



SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

COORDINACION TECNICA DE PROGRAMAS

Programa de Salud del Adulto y el Anciano

CLUBES DE DIABETICOS GUIA TECNICA PARA SU FUNCIONAMIENTO



“Lo que es bueno para las personas con diabetes es bueno para todos”



A Y U D A M U T U A

DIRECTORIO

Dr. Juan Ramón de la Fuente
Secretario de Salud

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Control
de Enfermedades

Dr. Oscar Velázquez Monroy
Coordinador de Vigilancia Epidemiológica

Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus
Coordinador de Asesores
de la Subsecretaría de Prevención
y Control de Enfermedades

Dr. Octaviano Domínguez Márquez
Coordinador Técnico de Programas

Dr. J. Héctor Gutiérrez Avila
Director del Programa de Salud
del Adulto y el Anciano

Dr. Agustín Lara Esqueda
Subdirector de Prevención y control
de Enfermedades Crónicas degenerativas

Dr. Raúl Guadalupe González
Jefe del Departamento de Diabetes

COLABORACION TECNICA

DY. J. Héctor Gutiérrez Avila

DY. Agustín Laya Esqueda

DY. Raúl Guadalupe González

Dra. Juana Sánchez Montes

Dra. Rosa Aurora Jiménez

DY. Federico Lazcano Ramírez

DY. Vicente Jurado Barranco

Dra. Margarita Piñeyro Márquez

DY. Adelaido Uribe Flores

DY. Eugenio Robles López

INDICE

10 Verdades que todos debemos saber sobre la diabetes.

10 Verdades que todos debemos saber sobre la hipertensión

	Pag.
I. ¿ Qué es un club para personas con diabetes?	1
II. ¿ Para qué sirve el club ?	2
III. ¿Qué actividades se realizan en el club ?	4
IV Curriculum del paciente diabético	10
V. Principios para la educación del paciente	12
VI. Estrategias para inducir cambios permanentes de conducta	15
VII ¿Cómo se organiza un club	19
VIII ¿ Cómo sabemos si el club ha sido de utilidad ?	24
IX. Avances en la formación de los clubes para personas con diabetes	26

MATERIAL DE APOYO TECNICO

- **Guía de capacitación para personas con diabetes., curriculum del paciente diabético.**
- **Guía de alimentación saludable**
- **Guía de actividad física.**
De todo corazón (PROESA)
El ejercicio y su salud.

10 VERDADES QUE TODOS DEBEMOS SABER SOBRE LA DIABETES

1. Cualquier persona *puede llegar a tener diabetes esto significa que cualquiera de nosotros está expuesto a los factores de riesgo.*
2. *La diabetes es prevenible; su prevención ayuda a evitar otras graves enfermedades.*
3. *Uno de cada 10 mexicanos mayores de 30 años tiene diabetes.*
4. *La diabetes es una enfermedad que puede cursar de manera silenciosa durante un largo tiempo (7 a 10 años); tres de cada 10 diabéticos desconocen su enfermedad*
5. *La falta de actividad física, la obesidad y los antecedentes familiares son factores de riesgo de diabetes. A nivel mundial la población de nuestro país, se encuentra entre las de alto riesgo.*
6. *La diabetes es una alteración progresiva, cuyo control requiere cambios permanentes en cuanto a actividad física alimentación saludable y control de peso.*
7. *La diabetes mal controlada puede producir graves daños como infarto ceguera, amputación de pies e insuficiencia del riñón.*
8. *Todas las personas con diabetes deben ser capacitadas para controlar su enfermedad bajo supervisión médica.*
9. *El control de la diabetes se logra gracias a la participación del enfermo y sus familiares atendiendo las orientaciones del médico y el equipo de salud.*
10. *A su vez las personas con diabetes pueden ayudar a sus familiares a prevenir la diabetes y otras enfermedades, promoviendo "hábitos de vida saludables".*

10 VERDADES QUE TODOS DEBEMOS SABER SOBRE LA HIPERTENSION

1. *La mayoría de los individuos de nuestro país en algún momento de su vida desarrollarán hipertensión arterial.*
2. *A pesar de su elevada frecuencia la hipertensión arterial es prevenible.*
3. *Los factores que conducen al desarrollo de la hipertensión arterial son: el exceso de peso, la inactividad física, el elevado consumo de sal y las bebidas alcohólicas*
4. *La hipertensión arterial es conocida como "el asesino silencioso", porque durante muchos años no presenta síntomas y porque cuando los presenta generalmente son leves.*
5. *Esta situación determina que el 60% de los pacientes con hipertensión desconozcan su enfermedad*
6. *Es indispensable que toda persona de los 25 años en adelante se tome la presión arterial por lo menos una vez al año Así la hipertensión dejará de ser el "asesino silencioso".*
7. *Los factores que conducen al desarrollo de la hipertensión también tienen un papel fundamental en el control de la enfermedad; cuando ésta se presenta.*
8. *La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo para desarrollar las enfermedades del corazón y todavía más para el accidente cerebrovascular Ambas enfermedades pueden tener consecuencias fatales o dejar graves secuelas.*
9. *La reducción del consumo de sal es muy difícil de lograr porque es un ingrediente presente en muchos alimentos particularmente en los alimentos procesados industrialmente. Además, las personas no le dan suficiente importancia.*
10. *La prevención, en el mejor de los casos o bien el control de la hipertensión arterial mediante la modificación de los estilos de vida, también ayuda a prevenir y controlar otras graves enfermedades.*

1. ¿Qué es un club para personas con diabetes?

Es la organización de los propios pacientes, que bajo la supervisión médica y con el apoyo de los servicios de salud, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes.

El club estimula la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el autocuidado.



El club permite el intercambio de experiencias entre los pacientes; esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad.

La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención médica, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud.

