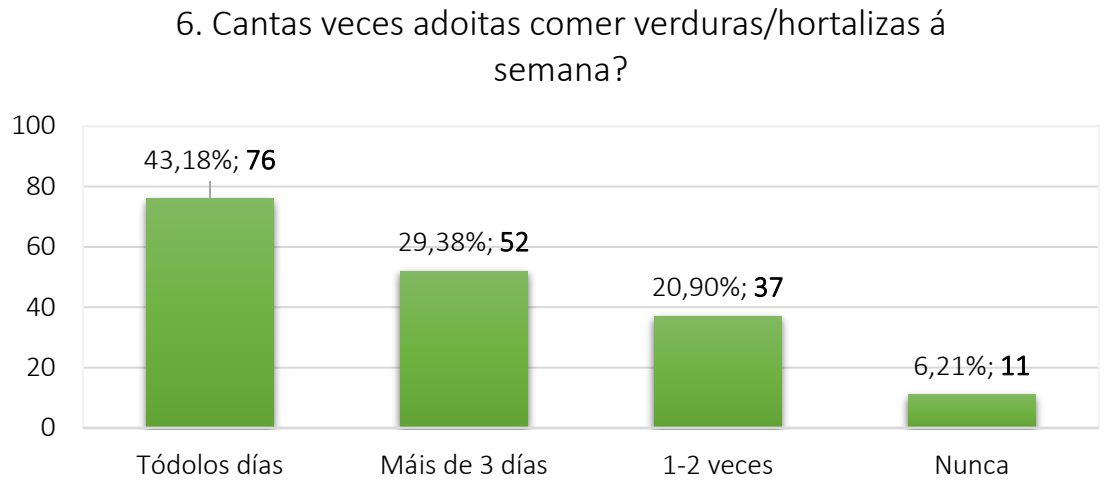
A maior parte das persoas en idade infantil, xuvenil ou persoas novas participantes, sitúanse na etapa de educación primaria, cun total de 82, seguida de 57 suxeitos cursando educación secundaria, 18 en bacharelato, 16 en educación infantil, e 4 noutras etapas educativas diferentes (Fig. 3).



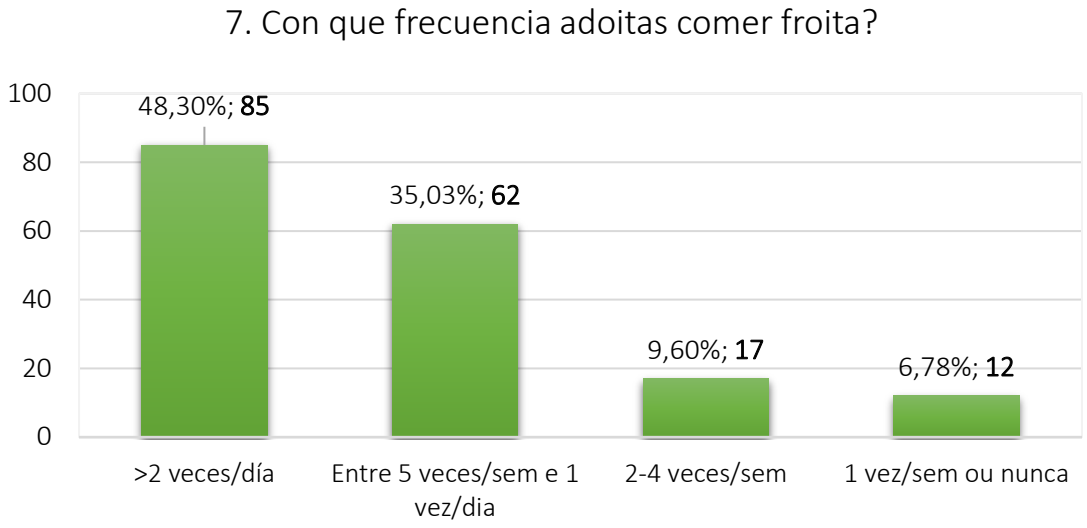
Destaca que a atención en xeral que reciben os suxeitos participantes con DT1 alcanzou os 5,82 puntos (base 10); en canto aos centros educativos foi de 5,66 puntos; e dos clubes ou centros deportivos de 5,28 puntos. A pesar de depender da experiencia individual e ser bastante similar entre os diferentes ámbitos, faise necesario profundar nas causas pola ampla marxe de mellora (Fig. 4).



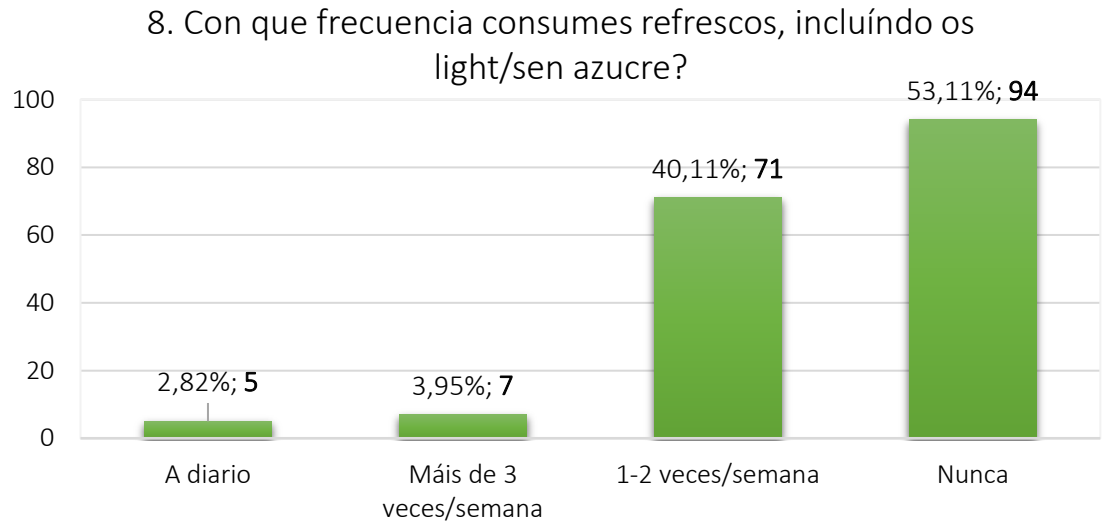
Máis dun 90 % dos/as participantes realizan entre 4 e 5 comidas ao día (almorzo, xantar, cea e merendas); só o 4,52% fai 3 comidas ao día. Por outra banda, menos do 2% realiza 2 comidas principais, mentres outro 1,69% recoñece non ter rutina de comidas establecida e picotea todo o día (Fig. 5).



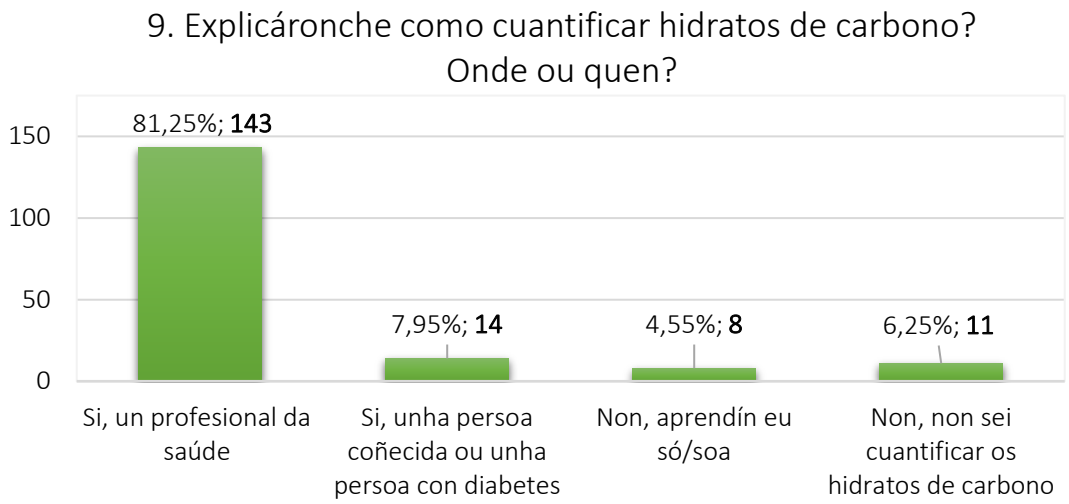
Os resultados amosan que menos da metade da poboación estudada, concretamente o 43%, consume verduras e hortalizas a diario. Cabe destacar que unha porcentaxe pequena pero importante dos enquisados, o 6%, recoñece non comer nunca vexetais. Case un 30% consume vexetais máis de 3 días á semana e un 21% consúmeos tan só 1-2 veces por semana (Fig. 6).



