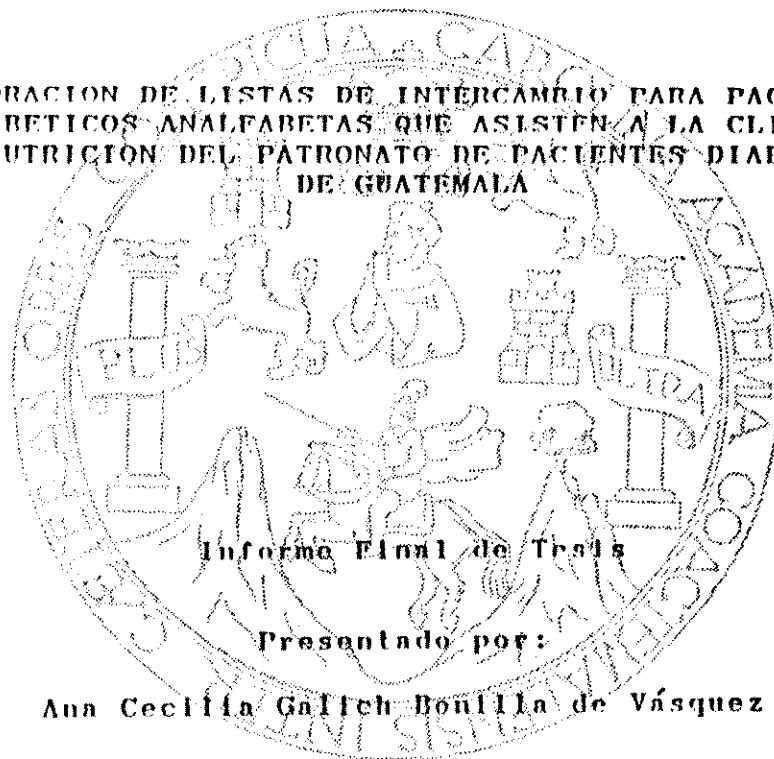


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE C.C. Q.Q. Y FARMACIA
ESCUELA DE NUTRICION

ELABORACION DE LISTAS DE INTERCAMBIO PARA PACIENTES
DIABETICOS ANALFABETAS QUE ASISTEN A LA CLINICA
DE NUTRICION DEL PATRONATO DE PACIENTES DIABETICOS
DE GUATEMALA



Informe Final de Tests

Presentado por:

Ana Cecilia Gallen Bouilla de Vásquez

Estudiante de la carrera de:
Nutrición

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1995

06
T (1776)
C. 4

JUNTA DIRECTIVA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DECANO	LIC. JORGE RODOLFO PEREZ FOLGAR
SECRETARIO	LICDA. ELEONORA GAITAN IZAGUIRRE
VOCAL I	LIC. MIGUEL ANGEL HERRERA GALVEZ
VOCAL II	LIC. GERARDO LEONEL ARROYO CATALAN
VOCAL III	LIC. MIGUEL ORLANDO GARZA SAGASTUME
VOCAL IV	BR. ANA MARIA RODAS CARDONA
VOCAL V	BR. HAYRO OSWALDO GARCIA GARCIA

DEDICO ESTA TESIS

A DIOS Y A LA VIRGEN MARIA

A MIS PADRES

Ing. Fernando Galich Cervantes
Chusita Bonilla de Galich
Por el amor y ayuda que me han
dado.

A MI ESPOSO

Dr. José Carlos Vásquez Asturias
Por su amor y apoyo incondicional y
por estar siempre a mi lado

A MIS HIJOS

Carlos Fernando, Diego José y al
bebé que se está formando.
Por ser la alegría de mi vida.

A MIS SUEGROS

Carlos Vásquez Montealegre
Carmen Asturias de Vásquez

A MIS CUÑADOS

Gerardo, Carmen María, Juan Luis,
Stephanie y Enrique

A MIS SOBRINOS

A MIS TIOS

A MIS PRIMOS

A MIS AMIGAS

Genoveva, Carolina, Claudia y Rocío
Por los momentos compartidos

Y A TODOS LOS PACIENTES DIABETICOS ANALFABETAS

DEDICO ESTE ACTO

A MI PATRIA GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y FARMACIA

A LA ESCUELA DE NUTRICION

AL PATRONATO DE PACIENTES DIABETICOS DE GUATEMALA

A MIS CATEDRATICOS

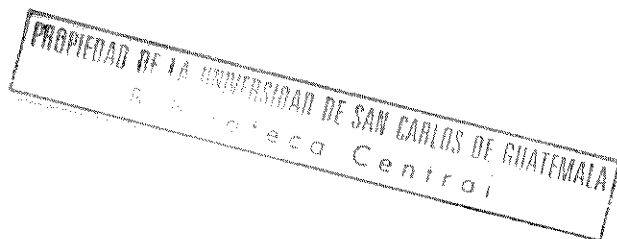
AGRADECIMIENTOS

A la Licda. María Antonieta González por su apoyo y colaboración como asesora de este trabajo.

Al Lic. Guillermo González por sus consejos en la realización de esta tesis.

A las Licenciadas: María Isabel de Mazarlegos
 Geraldina de Cerón

Al personal que trabaja en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala en especial a la Licda. María Elsie Orozco y Lic. Miriam Alvarado.



