

Estado nutricional
Adherencia al
tratamiento
y estado nutricional y
Redes sociales de
apoyo en pacientes
HIV con VIH

Ma.Emilia Roncoroni Stabile

*"El talento es el hombre en libertad,
nace en cualquier persona que se sienta capaz
de volar con sus ideas."*

Luis Alberto Spinetta

Dedicado a mis padres y hermanos por ser mi mayor orgullo, Gracias a quienes hoy
soy la persona que soy, por creer en mí y siempre acompañarme en mis logros
Infinitamente agradecida por su apoyo incondicional, sus valores y su amor.

Agradecimientos

A mis padres por ser mi mayor ejemplo en la vida. Por su apoyo incondicional, por formarme con sus valores y educación. Por acompañarme en todas mis decisiones y siempre sentirse orgullosos de mí. Gracias a quienes hoy es posible alcanzar esta meta. Simplemente gracias porque los amo con toda mi alma.

A mis hermanos por ser mis cómplices, mis compañeros de la vida, a quienes les debo mis mejores momentos e inolvidables recuerdos. Por aguantarme, amarme y cuidarme siempre. Simplemente por ir a mí lado en cada paso.

A mis familiares, mi abuela, tíos y primos por su apoyo y cariño. Principalmente a mis abuelos que hoy no están conmigo, quienes en mi corazón siempre me acompañan.

A mis amigas de toda la vida, quienes elegí como compañeras en mi camino. Por sus consejos y por siempre tener la palabra justa, por aguantar uno y cada uno de mis mal humores, gracias por su incondicionalidad y amor. Sin su compañía toda esta alegría no sería posible.

A mis amigas/os que la facultad me permitió conocer, por acompañarme en mis desvelos, en mis fracasos y en mis aciertos. Por ser ese oído incondicional a la hora de mis inseguridades y por siempre demostrarme que todo es posible. Aquellas que entienden más que nadie la belleza de la profesión que elegimos.

A mi tutora Romina Di Marco por su colaboración, por incentivar me en dar lo mejor de mí, por su tiempo y predisposición para trabajar en conjunto en pos de este objetivo.

A Vivian Minnaard y Natalia Sordini del departamento de metodología por su entusiasmo, por transmitirme las ganas de trabajar día a día por esta meta. Y a Santiago Cueto del departamento de estadística por su buena onda, paciencia y tiempo.

A Estela Carrizo y todo el equipo de la Red por su compañía y su buena voluntad en recibirme en su organización.

A todos aquellos que me acompañaron en este camino les agradezco enormemente, hacen de este un momento único.

Gracias!

Resumen

Objetivo: Determinar el estado nutricional y la adherencia al tratamiento nutricional y el rol que cumplen las redes sociales de apoyo en pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en la ciudad de Mar del Plata en el año 2013.

Materiales y Métodos: Investigación de tipo cuantitativa descriptiva de corte transversal. Un total de 100 personas de ambos sexos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA completaron una encuesta con información sociodemográfica y alimentaria indagando sobre el peso y la talla y la asistencia a controles nutricionales, compuesta también por una frecuencia de consumo, finalizando con el cuestionario MOS de apoyo social compuesto por 20 items, donde el número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo.

Resultados: La mayoría de los participantes de la muestra cuentan con un estado nutricional Normal, con un 52%, seguido por un 45% que poseen exceso de peso. Un 44% de los encuestados nunca ha asistido a un control nutricional, mientras que un 26% lo ha abandonado y el resto lo continúa actualmente. Respecto a la adherencia a las recomendaciones nutricionales, esta presenta hábitos dietéticos comunes en la muestra, donde se evidencia que los grupos con los valores más altos en la categoría adecuado son huevo, carnes y cereales, en la categoría medianamente adecuado son el agua y el azúcar y por último las frutas secas y los cereales y el pan en las categorías inadecuado por carencia y por exceso respectivamente. El apoyo social estructural mostró un número de amigos y familiares que oscila entre 0 y 9, con un promedio de 4,3 y 3,9 respectivamente. El apoyo social funcional mostró los valores más altos del índice global en el valor mediano, y respecto a las distintas dimensiones tanto en la dimensión emocional, como en la material y de las relaciones sociales el valor más alto se obtuvo en el valor mediano y en la dimensión de amor y cariño se observa una mayoría en el valor máximo.