Un club bien organizado es aquél en el que cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento por sus logros en el control de la enfermedad. De esa manera fortalece la autoestima de cada paciente.

II. ¿ Para qué sirve el club ?

La principal función del club es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de la enfermedad.

El club permite la convivencia de los pacientes entre sí y con los miembros del equipo de salud. De esta manera puede ayudar a resolver los aspectos emocionales y afectivos, que acompañan a la enfermedad.



Los pacientes organizados son capaces de obtener recursos propios, para la adquisición colectiva de insumos necesarios para el control metabólico continuo.

Mediante la organización de eventos y actividades sociales, el club promueve la participación comunitaria y sirve de apoyo a los servicios de salud.

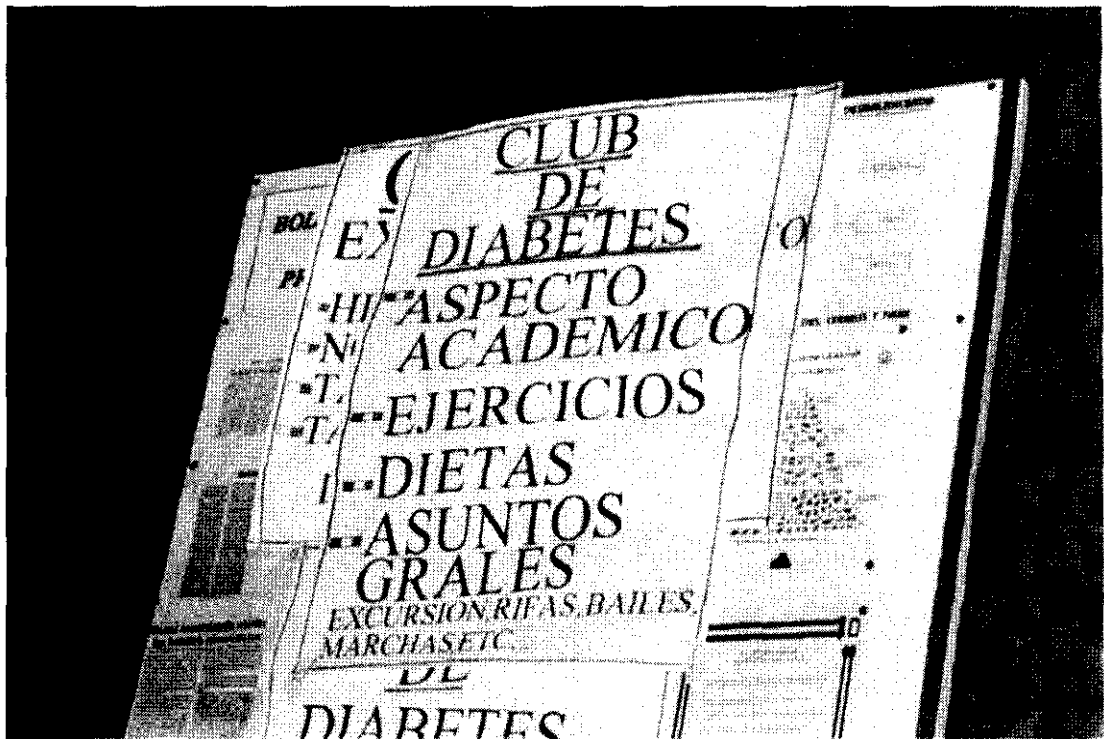


Los clubes de diabéticos constituyen un instrumento de gran valor para la prevención de la diabetes entre los familiares de los pacientes; tales individuos se encuentran en riesgo de desarrollar esta enfermedad.

III. ¿Qué actividades se realizan en el club?

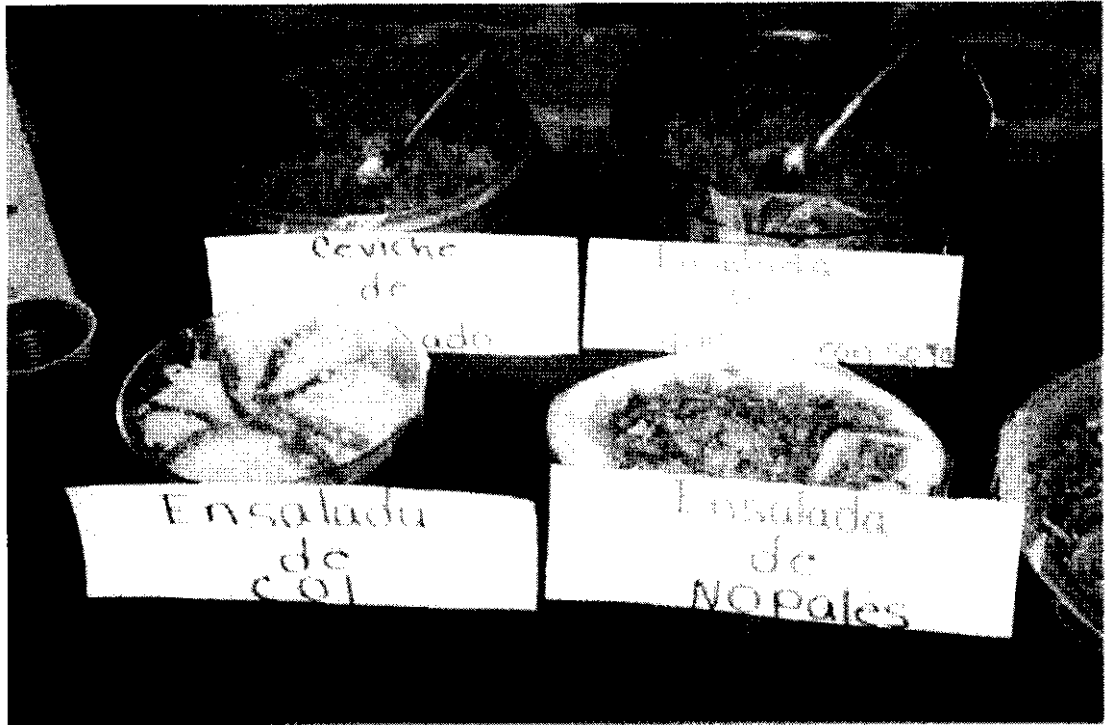
1. Organización de cursos y talleres de capacitación de los pacientes.