CONTENIDO

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCION	3
III.	ANTECEDENTES	
	A. Analfabetismo	4
	B. Analfabetismo en Guatemala	4
	C. Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala	5
	D. Diabetes Mellitus	10
	E. Listas de Intercambio	11
	F. Listas de Intercambio utilizadas en Guatemala	22
	G. Validación de medios Audiovisuales	24
IV.	JUSTIFICACION	32
V.	OBJETIVOS	33
VI.	MATERIALES Y METODOS	34
VII.	RESULTADOS	38
VIII.	DISCUSION DE RESULTADOS	46
IX.	CONCLUSIONES	51
X.	RECOMENDACIONES	52
XI.	BIBLIOGRAFIA	53
XII.	ANEXOS	56

I. RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo diseñar un instrumento que permita al paciente diabético analfabeta comprender el seguimiento de su dieta.

Para esto se adaptaron las listas de intercambio utilizadas en los hospitales nacionales, para que puedan ser utilizadas por personas analfabetas.

Primero se realizaron los dibujos que integran las Listas de Intercambio, luego se validaron con personas analfabetas. De esta validación, algunos dibujos de alimentos no se entendieron por lo que se efectuó una segunda validación.

Luego estos dibujos se ordenaron e integraron las listas de intercambio que se presenta al paciente como un folleto, el cual también se validó.

La validación del folleto se llevó a cabo en el Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala, en donde se obtuvo que el 92.5% de pacientes del sexo femenino y el 100% del sexo masculino comprendió el folleto.

El 7.5% de pacientes femeninos no comprendió en su totalidad el folleto, ya que no sabían los números, y en el folleto se utiliza números para indicar la cantidad de pan y/o tortilla que puede consumir el paciente.

Se elaboró un instructivo, donde se detalla el manejo del folleto, para que el nutricionista pueda utilizar adecuadamente este material.

En general se puede concluir que la mayoría de pacientes diabéticos analfabetas comprendió el folleto que se le proporcionó.

Se recomienda adaptar o elaborar otro folleto donde no se escriban números, para poder asegurar que todo paciente diabético analfabeta pueda comprender su tratamiento dietético.

II. INTRODUCCION

Las Listas de Intercambio son un instrumento que facilita el cálculo y seguimiento de las diferentes dietas, ya que son fáciles de manejar y entender por el paciente.

En Guatemala la mayoría de la población es analfabeta, esto es un factor importante que condiciona el estado nutricional, ya que al no saber leer, se dificulta el seguimiento de la dieta. Debido a que no existen Listas de Intercambio que pueda utilizar esta población, se utilizan las Listas de Intercambio para alfabetos. Así que para llevar a cabo el tratamiento nutricional el analfabeta necesita de la ayuda de una persona que pueda leer y escribir.

La diabetes es una enfermedad común en Guatemala, siendo la dieta, parte del tratamiento.

Es importante elaborar una Lista de Intercambio para la población analfabeta, para que ellos obtengan los beneficios de este instrumento, y así poder planificar sus propios menús y seguir adecuadamente el tratamiento dietoterapéutico que se le ha recetado.

III. ANTECEDENTES

A. ANALFABETISMO:

El analfabetismo es el desconocimiento total de la escritura y lectura, constituyéndose como una de las causas de bajo nivel económico que presenta la comunidad. Por lo tanto esto no ayuda a mejorar la calidad de vida del individuo (14).

Específicamente el analfabetismo es uno de los factores que limitan el desarrollo de una comunidad.

B. ANALFABETISMO EN GUATEMALA

El analfabetismo en Guatemala es uno de los principales problemas, ya que la mayoría de la población no sabe leer ni escribir o bien solo recibieron los primeros años de la educación primaria.

En Guatemala las causas del analfabetismo son diversas tales como, la estructura socioeconómica, política y cultural de pobreza, la miseria y el estancamiento en que vive el país (4).

En el cuadro del anexo No. 1 se muestra una comparación entre la encuesta de 1986-1987 y 1989 sobre la población mayor de siete años y la instrucción que ha tenido, la cual revela que la mayoría de la población es

analfabeta (sin instrucción) y la que ha cursado los primeros años de la educación primaria para que se pueda tener una visión general el cuadro del anexo No. 1 presenta, en porcentajes, a la población mayor de siete años y su nivel de instrucción. El 42.4% de la población es analfabeta y el 45.8% recibió la educación primaria.

En los anexos No .2, 3 y 4 se muestra a la población mayor de 15 años, agrupados según sexo, edad y área de residencia. Esto es importante ya que en los tres anexos el grupo que presenta mayor analfabetismo es el sexo femenino, tomemos en cuenta que son las mujeres principalmente las que se encargan de la preparación de los alimentos en el hogar.

Entre el área urbana y rural la que presenta mayor índice de analfabetismo es el área rural (2,174,651).

C. PATRONATO DE PACIENTES DIABETICOS DE GUATEMALA

1. Descripción

El Patronato de Pacientes Diabéticos es una institución de carácter asistencial, no lucrativa de servicio social a pacientes diabéticos de escasos recursos. Depende económica y administrativamente de una junta directiva, la cual tiene un período funcional de cuatro años. (20,21)

2. Organización (20,21)

En la figura No. 1 se puede observar el organigrama del Patronato de Pacientes Diabéticos.

El Patronato ofrece a pacientes afiliados atención médica, atención nutricional, pruebas de laboratorio y venta de medicamentos.