Conclusiones: Al analizar la existencia de relación entre la variable estado nutricional y la asistencia al control nutricional por medio del test de hipótesis Chi-Cuadrado no es posible afirmar que exista relación entre las variables anteriormente mencionadas. La misma conclusión se obtuvo al relacionar el índice global de apoyo social con la asistencia a los controles nutricionales. Al observar que un 45% de los pacientes presentan exceso de peso, y que un 44% no asiste actualmente al nutricionista es interesante destacar la necesidad de reorientar el tratamiento de pacientes que conviven con esta enfermedad involucrando no solo aspectos farmacológicos sino también psicológicos y sociales.

Palabras claves: VIH - Estado nutricional – Adherencia al tratamiento nutricional – Redes de apoyo social percibido

Abstract

Objective: To determine the nutritional status and nutritional treatment adherence and the role of social support networks in HIV patients attending the network of people living with HIV / AIDS in Mar del Plata, Buenos Aires Province, in 2013.

Materials and Methods: This is a descriptive quantitative crosscut research. A total of 100 people of both sexes attending the network of people living with HIV / AIDS completed a sociodemographic and food information survey; records integrated a weight and size evaluation and the assistance to nutritional controls including a food frequency questionnaire. An MOS social support survey composed of 20 items was carried out; number 1 refers to the size of the social network and the remaining 19 are related to four dimensions of functional social support: emotional, instrumental, positive social interaction and emotional support.

Results: Most respondents in the sample (52%) registered a Normal nutritional status, followed by overweight participants (45%). Almost half of respondents never attended nutritional controls, whereas 26% had quitted controls, and the rest continued controls at the moment of the survey. Common dietary habits were recorded as regards the adherence to nutritional recommendations, showing that egg, meat and cereals represented the groups with highest values in the appropriate category; water and sugar were represented in the medium appropriate variable; dried fruits, nuts and cereals, and bread appeared in an inappropriate level for deficiency and excess, respectively. Structural social support showed a number of friends and family that ranges between 0 and 9, with an average of 4.3 and 3.9, respectively. As regards functional social support, the highest scores in the global index corresponded to the median value. With respect to dimensions, the emotional, the material, and social relations, registered their highest scores at the median value, and regarding love and affection, it was observed that most of the sample scored a maximum value.