Una de las actividades más importantes del club es la organización de los cursos y talleres de capacitación. Es importante que estos talleres se organicen a lo largo del año de acuerdo al número de nuevos pacientes, debiendo cubrir los temas señalados en el curriculum del paciente diabético.



En el club debe tenerse cuidado de que en la medida de lo posible exista la suficiente flexibilidad para adecuarse a las necesidades de los pacientes. Así por ejemplo puede ser recomendable que algunos cursos se efectúen los sábados o por las tardes, considerando que algunos pacientes pueden tener dificultades por sus ocupaciones laborales.

3. Aprendizaje práctico de estilos de vida saludables



Los clubes son organizaciones dinámicas y con un gran potencial de iniciativas. Una de estas iniciativas importantes se refiere a la alimentación saludable. La preparación y la correcta selección de los alimentos es un paso decisivo en el control de la enfermedad. Tales actividades pueden ser estimuladas de manera muy creativa en los clubes.

4. Adquisición de recursos propios:

El principio que da origen a la estrategia de los clubes es la “ayuda mutua”.

La experiencia de varios clubes que han funcionado de manera exitosa, es que mediante la participación colectiva es posible generar recursos que permiten adquirir insumos para el control de diabetes, hipertensión y dislipidemias.

5.- Prevención y detección de diabetes en familiares y a nivel comunitario.

El paciente con diabetes comparte con su familia carga genética y factores de riesgo, por lo que resulta conveniente que como parte de las actividades del club, se aplique el cuestionario de factores de riesgo a los adultos de su familia no sólo con fines de detección, sino sobre todo con fines preventivos, estimulando la adopción de estilos de vida saludables. De esta manera los clubes se convertirán en activos promotores de la salud.

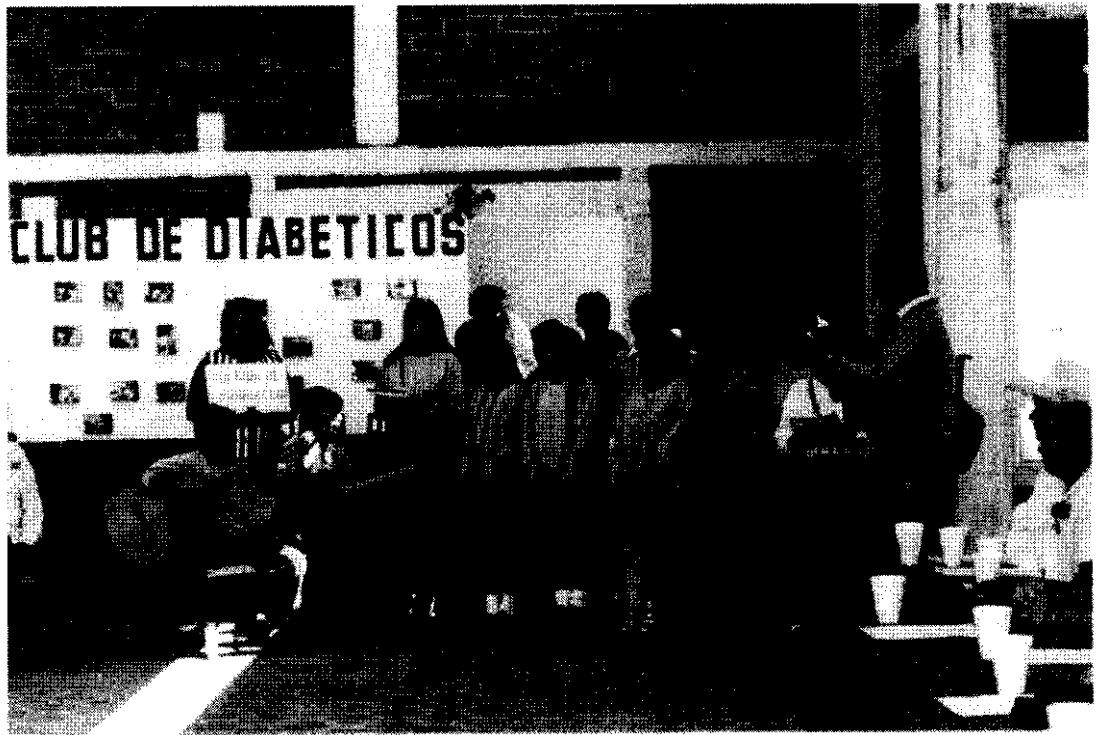


El club de diabéticos puede apoyar de manera muy significativa las acciones de detección a nivel comunitario, que promueven los servicios de salud. Los diabéticos que desconocen estar enfermos y que sean detectados encontrarán en el club un gran apoyo para el control de su enfermedad en fase asintomática, con grandes probabilidades de éxito en el control y prevención de complicaciones.

La población de nuestro país se encuentra entre las de mayor riesgo de padecer diabetes; sin embargo la detección debe enfocarse a los individuos en mayor riesgo.

- parientes de primer grado con diabetes.
- personas obesas.
- individuos > 40 años de edad y algún factor de riesgo.
- individuos con hipertensión o dislipidemia.
- individuos con intolerancia a la glucosa.
- todas las mujeres embarazadas entre las semanas 24 y 28 de gestión.