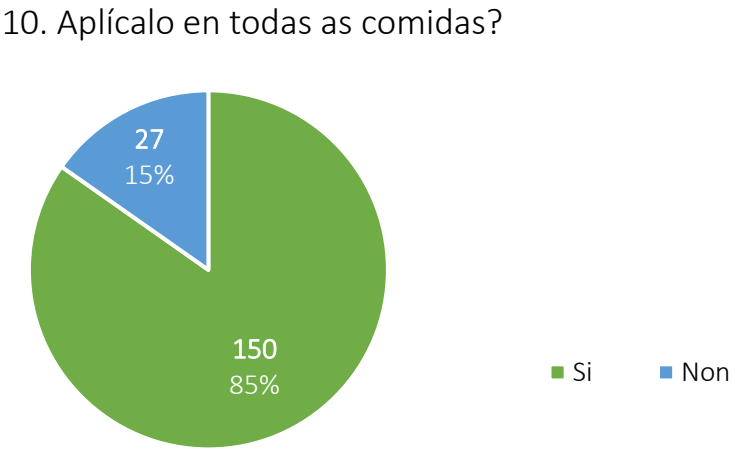
O 48,30% dos suxeitos realiza un consumo correcto de froitas de máis de 2 veces ao día. Pola súa parte, o 35% consume froita casi a diario, e case un 7% recoñece un consumo case inexistente de froita de 1 peza ou menos por semana (Fig. 7).



O 53% dos suxeitos non consumen nunca refrescos, o 40% consúmeos 1-2 veces por semana, e tan só o 3% recoñece facelo a diario. Atopamos datos especialmente elevados de inxesta de refrescos cunha frecuencia semanal no 40% dos enquisados (Fig. 8).

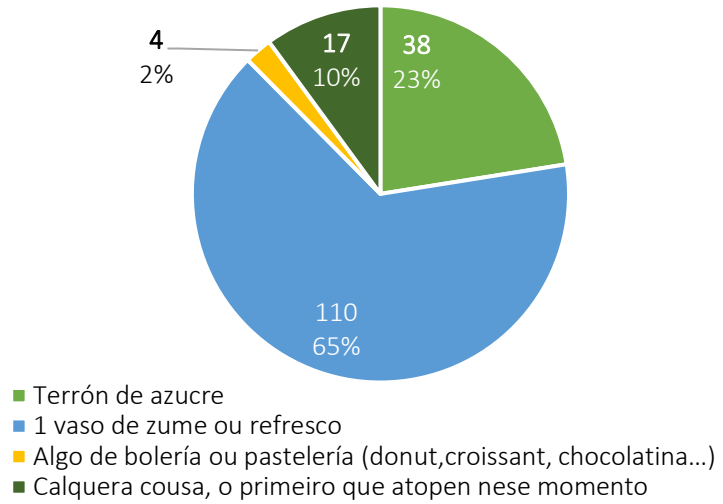


Para a importante tarefa de cuantificación de hidratos, máis dun 80 % dos/as participantes foron asesorado/as por un profesional da saúde, e arredor dun 8 % recibiron axuda dunha persoa coñecida ou con diabetes. Sen embargo, cómpre non pasar por alto como en torno ao 6 % non saben cuantificar os hidratos de carbono, o cal é considerado fundamental para un bo manexo da diabetes mellitus tipo 1 (Fig. 9).



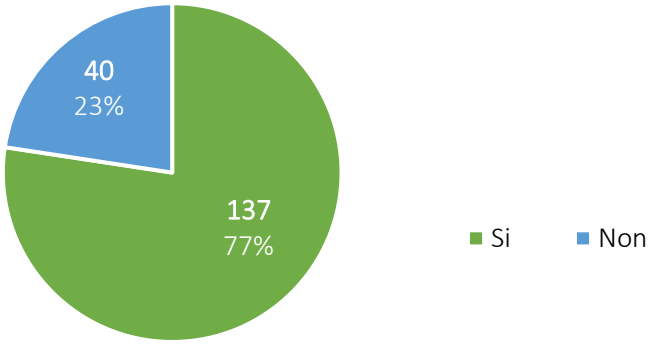
Así mesmo, os resultados amosan que un 15 % dos suxeitos non cuantifican os hidratos de carbono en todas as comidas, sendo en torno a un 85 % que si o fan (Fig. 10).

11. Que tomas para resolver os episodios de hipoglicemia leve?



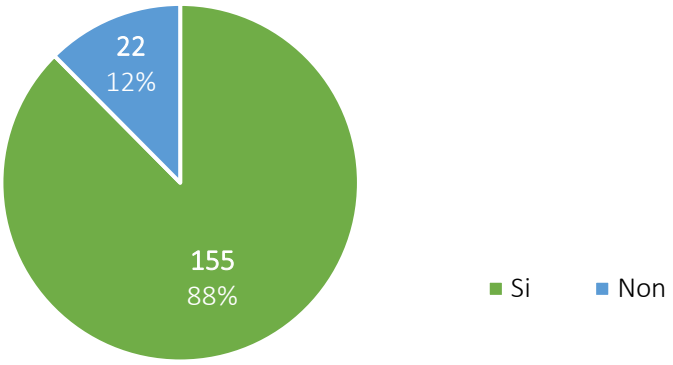
Podemos coñecer cal é a opción elixida polos/as participantes no momento de resolver os episodios de hipoglicemia leve, amosando un 65% polos zumes ou refrescos e un 23% predilección polos terróns de azucre. Do mesmo xeito, un 10 % dos/as enquisados/as recorren ao primeiro que atopan nese momento e un 2 % que empregan bolería ou pastelería como estratexias para remontar a hipoglicemia (Fig. 11).