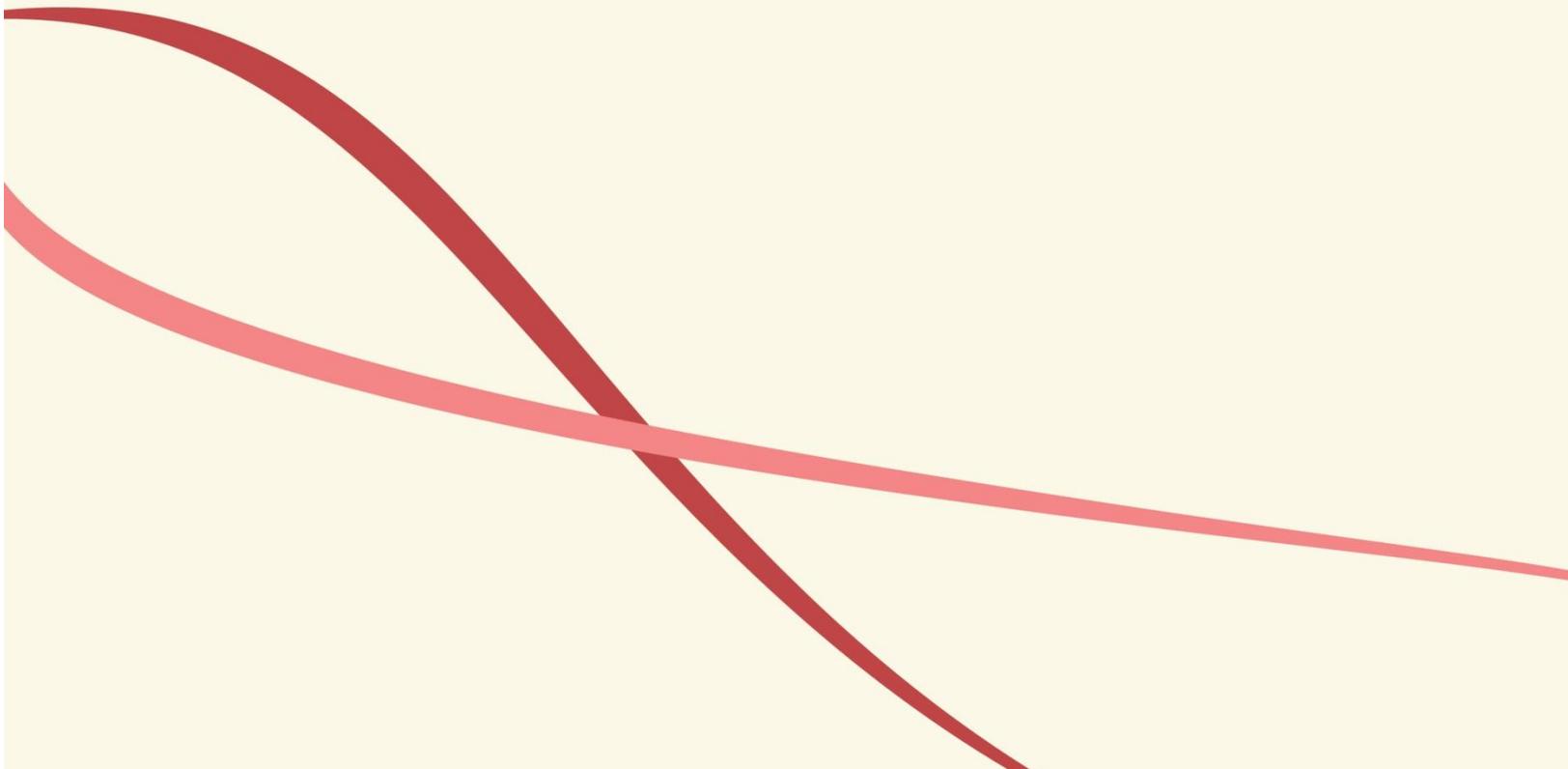
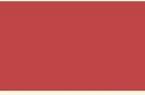
Conclusions: The analysis of results by the Chi-square hypothesis test could not validate the relationship between the variables nutritional status and nutritional control assistance. The same conclusion was obtained by relating the global index of social support with the assistance to nutritional controls. Noting that 45% of patients was overweight, and that 44% did not attend the nutritionist consultation, it is interesting to highlight the need to redirecting treatment of patients with this disease including not only pharmacological but also psychological and social aspects.

Key Words: HIV - nutritional status - nutritional treatment adherence - social support networks

Índice

Introducción.....	2
Capítulo 1.....	6
“VIH y su contexto epidemiológico”	
Capítulo 2.....	20
“Estado nutricional y adherencia al tratamiento nutricional”	
Capítulo 3.....	38
“Redes sociales de apoyo y su relación con la salud y la enfermedad”	
Diseño metodológico.....	51
Análisis de datos.....	68
Conclusiones.....	93
Bibliografía.....	98
Anexo.....	104

Introducción



El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados dicha infección y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el virus. Las vías de transmisión son las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.¹ La nutrición es un componente esencial en la atención de individuos infectados. Casi desde la aparición de la enfermedad, la infección ocasiona cambios en el estado nutricional. Durante la década pasada se demostró que, en todas las etapas de la enfermedad, los individuos están expuestos a un mayor riesgo de sufrir deficiencias nutricionales. En ellos es común observar pérdida de peso, caquexia, pérdida de masa corporal magra y deficiencias de nutrientes específicos. Se piensa que la causa de la desnutrición depende de muchos factores, como la pérdida del apetito, la mala absorción, el incremento de pérdidas ya sea por vómito, diarrea, pérdidas renales, etc. y las alteraciones del metabolismo. A esos factores, se suman los problemas causados por la desregulación de lípidos e insulina, por lo que se requiere la atención nutricional de un especialista.² El conocimiento por parte del paciente de dicha enfermedad genera una gran cantidad de cambios no solo a nivel fisiológico, como es el deterioro nutricional y del funcionamiento normal de organismo, sino también factores relacionados con la enfermedad y el tratamiento, con la personalidad y la capacidad de afrontamiento, el soporte familiar y las redes de apoyo y aspectos socioculturales vinculados a la enfermedad. En el caso del VIH/SIDA esta adaptación se hace más compleja por las características específicas de esta infección. El estigma y la discriminación asociados al a esta enfermedad llevan a vivirlo en secreto, lo que implica un gran coste emocional y escaso soporte social. Las reacciones familiares, la amenaza laboral, el nivel de interferencia de los síntomas con las rutinas y actividades cotidianas, la interacción con profesionales de la salud y con el medio hospitalario, también supone