3. Objetivos (21)

a) Estimular y mantener en sus asociados el interés, entusiasmo y confianza necesarias para la resolución de sus problemas comunes que les aflijan con motivo de la enfermedad.

b) Propiciar juntas de referencias e información con médicos especializados en la diabetes.

c) Formular su plan básico de labores en la lucha contra la diabetes que sirva de fundamento a los planes parciales que se desarrollaran anualmente informandose constantemente de sus resultante en el país.

d) Promover la fundación de organismos para la prevención y tratamiento de la diabetes y cooperar abiertamente en tales actividades.

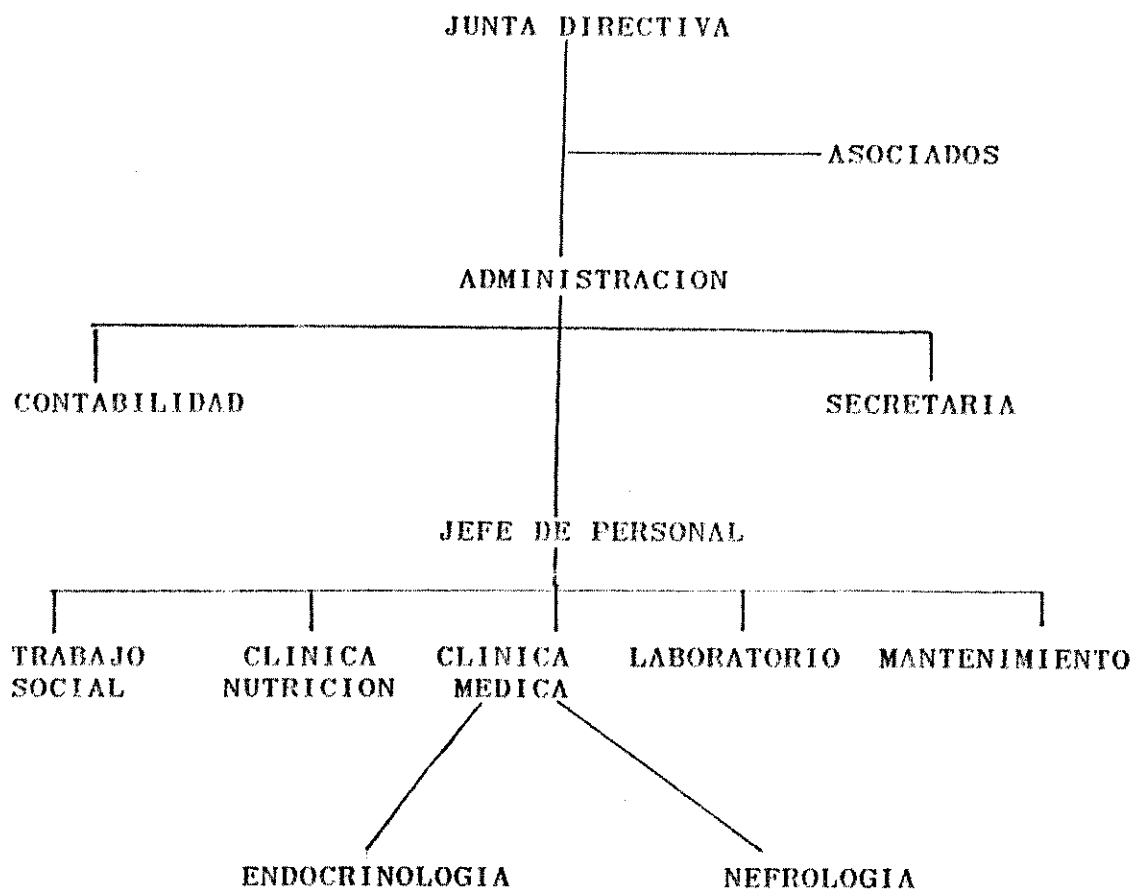
e) Convenir servicios médicos especializados en el tratamiento de la diabetes para atención de sus asociados.

el tratamiento de la diabetes para atención de sus asociados.

f) Hacer conciencia nacional sobre sus características y presentación, educación y divulgación a la diabetes.

FIGURA No.1

ORGANIGRAMA DEL PATRONATO DE PACIENTES
DIABETICOS DE GUATEMALA



g) Luchar por que se abran clínicas o consultorios especiales para el tratamiento de la diabetes y en donde los asociados encuentren atención y alivio en su

h) Colaborar con otras entidades oficiales o privadas afines para lograr la unificación de métodos en la lucha contra la enfermedad.

i) Propugnar ciclos de conferencias que propocionen información a los asociados en prevención de su conservación física.

j) Procurar la emisión, reformas o derogatoria de leyes, reglamentos o normas generales que afecten el buen éxito de la lucha contra la diabetes.

k) Promover organizaciones que se dediquen a la ayuda económica de la familia del enfermo diabético.

l) Establecer y mantener relaciones con entidades análogas dentro o fuera del país, promoviendo su desarrollo y unificación de la lucha contra la diabetes en Centro América, siempre que éstas no sean entidades comprendidas por el artículo sesenta y cuatro de la Constitución de la Republica.

4. Clinica de Nutrición (*)

a) Definición

La clínica de nutrición es la unidad responsable de evaluar y diagnosticar el estado nutricional de los pacientes diabéticos ambulatorios y brindar el tratamiento dietoterapéutico de los mismos. El objetivo de

la clínica es mantener la glucosa sanguínea normal y alcanzar y mantener un estado nutricional adecuado.