12. Despois do debut da enfermidade, cambiaches os teus hábitos alimentarios?



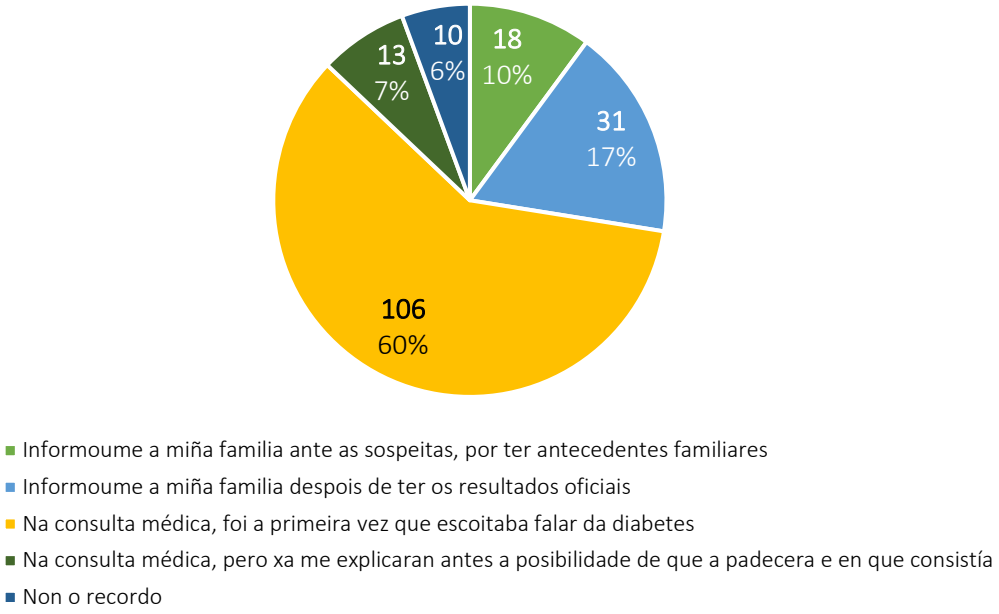
Tres cuartas partes dos/as participantes modificaron os seus hábitos alimentarios tralo debut diabético, mantendo a outra cuarta parte a súa alimentación previa. É importante ter en conta que, a certas idades, debido ás preferencias alimentarias e ás neofobias dietéticas, pode chegar a ser complexo que os/as nenos/as accedan a realizar comidas equilibradas (Monaghan et al., 2022) (Fig. 12).

13. Actualmente comedes todos igual na casa?



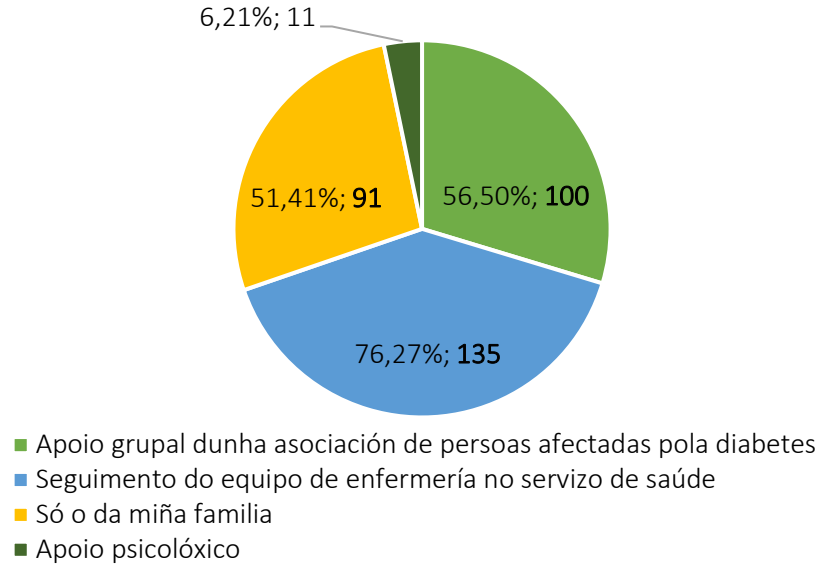
Podemos apreciar que unha ampla maioría dos/as participantes teñen unha alimentación común cos/as demais integrantes da familia, sendo un 12 % os/as que afirman comer distinto. A conduta alimentaria dos/as nenos/as e dos/as adolescentes con diabetes tipo 1 ten sido analizada en varios estudos, onde se observa como moitos/as amosan un comportamento disruptivo á hora de comer (Pierce et al., 2017). Sen embargo, o apoio no seo familiar ten unha incidencia directa no autocoidado da diabetes mellitus tipo 1 por parte dos/as rapaces/as (Henríquez & Cartes, 2018) (Fig. 13).

14. Como soubeches que tiñas Diabetes Tipo 1?



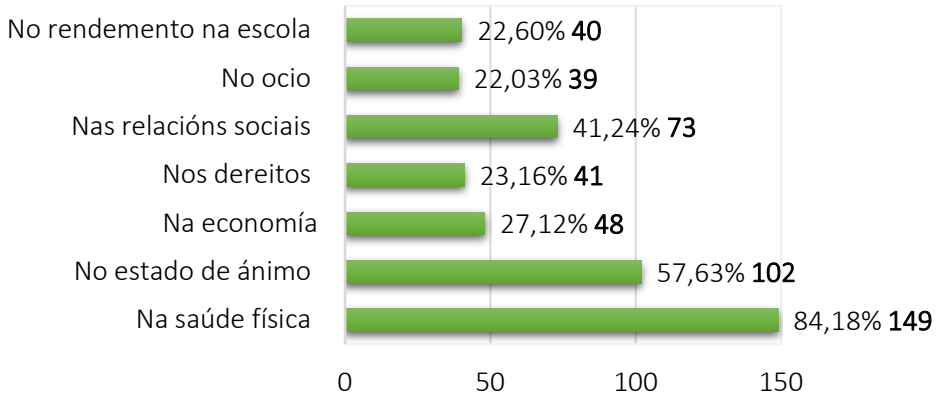
O 67 % dos menores diagnosticados recibiron a noticia na consulta médica, e o 60% nunca oíran falar antes da enfermidade. O 28% dos menores diagnosticados foron informados a través da familia, dos cales o 10% sabían que tiñan antecedentes de diabetes tipo 1 na familia (Fig. 14).

15. Que tipo de apoio recibiches tras o diagnóstico?*



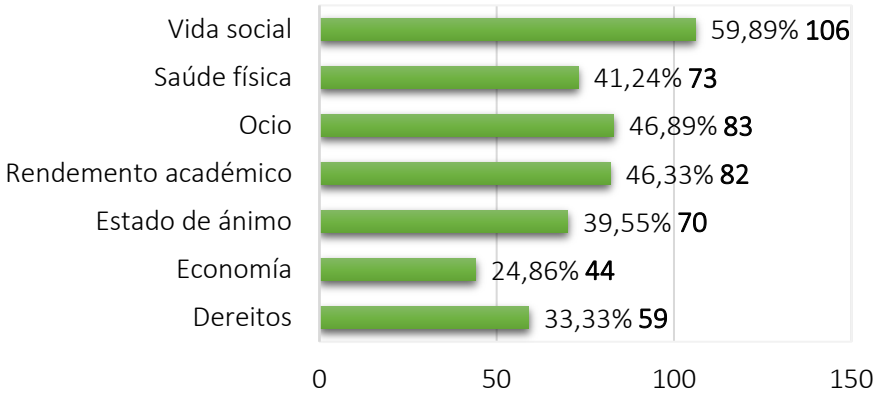
O 56,50% dos enquisados refiren recibir apoio de asociacións específicas de persoas con diabetes. O 76,27% mencionan que reciben apoio dos servizos sanitarios nos seus coidados. Só 6,21% recibe apoio de profesionais da psicoloxía na súa adaptación á enfermidade (Fig. 15).