6. Actividades sociales y de recreación.



Como en toda organización humana, los grupos de ayuda mutua celebran de manera colectiva diversos eventos como son los aniversarios de los clubes, el día mundial de la diabetes, las festividades decembrinas, etc. Tal situación permite a los pacientes encontrar no sólo el sitio para controlar su enfermedad, sino para establecer vínculos de amistad y solidaridad con personas que comparten su situación.

¿TIENE DIABETES Y NO LO SABE?



Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades
 Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
 Coordinación Técnica de Programas
 Programa de Salud del Adulto y el Anciano

RESPONDA ESTE CUESTIONARIO Y CONOZCA SU CALIFICACION*

Fecha: - / / - Nombre: _____ Edad: _____

Dirección _____

Cuenta con seguridad social Si_ No_ IMSS_ ISSSTE_ OTRO _____

Para encontrar si está en riesgo de tener diabetes, responda este cuestionario y marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted.

PESO CORPORAL DE ALTO RIESGO
 (Sobrepeso del 20 %)
 Estatura _____(cm) Peso _____ (Kg)
 sin zapatos

- | | SI | NO |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. De acuerdo a mi estatura mi, peso es igual o superior al anotado en la tabla. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Normalmente hago poco o nada de ejercicio (Sólo para personas con menos de 65 años). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Tengo entre 45 y 64 años de edad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tengo 65 años de edad o más. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Alguno de mis hermanos tiene diabetes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Alguno de mis padres tiene diabetes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Si usted es mujer y ha tenido bebés de más de cuatro kilos de peso al nacer. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

	Mujeres	Hombres
1.45	60.800	
1.47	62.100	
1.50	63.500	
1.52	64.900	
1.55	67.200	71.200
1.57	68.000	72.600
1.60	69.900	73.500
1.62	71.200	74.900
1.65	73.000	76.250
1.67	74.400	78.000
1.70	76.200	79.400
1.73	78.000	81.200
1.75	79.400	82.500
1.78	80.800	85.300
1.80	82.600	87.100
1.83		88.000
1.85		89.800
1.88		92.100
1.90		93.000

TOTAL _____

SI OBTUVO MENOS DE 10 PUNTOS DE CALIFICACION: Está en bajo riesgo de tener diabetes por ahora. Pero no olvide que en el futuro puede tener un riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar dentro de 2 años nuevamente el cuestionario.

SI OBTUVO 10 o MAS PUNTOS DE CALIFICACION: Si alcanzó 10 o más puntos, está en un alto riesgo de tener diabetes. hágase la determinación de azúcar en sangre, consulte a su médico y practique estilos de vida saludable.

Glucemia capilar _____ mg/dl

Prueba confirmatoria _____ mg/dl

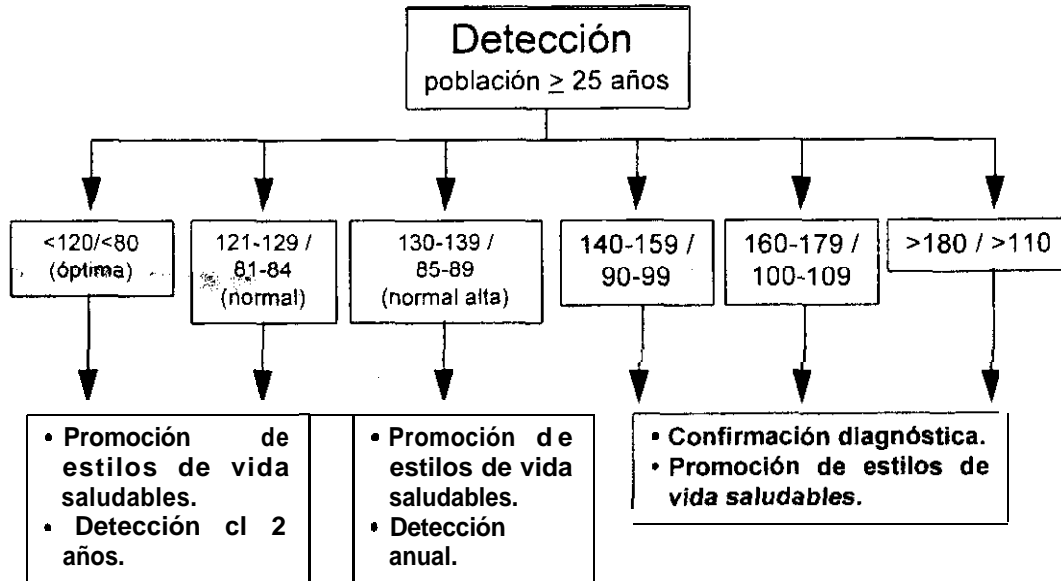
(Modificado de ADA).

¿TIENE HIPERTENSION ARTERIAL Y NO LO SABE?

Detección Presión Arterial	
Sist.	Diast.
1ª toma	
2ª toma	
Promedio	

1ª Confirmación de Hipertensión Arterial	
Sist.	Diast.
1ª toma	
2ª toma	
Promedio	

2ª Confirmación de Hipertensión Arterial	
Sist.	Diast.
1ª toma	
2ª toma	
Promedio	



ESTILO DE VIDA SALUDABLE

	Si	No
Mi peso es adecuado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diariamente consumo frutas y verduras	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago ejercicio <i>y/o</i> realizo actividades físicas diariamente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evito consumir en lo posible grasas de origen animal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo sal en baja cantidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
No fumo, ni <i>me expongo</i> al humo de tabaco	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
No consumo bebidas alcohólicas o lo hago con moderación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV. Curriculum del paciente diabético:

Lo que todo paciente debe saber para controlar su enfermedad.