La clínica de nutrición tiene un horario de 8:30 a 11:30 horas de lunes a viernes.

b) Funcionamiento

La clínica cuenta con un nutricionista el cual debe atender a los pacientes de acuerdo con el recibo cancelado por consulta dietética y elaborar dietas para control de la enfermedad de la diabetes (20) .

(*) ALVARADO, M. 1995. Clínica de Nutrición; Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala. Guatemala , Patronato de Pacientes Diabéticos de Guatemala. Clínica de Nutrición. (Entrevista Personal)

E. DIABETES MELLITUS

1. Historia

Civilizaciones antiguas tales como Egipto, Grecia e India reconocieron la diabetes y recomendaron modificaciones dietéticas, se reportaron diferentes síntomas tales como: pérdida de peso, orinación excesiva (poliuria), sabor dulce en la orina, aumento en el consumo de líquidos (polidipsia) (15).

A partir de entonces se han dado diferentes tratamientos dietoterapéuticos como lo són: aumentar el consumo de carbohidratos, disminuir el consumo de carbohidratos y aumentar el de fibra, otros además de disminuir el consumo de carbohidratos disminuir el consumo de proteínas. A principios del siglo se identificó como la dieta para tratar la diabetes aquella que fuera alta en carbohidratos y restringida en energía, actualmente se recomienda una dieta generosa en carbohidratos y reducida en grasa (11,15).

2. Definición

La Diabetes es una condición hereditaria, es debida a la deficiencia de insulina absoluta o parcial, esta hormona es secretada por las células beta del páncreas (24).

La diabetes tipo I usualmente se desarrolla

durante la infancia, pero se puede desarrollar después de los 20 años. Cuando la diabetes se presenta por primera vez regularmente es aguda por la reducción de secreción de insulina (11,15,24).

La diabetes tipo II usualmente se desarrolla insidiosamente debido a que la reducción de secreción de insulina es gradual.

El objetivo nutricional general es la salud individual con un estilo de vida completa y normal. Para llegar a esto lograr mantener los niveles de glucosa normal en sangre, optimizando el uso de glucosa (24).

C. LISTAS DE INTERCAMBIO

1. Definición

Las Listas de Intercambio de Alimentos clasifica alimentos en grupos de acuerdo a sus valores nutricionales permitiendo substituciones de alimentos en cada grupo (22). El término intercambio significa en este caso sustituto (10). Se utilizó la palabra intercambio ya que la palabra sustituto reflejaba para algunas persona peor calidad o a veces representaba algo artificial (26). Cada lista incluye diversos alimentos medidos de valor calórico y nutricional semejante que pueden intercambiarse con otros en los planes de alimentos (13).

2. Historia

En 1950 la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association), la Asociación Americana de Dietética (American Dietetics Association) y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América (United States Public Health Service) se reunieron para crear un sistema simplificado de intercambio de alimentos para usarlo en el cálculo de las dietas para diabéticos. Esto fue con el propósito de realizar un cálculo más rápido y aumentar la variedad de alimentos; ya que antes el cálculo de la dieta resultaba largo, tedioso y difícil de adaptar a los hábitos alimentarios del paciente y ajustar esta dieta a la comida familiar, no había un estandar de instrucción para el paciente y por último era complicado e impráctico las medidas que tenía que realizar el paciente a cada porción que debía consumir (1,7,13).

Este sistema simplificado de intercambio de alimentos, ahora conocido como Listas de Intercambio de Alimentos, fue estructurado por agrupación de los alimentos en distribuciones similares de energía, carbohidratos, proteína y grasa, de tal forma que los alimentos de un mismo grupo pudieran ser intercambiados; los seis grupos de alimentos que se crearon fueron: leche, carne, vegetales A, vegetales B, grasa, fruta y pan (1,13).

A cada lista se le asigno un valor nutritivo

diferente dependiendo de la naturaleza de los alimentos incluidos en éstas, el cual no constituía un valor promedio de la composición de los alimentos, sino que fue asignado arbitrariamente, tomando como base la composición de las porciones de uso común de la población, es decir, de aquellos alimentos más frecuentemente consumidos en cada lista. Por otra parte, y como complemento de las listas de intercambio, el comité mixto elaboro una tabla abreviada de valores de alimentos, en la que se especificó el contenido típico de energía y de macronutrientes para cada una de las listas, para uso en el cálculo de la dieta, indicando el procedimiento adecuado para realizarlo (1).

Luego de la introducción de las Listas de Intercambio para los pacientes diabéticos, el concepto fue adoptado para otros pacientes con diferentes problemas, tales como dietas hipo o hipercalórica, dieta baja en grasa, que la Asociación Americana de Medicina (American Association of Medicine) realizó (26); también dietas restringidas en sodio, dieta blanda y dieta baja en fibra (10,13).

Después de 17 años de utilizar las Listas de Intercambio para pacientes diabéticos, en 1968 se realizó un estudio sobre el conocimiento de los pacientes sobre las Listas de Intercambio el cual dio los siguientes resultados: El 42% de los pacientes recibían una dieta a base de Listas de Intercambio, de estos pacientes el 85%

base de Listas de Intercambio, de estos pacientes el 85% indicaron que no tenían problemas con las Listas de Intercambio. Las personas que tenían un buen conocimiento eran personas jóvenes y con un nivel de educación alto, esto nos indica que el material dietético y los métodos de enseñanza están dirigidos a la población con un nivel de instrucción alto (22).