16. En que área/s da túa vida detectaches cambios tras o diagnóstico?*



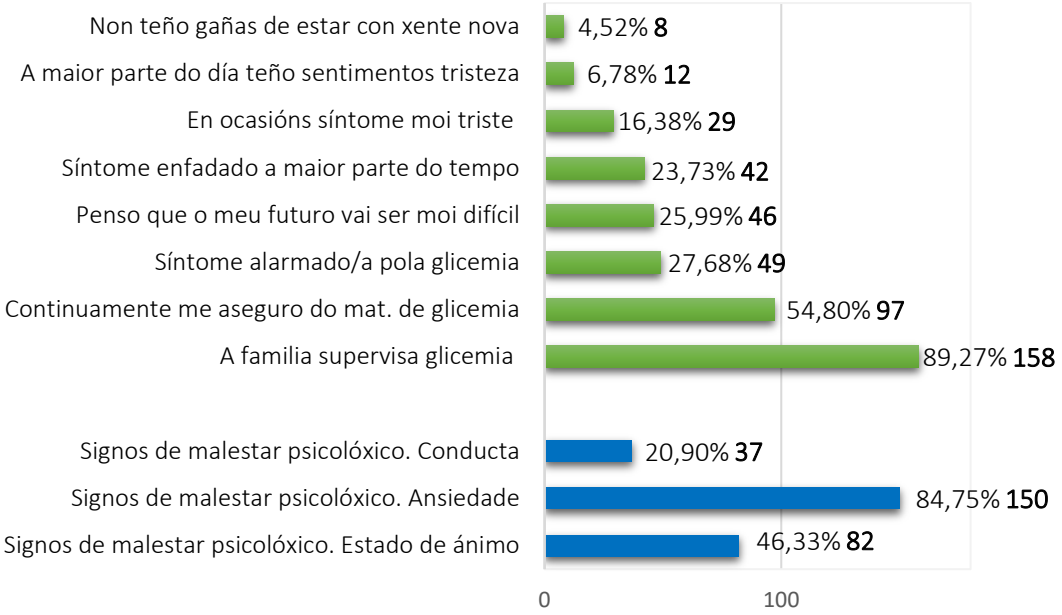
As áreas vitais máis afectadas son a da saúde física e a do estado de ánimo, sendo un 84,18% e un 57,63% respectivamente das persoas as que din percibir un deterioro nestas áreas respectivamente. Pódese afirmar deste xeito que diversas áreas da calidade de vida se ven afectadas tras un diagnóstico de diabetes tipo 1 (Fig. 16).

17. Cales destas áreas cres que están equiparadas na actualidade á tua vida antes do diagnóstico?*



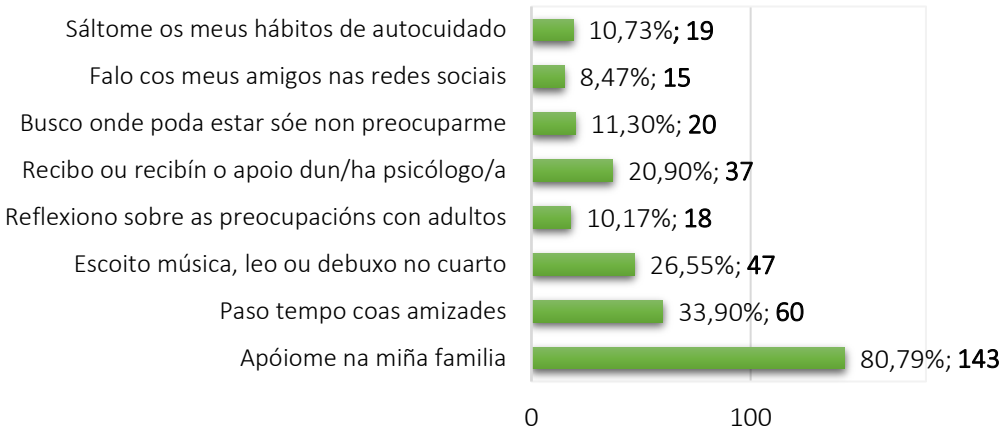
Tras o diagnóstico da enfermidade, as áreas nas que é máis fácil retomar os niveis de calidade de vida previos ao diagnóstico son o das relacións sociais, o ocio e o rendemento escolar (Fig. 17).

18. Sinala con cales destas afirmacións te identificas*



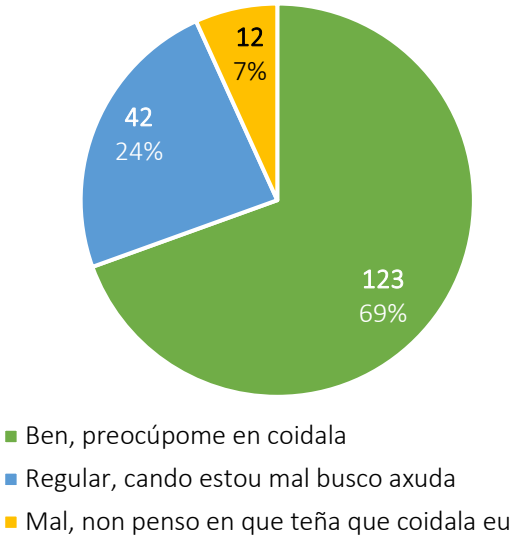
De todos os participantes, o 89,27% afirma recibir apoio extenso da familia para xestionar os coidados da glicemia. Ademais, tamén describen sufrir diversas alteracións psicolóxicas, presentando o 84,75 % dos menores signos de ansiedade, o 46,33% signos de alteracións emocionais, e un 20,90% mostra alteracións de conduta (Fig. 18).

19. Que fas cando aparecen algunhas das situacións da pregunta anterior?*



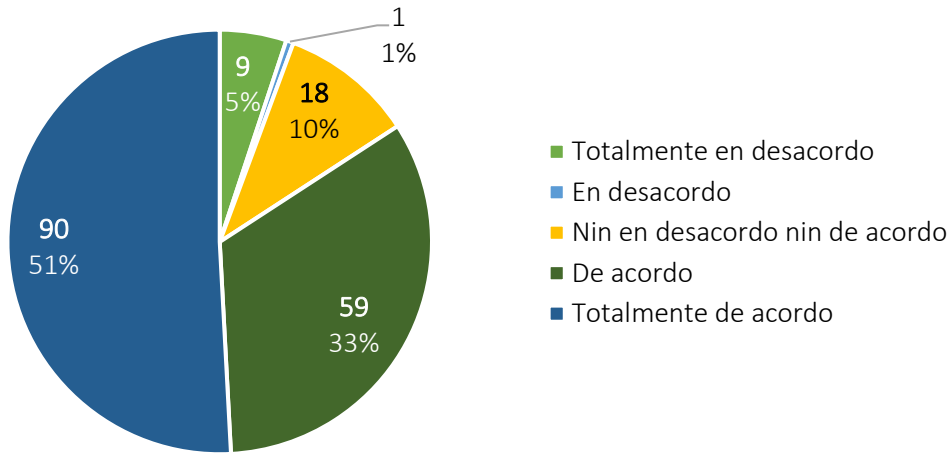
Ante as dificultades psicolóxicas xurdidas a partir do diagnóstico, un 20,90% das persoas confirman ter recorrido a axuda profesional para o seu afrontamento e un 10,73% indican que nos momentos de frustración descoidan os hábitos de autocoidado (Fig. 19).

20. Como dirías que coidas a túa saúde?



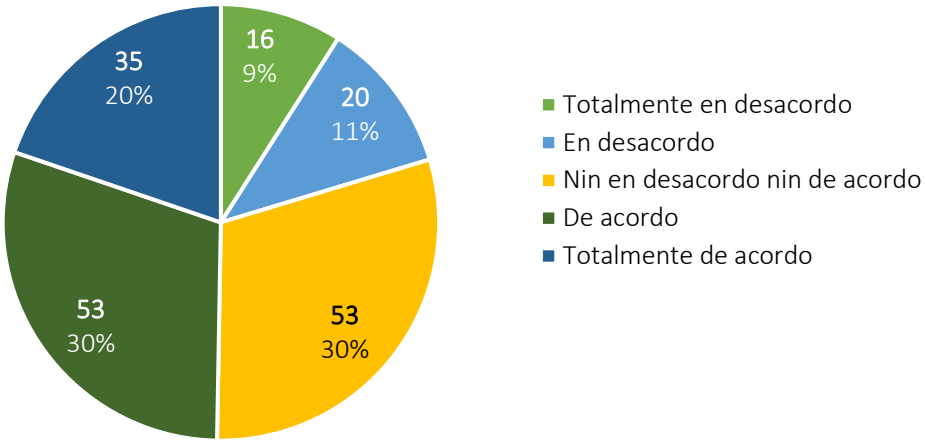
O 69% dos menores pensan que coidan ben a súa saúde. Isto pode indicar que en realidade as persoas se centran na saúde física xa que a pesar de que o 69% din que coidan ben a súa saúde, seguen a presentar signos de ansiedade e alteracións do estado de ánimo (Fig. 20).