¹ Organización Mundial de la Salud; http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

² Manual de nutrición y VIH, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Edita la Direcció General de Drogodependències i Sida, Primera edició: Barcelona, febrero de 2004, página 3

una importante fuente de estrés añadida.³ El apoyo de la familia, los amigos y la comunidad se asocia con una mejora en la salud; Se considera que las personas que tienen un menor contacto social y comunitario tienen mayor probabilidad de morir que aquellas con mayores relaciones sociales. La baja disponibilidad de apoyo emocional y la baja participación social se asocian con mayor mortalidad por todas las causas, como lo han demostrado Ostergren (1986) y Berkman y col.(2004) para el caso de empleados franceses. La evidencia acumulada es tanta y tan fuerte que algunos expertos consideran que el efecto de las relaciones sociales sobre la salud puede ser tan o más importante como los factores de riesgo establecidos como el consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la presión alta (Mustard y Frank, 1991). Se reduce en considerar que las redes de apoyo social se asocian a mejores estados de salud porque ayudan a las personas a resolver los problemas y enfrentar la adversidad, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida. Además, debido al apoyo básico que la familia y los amigos brindan en alimentación, vivienda y atención cuando están enfermos o cuando deben cambiar de estilos de vida (Canada Health-OPS/OMS, 2000:18).Esto en referencia al mecanismo, pero de base está el principio fundamental de las redes de apoyo social, la reciprocidad. La importancia del apoyo social no sólo se da entre individuos, entre éstos y un grupo, y entre grupos (formales o no) sino que se extiende también, a la comunidad en su conjunto.⁴

³ <http://www.adharasevilla.org/index.php/psicologia-y-VIHsida>

⁴ Cesar Lip y Fernando Rocabado, "*Determinantes sociales de salud en Perú, Cuaderno de promoción de la salud nº 17*", Lima 2005. <http://es.scribd.com/doc/53077706/9/REDES-DE-APOYO-SOCIAL>

Por todo lo mencionado anteriormente es lo que me lleva a plantearme:

¿Cuál es la adherencia al tratamiento nutricional, el estado nutricional y el rol de las redes sociales de apoyo en pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en la ciudad de Mar del Plata en el año 2013?