Todo paciente diabético debe cumplir un mínimo de capacitación que aquí se describe como el “Curriculum del paciente diabético” y está integrado por cinco módulos que se refieren a la enfermedad, el tratamiento y sus metas, así como el monitoreo para vigilar el control. El curriculum se ajusta a las recomendaciones internacionales. El quinto módulo que aquí se propone puede resultar de importancia porque permite a los miembros identificar las estrategias utilizadas por pacientes exitosos y a la vez, descubrir aquellos factores que conducen al fracaso terapéutico.

1er. Módulo

Conocimientos básicos de la enfermedad

- ¿ Qué es la diabetes?
- ¿ Cómo evoluciona?
- ¿ Cuáles son sus manifestaciones?
- ¿ Cuáles son sus complicaciones?

2o. Módulo

Componentes del tratamiento

- Plan de alimentación.
- Actividad física.
- Medicamentos.
- Interacción de los componentes del tratamiento

3er. Módulo

Metas del tratamiento

- Niveles de glucosa
- Presión arterial.
- Peso corporal.
- Lípidos.

40. Módulo

Desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades:

- Consejos dietéticos.
- Información sobre la actividad física
- Automonitoreo y autocontrol (metas del tratamiento),
- Utilización adecuada de medicamentos.
- Prevención de complicaciones.
- Situaciones de emergencia.

50. Módulo

Intercambio de experiencias y discusión de casos.

Se recomienda que cada uno de los pacientes presente su propio caso (¿cuándo se manifestó la enfermedad?, ¿cómo ha sido manejada?, ¿cuáles han sido las dificultades encontradas?, etc.). Estas sesiones pueden llevarse a cabo a lo largo del año y pueden ser de gran utilidad para reforzar el compromiso personal en el cumplimiento de las metas del tratamiento.

Se recomienda que el proceso de educación y capacitación no exceda de 10 sesiones.

V. Principios para la Educación del Paciente

La educación del paciente tiene dos objetivos principales: 1” Ayudar a lograr cambios permanentes en el estilo de vida y 2” adquirir habilidades y destrezas para el autocuidado.

¿Cuáles son las estrategias para que la educación del paciente logre estos objetivos?

1.- Enseñanza centrada en el paciente.

Uno de los principios básicos de la capacitación del diabético es que la educación debe estar concentrada en el propio paciente y no tanto en el expositor. Esta es una situación que puede ser difícil de resolver en la práctica. En las sesiones la atención debe enfocarse a los intereses, dificultades y expectativas de los pacientes. La educación de los pacientes debe estar orientada a resolver sus dudas. Este es un principio básico; se pretende que los pacientes sean los principales responsables del control de su propia enfermedad.

2.- Aprendizaje Activo “Aprender Haciendo”.

Los pacientes no deben ser sometidos a largas sesiones o “clases” sobre la fisiopatología de la enfermedad, su clasificación, etc. Por el contrario las sesiones para transmitir información deben enfocarse a conceptos básicos y deben contar con una amplia participación de los pacientes motivando su intervención

Es importante estimular su creatividad. Cada uno de los pacientes tiene que ser capaz de expresar con sus propias palabras los conceptos más importantes de su curriculum.

Las técnicas para su autocuidado (monitoreo de la azúcar en sangre, presión arterial, peso deseable, conocimiento de los grupos de alimentos, etc.) deben ser enseñados de manera práctica y simple. No se trata de que los pacientes dominen la teoría, sino que mediante su participación activa logren una mejor comprensión y adquieran las habilidades prácticas para que de una manera cotidiana conozcan si la enfermedad está bajo control, qué deben hacer en su vida y cómo seguir las recomendaciones del médico.

!El doctor me dijo que soy hipertenso!

Los mensajes deben ser simples y evitar confusión en los pacientes.

¿ Qué es la hipertensión?

“Hipertensión quiere decir que mi corazón tiene que trabajar con más fuerza para hacer llegar la sangre a todas las partes de mi cuerpo. Esto significa que tengo más riesgo de sufrir embolia cerebral, infarto y problemas de riñón”.

3.- Trabajo en pequeños grupos.

Generalmente la capacitación a los pacientes (pláticas) se hacen en grandes grupos, situación que dificulta seriamente la participación de la mayoría de los pacientes y los mantiene en el anonimato. Al reunirse en pequeños grupos (6 - 8 pacientes) les permite discutir de manera personal cómo controlar su enfermedad.

4.- Solución de problemas.

El control de la diabetes requiere de la toma de decisiones en forma adecuada. Los pacientes no van a calcular su alimentación en Kcal, sino en el mejor de los casos en porciones de acuerdo a los alimentos disponibles para ellos. Al final de su capacitación cada paciente debe ser capaz de encontrar sus propias soluciones a partir de principios generales por ejemplo la utilización de la pirámide de alimentos saludables para preparar sus comidas o cuando comen fuera de su domicilio.

5.- Autoapredizaje.

No es posible, ni conveniente tratar de enseñar todo lo que deben saber los pacientes; la participación dentro del club de personas con diabetes y su contacto con el médico y el equipo de salud le permitirá obtener nueva información, lo que le facilitara adquirir por cuenta propia nuevos conocimientos.

6.- Aprendizaje significativo.

Para que un paciente logre un verdadero aprendizaje, éste tiene que ser de tipo significativo. Aprendizaje significativo es aquel nuevo conocimiento que se vincula con las experiencias, vivencias e intereses de una persona. El aprendizaje significativo es aquél que no se “olvida” porque se asocia a la vida real de las personas. El aprendizaje significativo se apoya en la solución de problemas. Ambas estrategias educativas son complementarias. El aprendizaje significativo, como su nombre lo indica se asocia a las prioridades de una persona.

VI. Estrategias para inducir cambios permanentes de conducta

El médico del primer nivel de atención comparte con los médicos especialistas una alta responsabilidad en la adopción de estilos de vida saludables.