21. Consideras fundamental a actividade física diaria para encontrarte mellor?



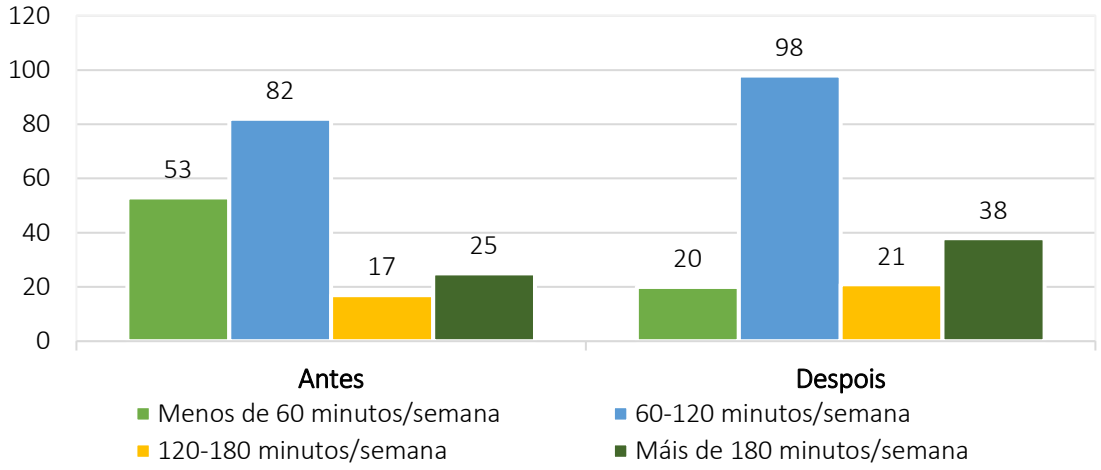
Máis da metade das respostas están totalmente de acordo (51%) mentres o 33% está de acordo. Un 10% dos enquisados non ten unha posición definida; mentres pola contra, un 1% se mostra en desacordo, e un 5% totalmente en desacordo (Fig. 21).

22. Aprendiches por ti mesmo a axustar o tratamento á actividade física e deportiva?



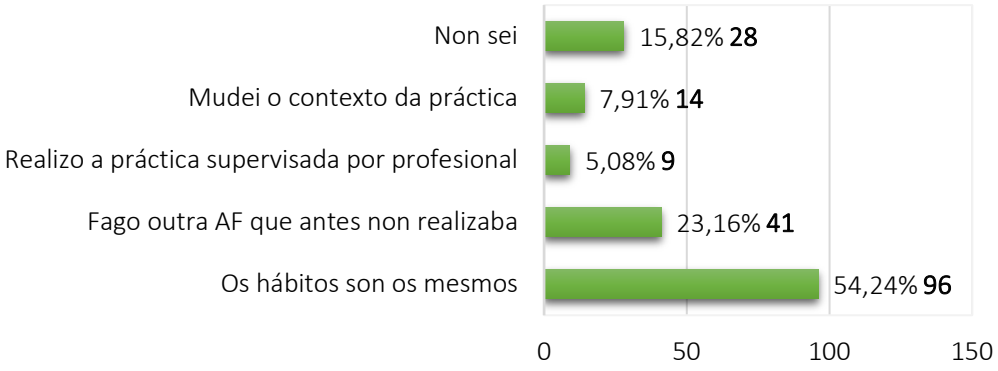
A metade dos participantes están totalmente de acordo (20%) ou de acordo (30%) con que foron elas mesmas as que aprenderon a pautar a súa actividade física e deportiva; mentres o 30% non o ten claro, o 11% está en desacordo, e o 9% está en total desacordo (Fig. 22).

23. Tendo en conta o antes e despois do diagnóstico de diabetes tipo I, canto tempo adicas á actividade física semanalmente?



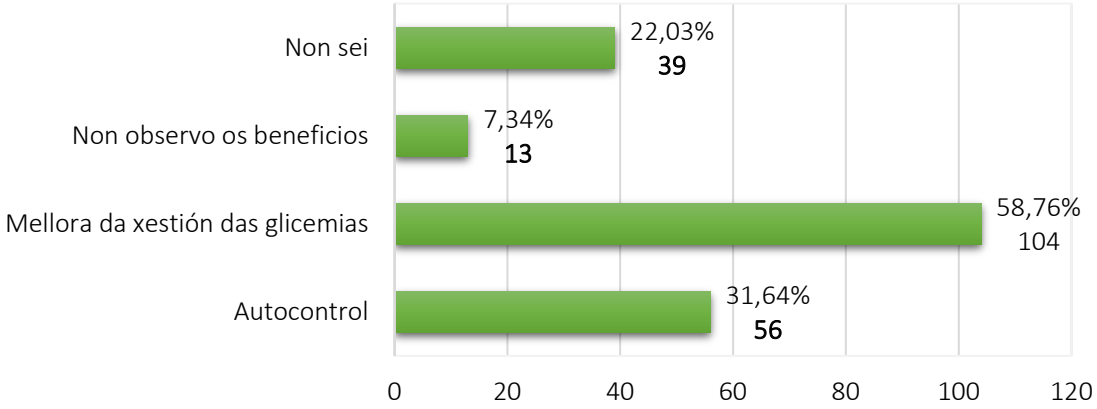
Podemos observar que as persoas que facían actividade física semanal <60´decreceu logo do diagnóstico (-19%); as que facían entre 60-120´aumentou (+9%); as que realizaban 120-180´ mellorou lixeiramente (2%); así como as que superaban os 180´ (+ 8%) (Fig. 23).

24. O diagnóstico de diabetes tipo I fixo que variaras os teus hábitos de actividade física ou práctica deportiva?*



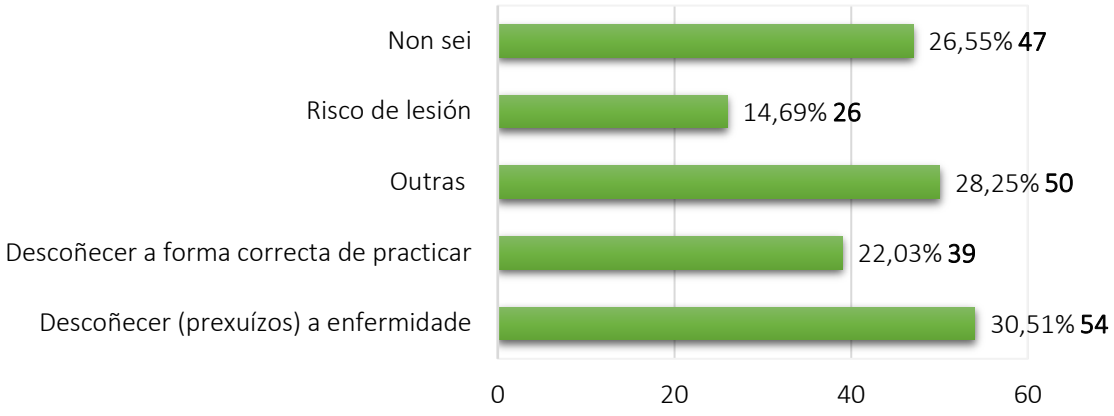
Mentres un 15% dos enquisados non ten clara a resposta, e arredor da metade (51%) considera que mantén os mesmos hábitos activos que antes do diagnóstico, o 22% afirma que aumentaron as actividades, o 5% que a realiza de forma supervisada, e o 7% que mudou o contexto de práctica (Fig. 24).