Luego de esto se hicieron dos revisiones la primera fue en el año 1976 y la última en 1986.

a) Revisión de 1976: En esta revisión se hicieron modificaciones en grasa saturada y poliinsaturada, colesterol y calorías (16), dando como resultado la subdivisión de la Lista de Carne, en tres subgrupos: baja, media y alta en grasa. Además en la Lista de Leche se empezó a utilizar la leche descremada como base para el cálculo. En la Lista de Vegetales se unieron los vegetales A y vegetales B que anteriormente existían (16,19).

También se añadió información nutricional a cada lista, con especial atención en minerales traza y vitaminas y un glosario de términos dietéticos (19).

Todo esto se realizó para dar una asesoría dietética más efectiva al paciente, además de que este podía llevar a cabo un mejor planeamiento de su menú y de la preparación de alimentos (22).

desventajas de la revisión de 1976 de las Listas de Intercambio. Entre las ventajas tenemos: nutrición óptima, control de calorías, fácil método para determinar carbohidratos, proteínas y grasas en los alimentos, instrumento para enseñar principios y conceptos bien establecidos de nutrición. Entre las desventajas que encontraron fueron las siguientes: el contenido de fibra de los alimentos no estaba incluido, el texto era difícil de enseñar, difícil de acomodar platos mixtos, listas de alimentos limitadas y no se establecía el impacto que tienen los alimentos en los valores de glucosa sanguínea (7,16).

Esto dio como resultado que en esta revisión se cambiara el orden de las listas de intercambio, colocando primero al grupo de almidones y por último el de grasa, como se puede observar en el cuadro No. 1. Los alimentos que contienen más de tres gramos de fibra dietética y los que contienen 400 mg. de sodio tienen un símbolo diferente cada uno para ayudar en la enseñanza de planes dietéticos ricos en fibra y pobres en sodio.

CUADRO No.1

VALORES DE MACRONUTRIENTES POR PORCION
EN LAS LISTAS DE INTERCAMBIO 1986

GRUPO DE ALIMENTO	ENERGIA Kcal.	CARBOHIDRATO gr.	PROTEINA gr.	GRASA gr.
ALMIDON/PAN	80	15	3	traza
CARNE Y SUSTI- TUTOS				
baja grasa	55	--	7	3
media grasa	75	--	7	5
alta grasa	100	--	7	8
VEGETALES	25	5	2	-
FRUTA	60	15	-	-
LECHE				
descremada	90	12	8	traza
baja grasa	120	12	8	5
entera	150	12	8	8
GRASA	45	--	-	5

Referencia: (7)

En el grupo de almidón/pan y leche descremada se utilizó el término de traza para grasas, esto con el fin de hacer más fácil enseñar las Listas de Intercambio, aunque el Nutricionista para sus cálculos tiene que utilizar un gramo de grasa (7).

Las Listas de Intercambio fueron hechas para diabéticos, por lo tanto en el texto que se le da al paciente, se incluyeron ahora, una lista de metas nutricionales en el manejo de la diabetes, se describe como llegar a estas metas, y se define el plan de menú y consejos para utilizar las Listas de Intercambio, además de un glosario. Esto también se aplica con pacientes que tienen otra enfermedad que no sea diabetes y que utilizan

las Listas de Intercambio.

Estas listas también incluyen una página en donde se encuentra el manejo de valores de glucosa sanguínea, peso (metas a corto y largo plazo), hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos y presión sanguínea.

Hay un espacio para que el nutricionista lo utilice con un ejemplo de menú y otra columna donde el paciente puede llenarlo con su propio menú (7).

4) Importancia de las Listas de Intercambio (7)

a) Es esencial tener un sistema que proporcione una estructura a los grupos de alimentos.

b) Esta estructura debe tomar en cuenta el valor energético total de los alimentos, el contenido de macronutrientes, así como el contenido de fibra, de sodio u otro aspecto importante.

c) Ya que la sociedad es cambiante, los pacientes se mueven de un lugar a otro, por lo que resulta de beneficio para ellos mismos y para los profesionales de salud contar con un sistema universal para la planificación de dietas.

d) El mejor sistema es el que enseña a los pacientes a contar lo que comen. El éxito de cualquier sistema se atribuye más al entusiasmo con que se presenta, que al sistema en sí. Han habido pocos estudios que

evaluen la efectividad de diversos enfoques de la educación nutricional o que comparen los sistemas existentes.

e) En la actualidad, muchos instrumentos y materiales educativos, han sido desarrollados utilizando Listas de Intercambio.

5) Evaluación de Listas de Intercambio

Además de la evaluación que se hizo en 1968 sobre el conocimiento de los pacientes acerca de las Listas de Intercambio (25), en 1965 se realizó un estudio comparativo entre los valores de proteína, grasa y energía provenientes del análisis químico, con los valores calculados por medio del sistema de intercambio de una serie de dietas. Sus resultados revelaron que al utilizar el sistema de intercambio para el cálculo de dietas, generalmente se subestimaba el contenido proteínico y se sobreestimaba el contenido de grasa. A la vez, se estudiaron las posibles fuentes de error en los valores de composición de los alimentos asignados a las Listas de Intercambio y encontraron que esta composición pudo estar condicionada por diferencia en los sistemas de cultivo, métodos de procesamiento, tipo y duración de almacenamiento y las legislaciones reguladoras de la composición de algunos productos alimenticios, que diferían de región en región y que, con frecuencia, dependían de cambios en las prácticas agrícolas y de procesamientos. De esta forma se decidió

elaborar listas de intercambio para cada región (19).