Objetivo General

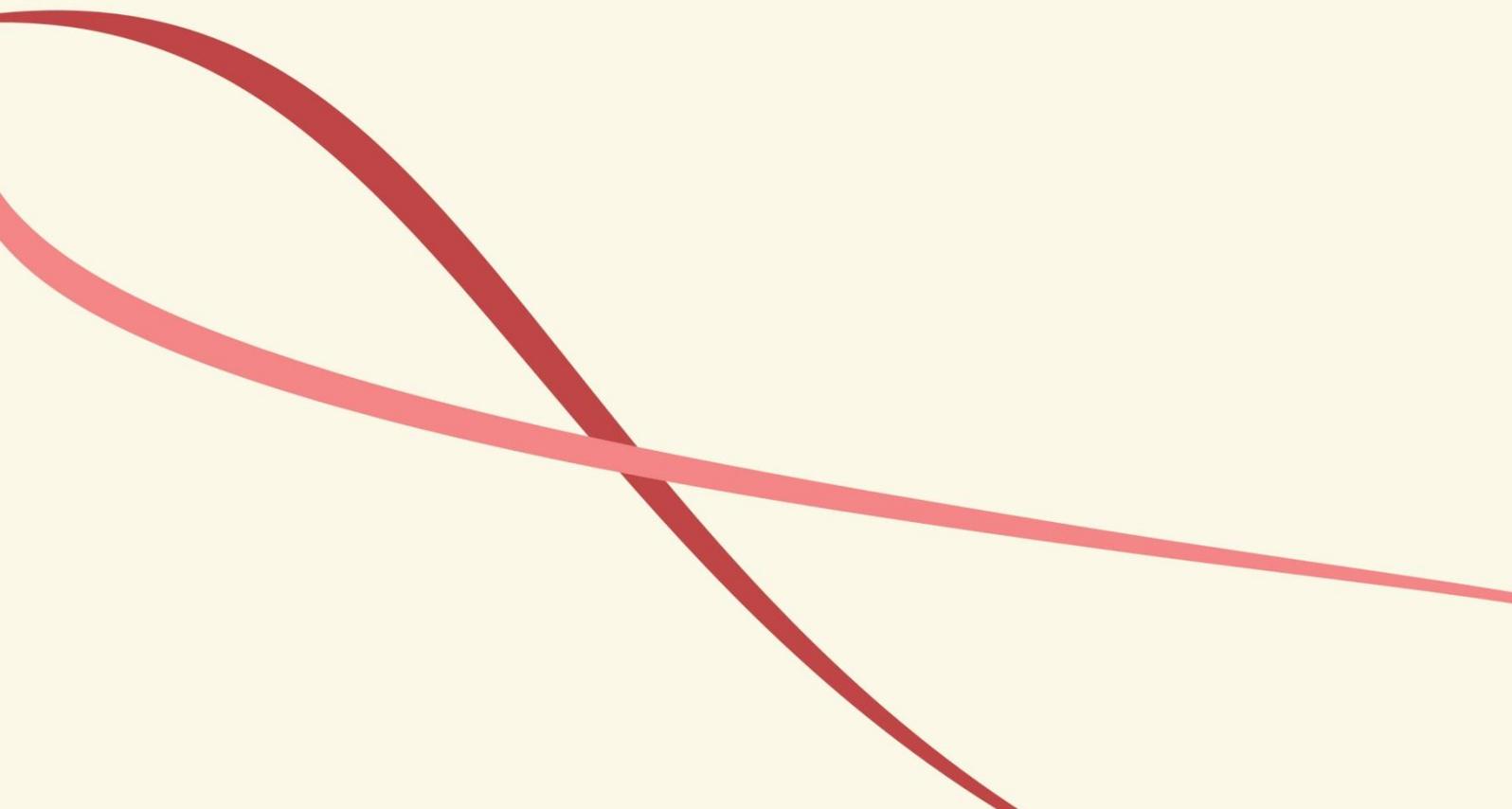
- ✘ Determinar el estado nutricional y la adherencia al tratamiento nutricional y el rol que cumplen las redes sociales de apoyo en pacientes con VIH.

Objetivos Específicos

- ✘ Establecer el estado nutricional de los pacientes infectados con VIH que asisten a una red de personas con VIH/SIDA por medio de la evaluación del peso y la talla.
- ✘ Identificar las redes de apoyo de los pacientes infectados con VIH incluyendo el entorno familiar y los amigos.
- ✘ Analizar la adherencia al tratamiento nutricional por parte de los pacientes con VIH.