25. En que aspectos che está influindo a actividade físico deportiva que realizas?*



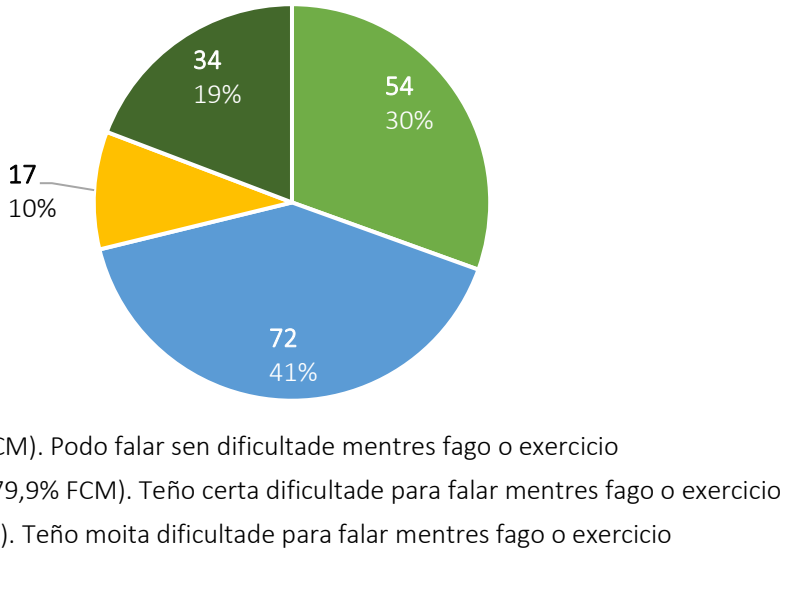
Mentres un 7,34 % dos enquisados non considera que teña ningún efecto e o 22,03% ten dúbidas, os aspectos da actividade físico deportiva de maior influencia foron a mellora do control da glicemia (58,76%) e o autocontrol (31,64%) (Fig.25).

26. Cales son as maiores barreiras que tés á hora de realizar actividade física ou deporte?*



Atopamos que un 26,55% de enquisados non sabe que contestar sobre as barreiras más importantes para facer actividade física, entre tanto o 30,51% indican que por descoñecer a enfermidade, o 22,03% pola forma correcta de practicar, o 14,69% polo risco de lesión, e o 28,25% por outras diferentes (Fig. 26).

27. Cando realizas actividade física ou deportiva, a que intensidade adoitas practicar?



Sobre a intensidade á que os enquisados realizan a práctica físico deportiva, un 19% non sabe posicionarse ao respecto, mentres unha parte importante realízaa de xeito moderado (41%) ou lixeiro (30%), e unha porcentaxe menor alcanza alta intensidade (10%) (Fig. 27).

5. VALORACIÓNS

Detrás de cada persoa con diabetes mellitus tipo 1 participante neste estudo hai un ou máis familiares ou titores/as que acompañan, educan, supervisan, xestionan e, dalgunha forma tamén padecen a mesma enfermidade. Unha das preocupacións que acostuman ter os pais e nais dos/as nenos/as con DM T1 radica na capacidade de xestión da enfermidade que van ter os/as pequenos/as no ámbito escolar (Streisand & Monaghan, 2014; Monaghan et al., 2022). Por iso, a lectura deste traballo terá utilidade tanto para persoas con DT1 como para a súa contorna, malia que merecen outros que poidan ampliar as respostas á súa situación como doentes ou coidadores/as no caso das familias.

A pesar de que non hai moitos estudos que sustenten a relación entre o COVID-19 e a Diabetes tipo 1, segundo Martínez et al. (2023), pódese esclarecer que a pandemia podería estar relacionada co aumento de debuts por diferentes razóns. Nestes anos a poboación evitaba acudir aos centros médicos por medo ao contaxio, polo que se produciron atrasos no diagnóstico así como a identificación de sintomatoloxía. Os hábitos de vida mudaron, aumentando o sedentarismo e os cambios na alimentación. Aumenta ademais o estrés, ao estar ante unha situación descoñecida e hai unha maior exposición a factores ambientais como son as infeccións virais, polo que se podería favorecer o desenvolvemento da enfermidade en persoas predispostas xeneticamente.

Tendo en conta que as rutinas a hora de comer e a calidade da dieta son as bases para acadar os obxetivos glicémicos, incidir na educación nutricional cun adecuado asesoramento por parte de persoal con formación específica será fundamental para unha óptima rutina de alimentación (Christie et al., 2014). É indispensable que os doentes poidan contar con profesionais especializados que os poidan axudar a coñecer e adaptar o número de comidas e o tipo segundo o seu caso, asegurando unha correcta planificación alimentaria para un mellor manexo da diabetes (Annan et al., 2022).

Calquera persoa, incluídos os rapaces e rapazas tanto en etapas infantís como na adolescencia, deberían inxerir verduras e froitas a diario (Cuervo et al., 2010; Palenzuela et al. 2014). Sen embargo nos datos acadados a inxesta de vexetais dentro dunhas frecuencias de consumo recomendadas non alcanza a metade dos enquisados. Estes datos concordan cos resultados que podemos atopar sobre frecuencias de consumo en poboación xeral sen patoloxías, así como outros datos sobre inxesta de alimentos en adolescentes sen patoloxías, entre os que tamén se observa unha inxesta de verduras máis baixa do recomendado, tanto a nivel estatal como en adolescentes europeos (Palenzuela, 2014; Jiménez et al., 2015).

As recomendacións sobre o consumo diario de froita diario suxiren acadar polo menos 2-3 pezas de froita ao día (Cuervo et al., 2010; ASPC, 2017). Pola contra, entre os nosos datos case un 7% dos enquisados non inxire apenas froita áa semana e só un 48% a inxire a diario; esta porcentaxe é semellante á doutros estudos realizados en adolescentes tanto en España como en Europa (Palenzuela et al., 2014). Recoñecendo pois que a inxesta de verdura e froita é un aspecto básico para favorecer un correcto control glicémico que se atopa lonxe de acadar, e para contribuir a un bo manexo da enfermidade, é importante que os doentes con DM tipo 1 comprendan o impacto que ten sobre eles a alimentación. A este respecto parece imprescindible deseñar estratexias de modificación de hábitos alimentarios que melloren a calidade de vida e diminúan o risco para a saúde. Para lograr que estes programas sexan efectivos deben implicar a familias, educadores/as, profesionais sanitarios, institución e todo o contorno social e comunitario que rodea os rapaces e familias (Annan et al., 2022; AESAN, 2010).

Os datos concordan con estudos sobre hábitos alimentarios do mundo occidental que se caracterizan por un consumo excesivo de enerxía provocado, entre outros alimentos, polos refrescos (Jiménez et al., 2013). Aínda que a auga debería ser a única fonte de hidratación (Cuervo et al. 2010; Benjamin, 2018) e sábese que a adolescencia supón un momento clave para instaurar hábitos de alimentación (Annan et al., 2022; Jiménez et al., 2013), os datos parecen indicar que precisamente o consumo de refrescos faise máis patente nesta etapa.