Después de la revisión de 1976 se realizó un análisis de nutrientes de las Listas de Intercambio, el cual dio buenos resultados en cuanto a la cantidad de macronutrientes que aportaba cada alimento de cada lista.

Wyse (29) comparó los valores de nutrientes usados en las nuevas Listas de Intercambio con datos publicados de composición de alimentos, para conocer que diferencia había entre estos. El estudio se realizó por medio de una base de datos en la computadora y el análisis reveló buenos resultados.

Wyse y Gaurth (30) realizaron un estudio utilizando el Índice de Calidad Nutricional (ICN), para analizar la composición de nutrientes de cada Lista de Intercambio y de los subgrupos. Para esto se tomó como base una dieta de 2,000 Kilocalorías y se evaluaron los siguientes nutrientes: energía, carbohidratos, proteína, grasa, fibra, calcio, fósforo, hierro, sodio, potasio, vitamina A, tiamina, riboflavina, niacina, ácido ascórbico, ácidos grasos saturados ácido oleico, ácido linoleico y colesterol.

Después de realizar este estudio Wyse y Gaurth proponen utilizar estas tablas para la enseñanza del contenido nutricional de cada Lista de Intercambio y los subgrupos.

6) Metodología para Elaborar Listas de Intercambio

La metodología para la elaboración de listas de intercambio se mantiene vigente desde su creación en 1950. En Guatemala, Montoya (18) realizó un estudio para estandarizar su elaboración, basado en la disponibilidad de alimentos en nuestro país. La metodología para la elaboración de Listas de Intercambio convencionales se resume así (18):

- a) Determinar el número de Listas que integraran el sistema de intercambio. Generalmente se utilizan ocho: incaparina, leches, carnes, vegetales, frutas, cereales, grasas y azúcares. En algunos casos se subdivide la Lista de vegetales en hojas verdes y amarillas, y verduras.
- b) Seleccionar los alimentos que integraran cada Lista tomando en cuenta los hábitos alimentarios de la población a quien van dirigidas.
- c) Definir un alimento y la porción en que más es consumido para utilizarlo como base para el cálculo de las demás porciones de la Lista. En algunos casos puede ser un alimento hipotético resultante del promedio del valor nutritivo por 100 g. de todos los alimentos de ese grupo.
- d) Consultar tablas de composición de alimentos disponibles, más recientes y establecer las porciones equivalentes de todos los alimentos de la Lista, basado en

la porción definida del alimento real o hipotético.

e) Si se incluyen alimentos con algún tipo de cocción, hacer las conversiones necesarias utilizando las constantes de conversión de crudo a cocido o viceversa.

f) Establecer el valor nutritivo de cada Lista y comprobarlo con los valores reportados en las tablas de composición de alimentos empleadas para el propósito.

g) Enumerar todos los alimentos con sus respectivas porciones, según la agrupación designada. Es aconsejable no anotar la porción base utilizada, ya que puede causar confusión al paciente.

h) Elaborar un cuadro resumen o una guía donde se especifique el número y nombre de cada Lista, y su valor nutritivo en cuanto a energía y macronutrientes.

i) Validar las listas elaboradas.

j) Ya que la metodología es la misma para el tipo de enfermedades para las cuales han sido diseñadas las Listas, se pueden hacer adaptaciones para intercambiar alimentos según su contenido de colesterol, purinas, sodio, etc.

k) Para elaborar las Listas de Intercambio lo más conveniente es utilizar un "librito". Este debe tener no más de 20 páginas, y no debe ser mayor que 20 cm. X 13

cm. y debe ser ilustrado con dibujos o fotografías simples.

D. LISTAS DE INTERCAMBIO UTILIZADAS EN GUATEMALA

En Guatemala las Listas de Intercambio son utilizadas por diferentes instituciones y profesionales. Algunas son diferentes y otras son iguales o parecidas. Esto depende de la institución o profesional que la utiliza.

En el Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Hermano Pedro de Betancourth de Antigua Guatemala utilizan las mismas listas de intercambio. En el cuadro del anexo No.7 se puede observar los valores de los macronutrientes y de energía de las lista que utilizan en los hospitales nacionales, al igual en el cuadro de los anexos No. 8 y 10 observamos los valores de las listas que se utilizan en la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala y en el Hospital Bella Aurora.

La Lista de Intercambio de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala, está elaborada para realizar dietas que son especiales para diferentes deporte (6).

Estas cuatro Listas de Intarcambio tiene mucho en común, ya que fueron elaboradas para pacientes que no poseen enfermedades.

El Hospital Bella Aurora y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) utilizan Listas de Intercambio que fueron elaborados para pacientes con alguna enfermedad.

La diferencia de estas dos Listas respecto a las otras esta en que las Listas de Intercambio que se utilizan en el IGSS además de informar los valores de macronutrientes y energía también proporciona datos de sodio y potasio, ya que estas Listas se utilizan para pacientes con problemas renales (23). El Hospital Bella Aurora utiliza Listas de Intercambio que fueron elaboradas para pacientes diabéticos de los Estados Unidos, por eso no poseen la Lista de azúcares. (*)

(*) BARRIOS, N. 1994. Listas de Intercambio. Guatemala, Hospital Bella Aurora. Servicio de Alimentación. (Entrevista Personal).