Principios Generales:

- 1.- Existen estrategias efectivas para lograr cambios conductuales de largo plazo, y con beneficios para la salud.
- 2.- Cualquier persona es capaz de adoptar y mantener cambios significativos en su comportamiento.
- 3.- El éxito de este propósito se debe en gran medida a la contribución, a la aplicación por parte del equipo de salud de estrategias bien definidas para lograr cambios de conductas.

Etapas del proceso de cambio de conducta

- 1.- Convencimiento y negociación con el paciente.

Los cambios de conducta son resultado de la toma de decisiones, es decir se requiere una firme decisión para llevarlos a cabo. El médico y el equipo de salud deben ayudar al paciente a convencerse de los beneficios del cambio. El paciente conoce con claridad las dificultades prácticas a las que habrá de enfrentarse, por lo cual resulta indispensable que tengan una claridad similar respecto a los beneficios, actuales y futuros, ya que éstos no son aparentes.

Una vez identificados los beneficios del cambio, el paciente debe tener igual claridad respecto a las metas (cambios) que debe lograr. Se requiere que su decisión sea resultado de un proceso racional, y no una

aceptación pasiva. La imposición de metas no funcionará en el mediano y largo plazo (posiblemente tampoco en el corto plazo).

El paciente debe recibir de parte del equipo de salud las explicaciones básicas sobre el porqué de esas metas. Como no es posible lograr el cumplimiento inmediato de todas las metas (peso ideal, niveles de glucosa y triglicéridos aceptables, dieta baja en grasa etc.), es indispensable “negociar” las metas en una forma gradual. Resulta de particular importancia definir las metas de corto plazo. El médico y el paciente tienen que llegar a acuerdos y compromisos sobre estas metas.

2.- Preparación para el cambio.

Antes de iniciar el proceso de cambio, deben efectuarse los planes necesarios para lograr el éxito. Es indispensable que el médico y el equipo de salud conozcan las características básicas del paciente como persona, sobre todo su estilo de vida. Resulta difícil conducir el proceso de cambio, si se desconoce lo que se quiere transformar. El paciente y el equipo de salud deben prepararse para el cambio.

¿Qué debemos saber del paciente?

- Agenda personal: metas y valores ¿Qué le importa al paciente?
- Detalles de su vida diaria
- Apoyo social del que dispone
- Creencias personales y conocimientos sobre la enfermedad

La descripción detallada de las actividades rutinarias diarias permite identificar futuros problemas, (vgr. bajo qué condiciones se llevará a cabo el automonitoreo, etc.).

Debe evaluarse el apoyo social en el hogar, la escuela y el trabajo para minimizar conflictos potenciales.

¿Que debemos lograr en el paciente para iniciar el cambio de conductas (Desarrollo de condiciones para el cambio)

- Reforzamiento del deseo de cambio
- Fortalecimiento del apoyo por parte de su entorno social
- Capacitación en la solución de problemas (ensayo y error)
- Reconocimiento de la dificultad de lograr cambios efectivos.

Una cuidadosa planeación con el paciente puede resolver situaciones contradictorias (por ejemplo como alimentarse satisfactoriamente y controlar el nivel de glucosa).

3.- Inicio del cambio.

Una vez que el médico y el equipo de salud tiene una idea clara de los valores, metas, estilo de vida, ambiente social y creencias del paciente, se inicia el proceso de cambio.

- Establecimiento de un proceso de colaboración.
Relación terapéutica y atención por parte del equipo de salud,
- Satisfacción de la “Agenda” del paciente.
- Atención a las conductas, no a los resultados
- Claridad de las instrucciones: ¿Quién, qué, cuándo, dónde, con que frecuencia? (Debe responderse específicamente a cada tipo de preguntaj.

- Desarrollo de un esquema de cambios graduales; evitar situaciones de “todo o nada”. No entrar en catástrofes “Todo es remediable” la diabetes al igual que muchas otras situaciones, es “manejeable”
- Preparación para enfrentar futuros problemas, y sus posibles soluciones. (obstáculos del entorno, restricciones de tiempo, efectos adversos)
- Aplicación del proceso de solución de problemas (técnica de ensayo y error).
- Utilización de técnicas de recordatorio.
- Utilización de métodos de apoyo: compromisos y apoyo familiar.

4.- Estrategias para mantener activo el proceso de cambio.

Componentes del seguimiento y evaluación:

- Identificación temprana y vigilancia continua de las recaídas.
- Contacto frecuente con el paciente.
- Modificación de las intervenciones para evitar recaídas,
- Apoyo de profesionales en salud mental en caso de gran estrés.
- Vigilancia del funcionamiento del equipo de trabajo.

VII. ¿ Cómo se organiza un club ?

El club debe organizarse en función de un objetivo particular y generalizarse para la mayoría de los pacientes, el club es el sitio para recibir capacitación y conducir las acciones de automonitoreo y control sostenido.



1. Se recomienda establecer como mínimo un club de diabéticos por cada centro de salud urbano. Sin embargo, en donde existan las condiciones adecuadas, se podrán instalar los clubes que se consideren convenientes. (hospitales, unidades de salud de primer nivel, centros de trabajo, etc.).
2. Con el fin de determinar la influencia real del club es pertinente actualizar o elaborar un registro de los diabéticos atendidos y no diagnosticados del área de influencia del centro de salud urbano.

3. Es indispensable capacitar al personal responsable del club sobre aspectos preventivos, factores de riesgo, diagnóstico, control de la enfermedad y manejo de las complicaciones.
4. Difundir por medios de comunicación (radio, televisión y prensa) y material impreso la invitación para la integración de los pacientes diabéticos al club.

La organización interna será responsabilidad exclusiva de los miembros, del club. La estructura mínima de organización de los clubes existentes tienen por lo menos tres componentes; coordinador, mesa directiva y socios.