Será fundamental alentar a evitar o consumo de refrescos xa que se asocia a un aumento de peso corporal e ademais as bebidas azucradas causan picos de glicosa postprandial que son difíciles de solucionar de maneira adecuada con insulina. A pesar de non conter sacarosa, tamén convén evitar o consumo de bebidas “light” ou edulcoradas, quedando relegadas só a ocasións moi esporádicas (Annan et al., 2022; ASPC, 2017). Nesta liña, é interesante poñer en valor como a educación en diabetes proporcionada por profesionais da saúde pode aumentar o coñecemento e a comprensión da enfermidade, así como a motivación para o seu control (Christie et al., 2014).

Cada vez somos máis conscientes de que a xestión da diabetes en nenos pequenos pode ser un desafío por diversas razóns, tanto fisiolóxicas, como por exemplo, unha maior sensibilidade á insulina, como condutuais ou emocionais, estritamente relacionadas coa madurez cognitiva; o que xera que as necesidades individuais dos/as rapaces/as troquen constantemente. Cada vez máis estudos amosan como unha educación específica para nenos/as con diabetes tipo 1 en comparación cunha educación estándar mellora o manexo da enfermidade (Streisand & Monaghan, 2014); o cal ten una gran relevancia xa que unha mala adaptación á patoloxía durante os primeiros anos pode xerar consecuencias adversas difíciles de reverter (Pierce et al., 2017).

Incluso algúns expertos establecen que para unha boa práctica clínica neste sector da poboación son necesarias unidades de diabetes pediátrica compostas por equipos multidisciplinares que inclúan: pediatras, psicólogos/as, enfermeiros/as, nutricionistas e traballadores/as sociais (Ziegler & Neu, 2018), aos que podemos incorporar aos educadores/as físico deportivos/as, que traballan na actualidade máis desde o ámbito socio-sanitario.

Non se pode pasar por alto que, en determinadas ocasións, o temor ás hipoglicemias graves condiciona as eleccións dietéticas feitas para elevar a glicemia (Pierce et al., 2017) e pode incluso prexudicar a calidade do control da glicemia cando comportamentos de evitación da hipoglicemia conducen a valores altos de glicosa en sangue (Ziegler & Neu, 2018). Por iso, é de vital importancia que tanto os/as nenos/as como os/as adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 leven sempre consigo unha fonte axeitada de hidratos de carbonos de acción rápida para poder actuar inmediatamente dun xeito apropiado ante hipoglicemias leves (Neu et al., 2022).

O impacto do diagnóstico, prognóstico e tratamento da diabetes pode provocar no doente respostas psicolóxicas e sociais que repercutan na súa saúde mental. Na enquisa realizada detéctase que a maioría non reciben atención psicolóxica nin apoio tras o diagnóstico da enfermidade. Entre os problemas que se presentan con máis frecuencia, sexa en idade infantil ou adulta, están a depresión, ansiedade, disfuncións sexuais, dificultades de rendemento laboral e sentimentos de soidade. Pola súa parte entre os menores tamén se atopa sintomatoloxía equiparable. Algúns estudos recentes poñen de manifesto que se dá unha taxa de 14% de trastorno de ansiedade e de 40% de síntomas ansiosos nos doentes con diabetes. En particular, Baeriswyl (2007), recolleu datos que son coherentes cos acadados. En relación ao grupo control, os/as nenos/as do grupo experimental tiveron máis sintomatoloxía depresiva, máis sintomatoloxía ansiosa (Ansiedade Estado), máis sintomatoloxía ansiosa (Ansiedade Rasgo), e máis problemas de conduta. Asemade, outras investigacións (Crane et al., 2013; Anderson et al., 2001), que estudaron o efecto de diferentes intervencións psicolóxicas sobre a evolución dos pacientes con diabetes, defenden que os programas educativos axudan a aumentar o coñecemento da enfermidade, pero non son suficientes para mellorar o control metabólico; que as intervencións psicosociais e o adestramento en estratexias de afrontamento, poden ter un efecto positivo sobre o control metabólico, e que as intervencións familiares axudan a reducir os conflitos paterno-filiais sobre o manexo da diabetes.

Unha vez se diagnostica a un neno/a ou adolescente con diabetes tipo 1, o tratamento que se realizará é de vital importancia. Non só o farmacolóxico é relevante, senón que a actividade física vai ser un importante instrumento non farmacolóxico para mellorar a calidade de vida dos que a padecen. Neste sentido, a actividade física desempeña un papel básico na xestión e tratamento da diabetes tipo 1, destacando como aspectos fundamentais que provoca, a mellora da sensibilidade á insulina e o control glicémico.

Diferentes investigacións, como a de Colberg et al. (2010), reflicten como o exercicio de forma regular reduce a resistencia periférica á glicosa; mentres Boule et al., (2003) asocian a actividade física á prevención de problemas cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 1; e Calvo e Gómez (2012), nunha revisión de numerosos estudos, expoñen que o exercicio físico mellora o control metabólico e a función cardiorrespiratoria en pacientes adolescentes con diabetes tipo 1.

A evidencia científica menciona a actividade ou exercicio físico como un instrumento de control sobre a diabetes na que todos os estudos coinciden. Neste sendo destacan os estudos de Riddell et al., (2017) e Gargallo et al., (2021), que conclúen que é de vital importancia adaptar o exercicio á persoa con DM1, valorando factores como a idade ou condición física e sobre todo controlando o tipo de exercicio que se vai realizar, a intensidade ou o seu volume, xa que o mal control sobre estas variantes pode provocar o abandono do exercicio físico pola súa parte (San Millán, 2020).

Con respecto ás idades pediátricas ou adolescentes, debemos resaltar a importancia ou a incidencia que a familia, escola e profesionais teñen á hora de influenciar na práctica deportiva, xa que son fundamentais para a adherencia á mesma e xerar os hábitos necesarios para cada persoa, xa que como menciona Calvo & Gómez (2012), os nenos/as con DM1 poden realizar calquera actividade física ou mesmo deporte de competición sempre e cando teñan un control metabólico correcto. Pola súa parte, a gran maioría de estudos expoñen a necesidade de seguir investigando sobre cal é o exercicio físico máis recomendado e como poder planificalo.

6. CONCLUSIÓNS

A poboación infantil e xuvenil con diabetes tipo 1 analizada mantén hábitos de vida saudables, pois maioritariamente comen froitas e verduras de xeito habitual, consumen bebidas procesadas de maneira ocasional ou para resolver hipoglicemias, contan hidratos de carbono para axudar na xestión das súas glicemias, e practican actividade física lixeira ou moderada.

Estes hábitos, nunha alta porcentaxe dos casos, foron adquiridos baixo asesoramento médico tras o diagnóstico da enfermidade e aplicados a toda á familia, e que son o apoio principal para o control da glicemia e responsabilidades con respecto á enfermidade, e coas que comparten maioritariamente o mesmo tipo de alimentación.

A atención xeral como por parte dos centros escolares e deportivos que perciben as persoas xoves con DT1 participantes denota unha ampla marxe de mellora. Recoñecen un grande apoio sobre todo por parte do servizos sanitarios e tamén das asociacións de doentes, onde realizan unha aprendizaxe fundamental entre iguais.

Logo do debut, os suxeitos participantes manifestan sufrir cambios físicos e de estado de ánimo, e o 85% recoñece algún síntoma de ansiedade. Neste senso, malia que opinan que a actividade física ten un impacto claro na xestión da súa enfermidade, o 50% non considera importante realizar actividade física a diario. A maioría dos suxeitos (70%), entenden que se coidan con referencias correctas, pero recoñecen que aprenderon (80%) por si mesmos a pautarse a actividade física ou non o teñen claro, e que non outorgan especial relevancia a acudir a un educador/a físico deportivo/a ou psicológo/a para supervisar as rutinas físicas ou psicolóxicas respectivamente.