E. VALIDACION DE MEDIOS VISUALES

1. Comunicación

Los medios se utilizan para comunicar ideas. La comunicación es un proceso de dos vías; es el medio para crear un significado compartido con otro individuo, mediante el intercambio de opiniones, ideas o información (8).

2. Percepción

Es el proceso mediante el cual un individuo adquiere conciencia del mundo que lo rodea. La percepción es una experiencia personal y única. No es exactamente igual para dos personas (12).

3. Capacidad de comprensión visual

Es un grupo de capacidades de la visión que el ser humano es capaz de desarrollar cuando mira, al tiempo que tiene e integra otras experiencias sensoriales. El desarrollo de esas capacidades es fundamental en el aprendizaje normal de los hombres. Una vez desarrollados, son los medios por los cuales un persona visualmente alfabetizada discrimina e interpreta las acciones, los objetos y los símbolos, naturales o artificiales, que ve en su ambiente. Al emplear creadoramente esas capacidades, se comunica con los demas (2).

4. Medios Visuales

Para comunicar la idea que se quiere por medio de medios visuales, se debe tomar ciertos factores que influyen en la efectividad de la misma, los cuales son (8):

a) Familiaridad: Los dibujos que se utilizan deben ser reconocidos e interpretados correctamente por la población a la que va dirigida.

b) Escala: El tamaño del dibujo debe ser adecuado con respecto a los demás dibujos.

c) Color: Los más posibles a los de la realidad.

d) Percepción visual: Esta es la habilidad de reconocer e interpretar correctamente varias formas de dibujos, esto varía de persona a persona.

4. Validación (8)

a) Definición: Validar significa probar el material de comunicación con la población a la que va dirigida antes de su producción o su impresión. Esto se hace por medio de la entrevista, con esto se puede conocer si la idea o el mensaje está siendo transmitido en la forma deseada, y también se puede averiguar si a la población le gustan los materiales.

Debe probarse cada nueva versión hasta que se

tenga un material que le guste y comprenda para quien va dirigido (8).

b) Cuando Debe Hacerse Una Validación: La primera prueba debe hacerse idealmente cuando los materiales estan en una etapa muy preliminar, por ejemplo cuando hay bosquejos a lápiz de las ideas. La razón es que no se ha invertido todavía mucho tiempo y energias en los materiales.

c) Cuantas Personas se Necesitan para la Prueba: Es suficiente preguntarle de 20 a 30 personas.

d) La Entrevista: Esta técnica es de uso común en la investigación. Se puede decir que la entrevista es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales (3). La entrevista es la técnica utilizada para realizar la validación, para esto debemos tomar en cuenta lo siguiente (8):

i. Establecer un ambiente social: Se debe estar en un lugar donde no sea molestado por otras personas.

ii. Introducción: Aquí se establecerá el tono de las discusiones. También se explicará sobre lo que se pretende hacer. Se debe motivar a la persona que vean la necesidad y la utilidad de su participación.

iii. Dejar que la gente toque los materiales: Se debe dejar que la persona haga lo que desee con los materiales, excepto destruirlos (8).

iv. Animar a la gente a que hable: Dejar que la persona opine lo que quiera. Algunas reglas de oro en la validación: nunca hacer que el entrevistado se sienta estúpido, no discutir con el/ella, no contradecir sus respuestas, no interrumpir, dejar que hable y no hacer sentir que ha dicho algo que no debe (8).

v. Diferentes tipos de preguntas: Existen dos tipos de preguntas: las de final abierto y las conducentes. Las preguntas de final abierto se formulan para que las personas expresen lo que piensen, sin dar una guía o un indicio a lo que debe ser la respuesta. Esta es el tipo de pregunta que se debe realizar.

vi. Agradecer al entrevistado por el tiempo invertido: Hacerle saber al entrevistado que ha sido de gran ayuda. No debe abusarse del tiempo y de la colaboración del entrevistado.

vii. Registro: Los validadores deben trabajar en pares, si es posible, una persona que conduzca la entrevista y la otra que escriba las preguntas y las respuestas. Se puede utilizar la siguiente ficha para el registro:

INFORME DE VALIDACION						
TITULO DE VISUAL: _____						
TIPO DE VISUAL: _____						
AUDIENCIA OBJETIVO: _____						
ETAPA DE PROGRESO: _____						
EDAD	EDUCACION	SEXO	LUGAR	GRUPO ETNICO	INTERPRETACION VISUAL TEXTO	OBSER- VACION

En el título de visual se coloca el nombre del visual que se está validando, tipo de visual, si es cartel, folleto, etc. En audiencia objetivo la población hacia a la que se dirige el material. En etapa de progreso se coloca el número de validación que es. En el cuadro se coloca la edad, en educación el grado de escolaridad que tiene la persona, sexo, lugar donde se realiza la validación, en grupo étnico se escribe el nombre del grupo al que pertenece la persona. En interpretación se coloca en visuales lo que la persona describió al ver el material, en texto se coloca el texto que tiene el material, y por último en observaciones se coloca la reacción que tuvo la persona al ver el material.

La entrevista tiene muchas ventajas; es aplicable a toda persona, siendo muy útil con los analfabetos, los niños o con aquellos que tienen alguna

limitación física u organica que les dificulte proporcionar una respuesta escrita (17).

e) El Cuestionario: Es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llene por si mismo.