I. Organización

1.1 Estructura

- a) Un coordinador del club
- b) Una mesa directiva
- c) Socios

a) Coordinador del club

Los servicios de salud de acuerdo a su propia organización designarán a un responsable. Se propone que en todo club exista un coordinador del club, que sirva de enlace entre los Servicios de Salud y los pacientes diabéticos.

El coordinador del club debe de recibir una capacitación previa sobre la promoción y operación de los clubes de diabéticos; de preferencia deberá contar con la asesoría de personas con experiencia en nutrición, manejo de grupos y algunas especialidades médicas como (medicina interna y endocrinología).

El coordinador del club es el enlace entre los servicios de salud y los pacientes diabéticos.

b) Mesa directiva

La mesa directiva puede estar integrada por:

- . Presidente, Secretario, Tesorero y Vocales - El presidente podrá ser un diabético o un familiar de diabético. (el número de vocales podrá aumentar de acuerdo a cada una de las comisiones del club).

I. 2 Funciones

a) Coordinador del club

- Establecerá alianza con diversos organismos y personas para fortalecer la influencia social de los clubes..
- En coordinación con la mesa directiva organiza las sesiones de capacitación.
- Apoyará a la mesa directiva en la búsqueda de recursos para el club.
- Fungirá como enlace entre los Servicios de Salud y los integrantes del club.

b) Mesa directiva

Presidente:

- Deberá ser una persona exitosa en el control de la diabetes y en su control de la hipertensión
- Será elegido por los miembros del club por el período que ellos decidan.
- Apoyar al coordinador del club, en la organización de la capacitación.
- Gestionará apoyos para el club ante organismos públicos, sociales y privados.

Secretario:

- Será el encargado de registrar los acuerdos del club.
- Suplen al presidente.

Tesorero:

- Responsable de las finanzas del club.

Vocales:

- Cubrir las comisiones organizadas por el club.

c) socios

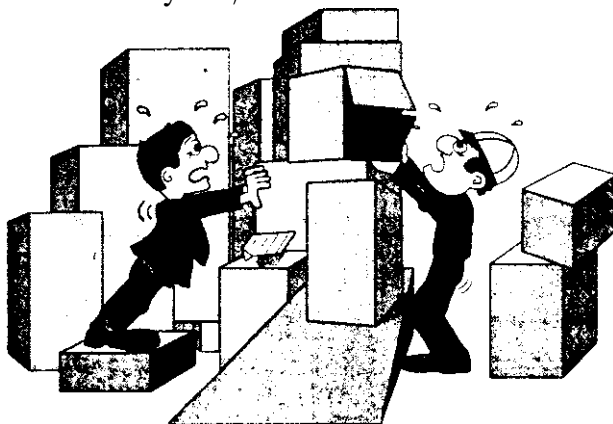
¿ Cuáles son los compromisos de los socios del club de diabéticos ?

Completar su capacitación, llevar a cabo su automonitoreo de manera regular y ayudar a los nuevos pacientes a resolver sus dudas. De manera adicional y de acuerdo a su propia decisión y opinión pueden contribuir a la organización y desarrollo de las actividades sociales.

- Participar en las actividades que realice el club.
- Deberán de contar con su tarjeta de control actualizada.
- Una vez evaluado y aprobado, según criterios preestablecidos, al paciente diabético, se le denominará socio en autocontrol y tendrá la libertad de automonitorearse en su domicilio ó realizarlo en el club.

EJEMPLO DE ORGANIZACION DE UN CLUB DE DIABETICOS

(Clubes de diabéticos de Nayarit)



De la organización

El club del diabético estará formado por los socios quienes reunirán algunos de estos requisitos:

- a) Todo paciente diabético que se encuentre en control podrá ser un socio activo.
- b) Aquellos familiares del diabético que no tengan el padecimiento, pero que entiendan que es necesaria la integración al club para una mejor comprensión de la diabetes y sobre todo del familiar que la padece.
- c) Todo paciente que tenga algún factor de riesgo: HTA. obesidad, mayor de 45 años. etc.

El club del diabético estará asesorado estrechamente por el personal responsable del programa de diabéticos en todas las unidades de salud.

Periodicidad y duración de las reuniones

- Se recomienda que las reuniones de capacitación no excedan de 60 minutos

Del Comité:

El club del diabético deberá de estar regido por un comité que estará integrado por: un presidente. un secretario y un tesorero.

Del presidente: será electo por voto directo en una asamblea o reunión del club. Es el responsable directo del buen funcionamiento del club.

- Coordinará las actividades con los responsables del programa de diabetes
- Coordinará su comité

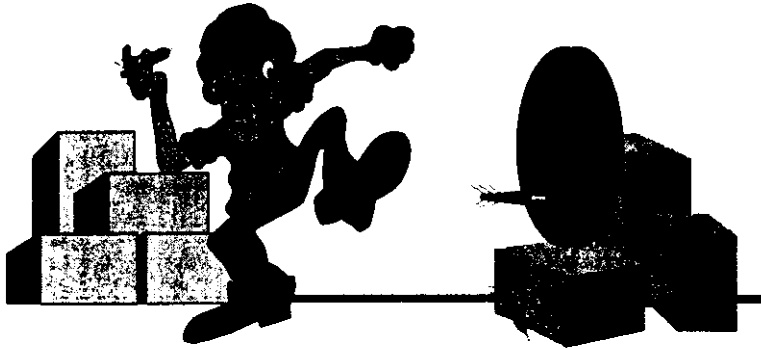
Del secretario:

- Será el encargado de transmitir o plasmar todos los anales del club, así como los acuerdos que de él se deriven.
- Será el suplente del presidente

Del tesorero:

- Responsable directo de las finanzas del club.