De cara a mellorar a situación aquí reflectida, faise evidente a necesidade de contar con equipos multidisciplinares na atención da DT1 que incorporen profesionais da psicoloxía, dietética-nutrición e educación físico deportiva, así como en enfermería especializada e traballo social.

7. REFERENCIAS

Agencia de Salud Pública de Cataluña- ASPC. La alimentación saludable en la etapa escolar 2017. Barcelona

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición – AESAN. Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos, 2010. Madrid.

American Diabetes Association – ADA. 4. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. Diabetes Care, 2020, 43(Supplement 1), S98-S110.

Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care 2001; 24(6): 1069-1078.

Annan S.F, Higgins L.A, Jelleryd E, Hannon T, Rose S, Salis S, Baptista J et al. Manejo nutricional en niños y adolescentes con diabetes. Guías de Práctica Clínica de la ISPAD 2022.

Baeriswyl, K. Salud mental, factores psicológicos y familiares en niños diabéticos tipo 1 entre los 8 y 12 años que viven en la V región. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto-Juvenil. Metodológico: Iris Gallardo. 2007. Universidad de Chile.

Benjamin-Neelon, S. E. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Benchmarks for Nutrition in Child Care. J. Acad. Nutr. Diet. 2018; 118 (7): p. 1291-1300.

Calvo-Muñoz I, Gómez, A. Efecto del ejercicio físico sobre el control metabólico y la función cardiorrespiratoria en niños y adolescentes con diabetes mellitus 1. Revisión sistemática. Avances en diabetología 2012. Vol.28. Núm.1 10-18.

Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith F, Jamieson E, Hargreaves K, Ingold A, Brooks L, Wiggins M, Oliver S, Jones R, Elbourne D, Santos A, Wong IC, O'Neill S, Strange V, Hindmarsh P, Annan F, Viner R. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation- the CASCADE study. Health Technol Assess. 2014 Mar;18(20):1-202. doi: 10.3310/hta18200. PMID: 24690402; PMCID: PMC4781436.

Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, Chasan-Taber L, Albright AL, Braun B. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement executive summary. Diabetes Care 2010. 33:2692-6.

Crane P, Walker R, Hubbad R, Li G, Nathan D, Zheng H, et al. Glucose Levels and Risk of Dementia. The New England Journal of Medicine 2013; 369:540-548.

Cuervo, M.; Abete, I.; Baladia, E.; Corbalán, M.; Manera, M.; Basulto, J.; Martínez, A. Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD). Ingestas dietéticas de referencia para la población española. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra (EUNSA), 2010.

Galaviz, K. I., Narayan, K. M., Lobelo, F., Weber, M. B., & Kadir, M. M. (2019). Lifestyle and the prevention of type 2 diabetes: a status report. American journal of lifestyle medicine, 13(5), 451-464.

Gargallo-Fernández M, Escalada-San Martín J, Chico Ballesteros A, Lecumberri- Pascual E, Tejera- Pérez C, Fernández García JC, Rozas Moreno P, Marco Martínez, Gómez Peralta F, López Fernández J. (2021). Recomendaciones clínicas para la práctica del deporte en personas con diabetes mellitus. Guía RECORD

Henríquez-Tejo R, Cartes-Velásquez R. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus tipo 1 en niños, adolescentes y sus familias. Revisión de la literatura [Psychosocial impact of type 1 diabetes mellitus in children, adolescents and their families. Literature review]. Rev Chil Pediatr. 2018 Jun;89(3):391-398. Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062018005000507. PMID: 29999147.

Hilliard, M. E., Mann, K. A., Peugh, J. L., & Hood, K. K. (2013). How poorer quality of life in adolescence predicts subsequent type 1 diabetes management and control. Patient Education and Counseling, 91(1), 120-125.

Jiménez-Pavón D, Sesé MA, Huybrechts I, Cuenca-García M, Palacios G, Ruiz JR et al. Dietary and lifestyle quality indices with/without physical activity and markers of insulin resistance in European adolescents: the HELENA study. Br J Nutr 2013; 110: 1919-1925.

Mayer-Davis EJ, Lawrence JM, Dabelea D, Divers J, Isom S, Dolan L, Imperatore G, Linder B, Marcovina S, Pettitt DJ, Pihoker C, Saydah S, Wagenknecht L; SEARCH for Diabetes in Youth Study. Incidence Trends of Type 1 and Type 2 Diabetes among Youths, 2002-2012. N Engl J Med. 2017 Apr 13;376(15):1419-1429. doi: 10.1056/NEJMoa1610187. PMID: 28402773; PMCID: PMC5592722.

Martínez, L., Redondo, V., Cabanas, P., Castro, F., Barreiro, J. ¿Ha supuesto la pandemia por COVID-19 un aumento de la cetoacidosis diabética al debut de la diabetes mellitus tipo 1?. Rev Pediatr Aten Primaria. 2023, 32: e67.

Monaghan M, Bryant BL, Inverso H, Moore HR, Streisand R. Young Children with Type 1 Diabetes: Recent Advances in Behavioral Research. Curr Diab Rep. 2022 Jun;22(6):247-256. doi: 10.1007/s11892-022-01465-0. Epub 2022 Apr 18. PMID: 35435615; PMCID: PMC9013975.

Neu A, Bürger-Büsing J, Danne T, Dost A, Holder M, Holl RW, Holterhus PM, Kapellen T, Karges B, Kordonouri O, Lange K, Müller S, Raile K, Schweizer R, Sengbusch SV, Stachow R, Wagner V, Wiegand S, Ziegler R. Diagnosis, Therapy and Follow-Up of Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2019 Dec;127(S 01):S39-S72. doi: 10.1055/a-1018-8963. PMID: 31860926.

Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: niño y adolescente. OMS. 2016.

Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. OMS. 2020.

Palenzuela Paniagua SM, Pérez Milena A, Pérula de Torres LA, Fernández García JA, Maldonado Alconada J. La alimentación en el adolescente. An Sist Sanit Navar 2014; 37: 47-58

Pearson, N., Biddle, S. J., & Gorely, T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. Public health nutrition. 2017, 20(15), 2672-2688.

Pierce JS, Kozikowski C, Lee JM, Wysocki T. Type 1 diabetes in very young children: a model of parent and child influences on management and outcomes. Pediatr Diabetes. 2017 Feb;18(1):17-25. doi: 10.1111/pedi.12351. Epub 2015 Dec 29. PMID: 26712357; PMCID: PMC7418073.

Riddell MC, Gallen IW, Smart CE, Taplin CE, Adolfsson P, Lumb AN, et al. Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017; 5:377–90.

Rimal, R. N., Lapinski, M. K., Cook, R. J., & Real, K. Moving toward a theory of normative influences: How perceived benefits and similarity moderate the impact of descriptive norms on behaviors. Journal of health communication 2005, 10(5), 433-450.

San Millán, I. Diabetes tipo 1 y ejercicio. Revista Española de Endocrinología pediátrica 2020; 11.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health 2018, 2(3), 223-228.

Streisand R, Monaghan M. Young children with type 1 diabetes: challenges, research, and future directions. Curr Diab Rep. 2014;14(9):520. doi: 10.1007/s11892-014-0520-2. PMID: 25009119; PMCID: PMC4113115.

Ziegler R, Neu A. Diabetes in Childhood and Adolescence. Dtsch Arztebl Int. 2018 Mar 2;115(9):146-156. doi: 10.3238/arztebl.2018.0146. PMID: 29563012; PMCID: PMC5876549.

Estudo dos hábitos saudables de autocoidado, alimentación e actividade física entre a poboación infantil e xuvenil galega con diabetes tipo 1