En este trabajo se utilizarán ambas técnicas, tomando en cuenta que el cuestionario seran las ilustraciones de los alimentos ya que este sera el instrumento de medición; y se realizará la entrevista para su validación.

f) Requisitos de un instrumento de medición: La característica de cada instrumento de medición pueden ser multiples, sin embargo hay dos por su relevancia que son fundamentales, ya que si los instrumentos no llenan estos requisitos, los resultados tendran limitaciones importantes. Estas cualidades son: confiabilidad y validez (17).

El término confiabilidad se refiere a la capacidad del instrumento para obtener datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud de la medición, así como a la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. Un instrumento es confiable si se obtienen datos o medidas iguales al ser aplicados a los mismos sujetos u objetos en

dos ocasiones diferentes, o al ser aplicados por diferentes personas.

La validez es el grado en que un instrumento logra medir lo que se pretenda medir (17).

g) Pasos a seguir en la elaboración de instrumentos:

i. Paso 1: Una vez determinado el tipo de instrumento que sera utilizado, es necesario decidir a quien se aplicará para la obtención de datos.

ii. Paso 2: Antes de iniciar la aplicación del instrumento es indispensable precisar las características del grupo de individuos al cual sera aplicado. Esto se hace con el fin de tomar en consideración en el instrumento aspectos condicionantes de la fuente de información tales como nivel cultural, accesibilidad y otros.

iii. Paso 3: Para determinar la información que se obtendra es necesario establecer los aspectos de las variables que se desea incluir en el instrumento.

iv. Paso 4: Es importante considerar el formato general del instrumento así como decidir las areas o secciones que debe tener.

v. Paso 5: En esta etapa se procede a la

ANEXO No. 13

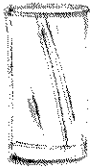
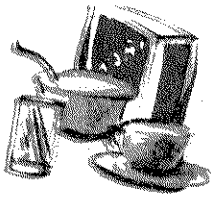
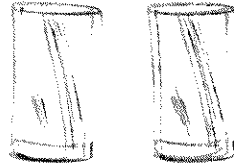
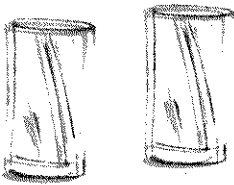
LISTAS DE INTERCAMBIO PARA PACIENTES
DIABETICOS ANALFABETAS

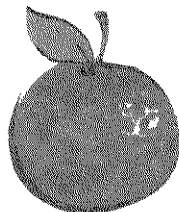
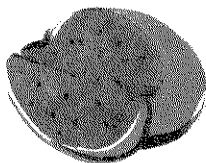
1980

MI DIETA

Nombre:

PROFESORADO DE CIENCIAS
NUTRICIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CARLOS DE GUAYAQUIL







ANEXO No.14

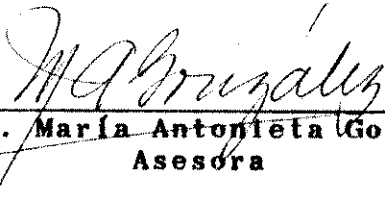
GUIA PARA EL PROFESIONAL EN LA UTILIZACION DE LAS LISTAS DE INTERCAMBIO PARA PACIENTES DIABETICOS ANALFABETAS

Para utilizar las Listas de Intercambio para Pacientes Diabéticos Analfabetos se debe seguir los siguientes pasos:

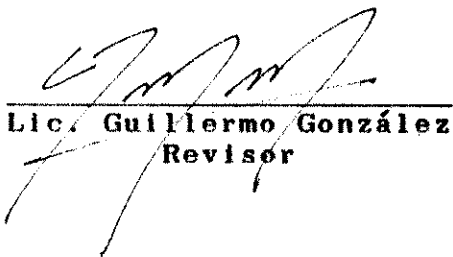
1. Calcular la dieta del paciente.
2. Escribir en la portada el nombre del paciente.
3. En la primera hoja, colocar los datos del paciente: nombre, edad, sexo, peso, peso ideal y talla.
Luego se lleva un récord de peso, apuntando la fecha de la cita, el peso del paciente en la cita y alguna observación que se requiera.
4. En la siguiente hoja, escribir el tratamiento médico que lleva el paciente (hipoglicemiantes o insulina), así como llevar un récord de glicemia anotando la fecha en la que fue hecha la prueba, el resultado y alguna observación.
5. Para realizar el menú en el folleto se debe pintar los vasos, tazas, cucharas, cucharitas y alimentos según las porciones calculadas anteriormente. En lo que respecta al pan, tortillas y huevo se debe de escribir el número de la porción. Se debe tomar en cuenta que en este folleto no se puede separar los tiempos de comida por lo que las porciones que se pinten en el folleto son las que el paciente puede comer al día, esto debe de hacerse notar al paciente.



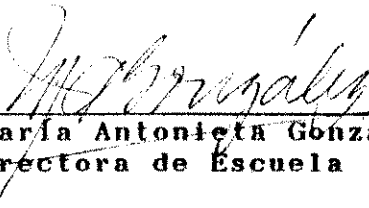
Ana Cecilia Galich de Vásquez
Autor



Lic. María Antonieta González
Asesora



Lic. Guillermo González
Revisor



Lic. María Antonieta González
Directora de Escuela

Imprímase


Lic. Jorge Pérez Folgar
Decano de la Facultad