VIII. ¿ Cómo sabemos si el club ha sido de utilidad ?



Se propone efectuar una evaluación cada 6 meses de acuerdo a los siguientes indicadores:



Evaluación del club

Logro
aceptable
%

No. de pacientes que asisten al club
 _____ x 100 **80.0**
 Total de pacientes registrados en los servicios

No. de pacientes capacitados .
 _____ x 100 **80.0**
 Total de pacientes registrados en el club

No. de pacientes c/ tratamiento no farmacológico
 _____ x 100 **50.0**
 No. de pacientes en tratamiento

No. de pacientes controlados metabólicamente . *
 _____ x 100 **80.0**
 Total de pacientes registrados en el club

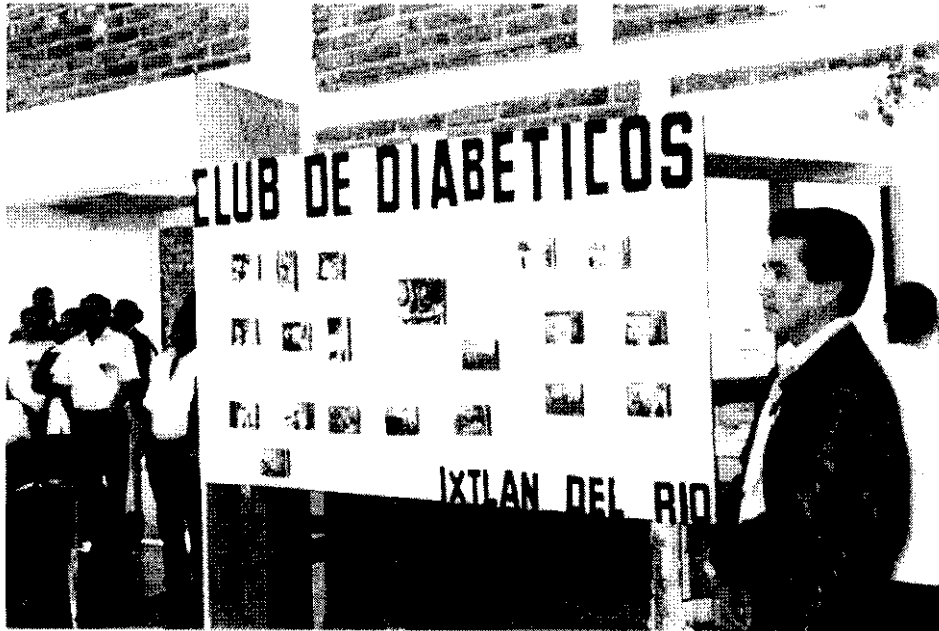
¡Usted tiene el control!

Los clubes de diabéticos que cumplan los 4 indicadores con el logro aceptable, se les acreditará como clubes con buen funcionamiento.

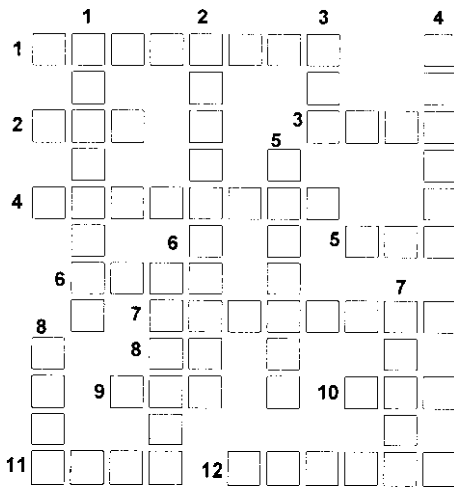
. Aprobación del cuestionario al final de la capacitación

** Últimas tres glucemias < 140 mg / dl en ayunas.

Los clubes de ayuda mutua desarrollan múltiples iniciativas para estimular la creatividad de los pacientes. A continuación se presenta una crucigrama, que ilustra esta situación.



Crucigrama para Clubes de Diabéticos



Horizontales

1. Enfermedad del páncreas que disminuye la producción de insulina
2. Acción de utilizar valerse de algo
3. Cada una de las extremidades móviles de la mano o de los pies (singular)
4. Presencia de **azúcar** en la sangre
5. Entregar algo a una persona
6. Planta con raíz carnosas de color blanco parecido al rábano
7. sitio o lugar para sentarse (plural)
8. Afirmación
9. Secreción amarillenta que se produce por microbios
10. Parte inferior de las extremidades del hombre que le sirve para caminar
11. Que evacua el contenido intestinal,
12. Abstenerse de comer y bebe,,

Verticales

1. Sustancia que se inyecta a un enfermo con diabetes para corregir la hiperglucemia
2. Endurecimiento de los tejidos por enfermedades crónica
3. Necesidad o deseo de tomar agua líquidos
4. **Dar** drogas a un enfermo
5. Limpieza y aseo de la personas y viviendas
6. Desperdicio que se recoge en bolsas y recipientes para tirarse
7. Secreción de los riñones que se acumula en la vejiga y se expulsa con la micción
8. Organos de los sentidos que sirve para escuchar los sonidos

Preparado por: Depto. De Epidemiología y Medicina Preventiva. Secretaria de Salud de Nayarit 1997.

IX. Avances en la formación de clubes para personas con diabetes

	1996	1997	Metas 1998
Entidades federativas con clubes	18	22	32
No. Grupos	284	1,117	1,203*
No de Pacientes	15,736	32,843	110,000
% de pacientes que participan en clubes	46	9.6	30.0

*uno por Centro de Salud Urbano.

Los clubes para personas con diabetes tienen que avanzar en términos cuantitativos y cualitativos. Es necesario incorporar al mayor número de pacientes a los clubes, con el fin de ofrecerles la oportunidad de recibir entrenamiento en el autocuidado.

Además es indispensable que los clubes avancen en relación a los servicios que allí pueden encontrar los pacientes. La participación en el club debe ser sinónimo de buen control metabólico, gracias al cumplimiento sostenido de la metas de tratamiento: glucosa en ayunas, peso corporal y presión corporal.