Capítulo I

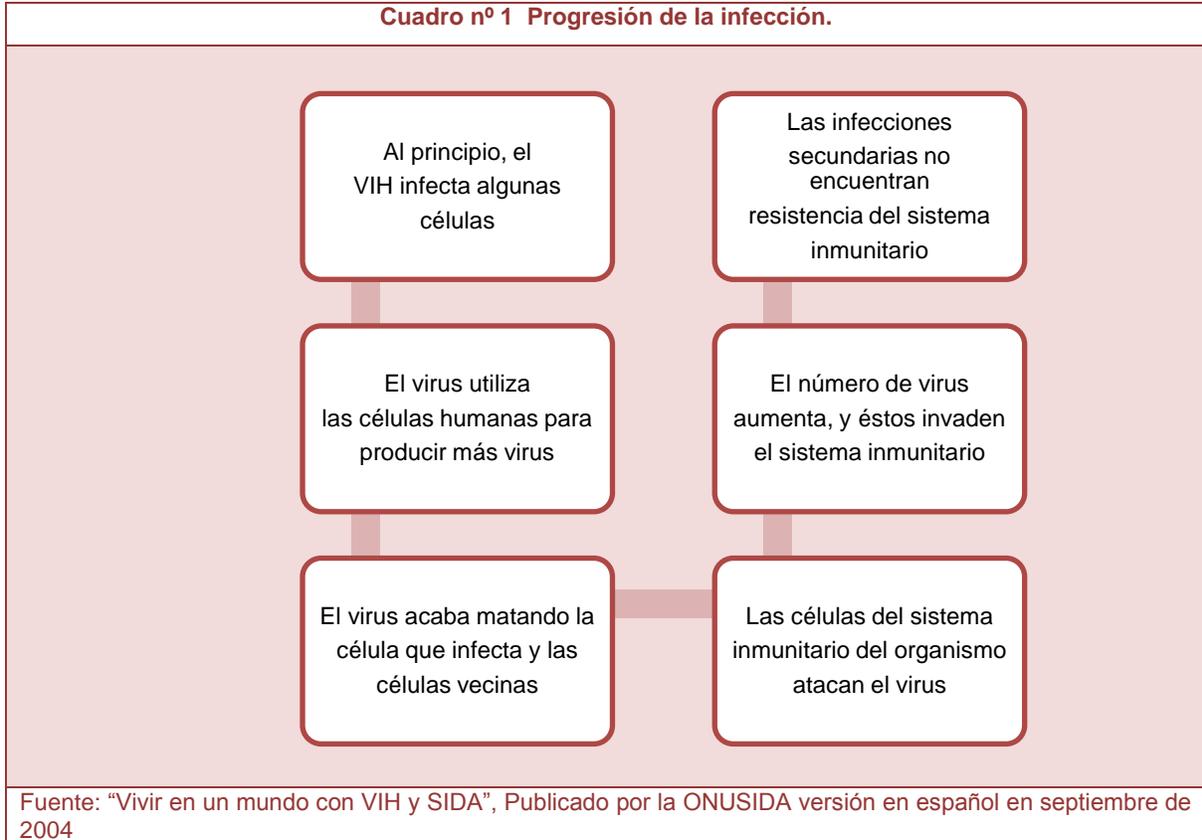
VIH y su contexto epidemiológico



VIH es la sigla correspondiente a “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento.¹ Para lograr infectar una célula, debe introducir su material genético en el interior de la misma. Este proceso empieza con la fijación y entrada del virus, seguido del desprendimiento de la envoltura de su membrana y la integración de los genes de este en los genes humanos. La célula humana es asaltada para producir múltiples copias de unidades víricas básicas que posteriormente se ensamblan y que con el tiempo acaban saliendo de la célula infectada en busca de otras células para infectar. Esta unidad vírica mata la célula que infecta y también las células vecinas no infectadas y se asegura de que la célula humana sobreviva hasta que su propia multiplicación haya concluido. Más dañino aún se considera al virus de inmunodeficiencia humana debido a que establece formas latentes estables que son reservorios de la infección a los que no pueden llegar los fármacos disponibles en la actualidad. Esos reservorios generan gran dificultad para la erradicación completa y la cura del SIDA. Poco después de que tenga lugar la infección, el sistema inmunitario del organismo organiza un ataque contra el virus por medio de células citolíticas especializadas y proteínas solubles denominadas anticuerpos que, por lo general, consiguen provisionalmente reducir la cantidad del mismo en sangre. Sin embargo, el continúa activo y, por lo cual, continúa infectando y matando células vitales del sistema inmunitario. Con el tiempo, la actividad vírica aumenta significativamente y, a la larga, anula la capacidad del organismo de rechazar la enfermedad. Esta enfermedad, si no es tratada, generalmente acaba agotando el sistema inmunitario. Dejando al organismo vulnerable a una o más enfermedades que ponen en peligro la vida, pero que, en la generalidad de los casos, no afectan a las personas sanas. Esta etapa de la infección es la denominada SIDA, o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Cuanto mayor sea el daño sufrido por el sistema inmunitario, mayor será el riesgo ocasionando fallecimiento por infecciones oportunistas. Los expertos acordaron el término “SIDA” a principios de los años 1980 para describir el por entonces nuevo síndrome de inmunosupresión profunda.

¹ ONUSIDA, información básica sobre VIH, En: http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

Hoy día, el SIDA se considera la última etapa de un proceso continuo de infección por el VIH y enfermedad.²



Los síntomas de la infección difieren según la etapa de que se trate, aunque tienden a alcanzar el pico de infectividad en los primeros meses, muchos ignoran que son portadores hasta que llegan a fases más avanzadas. En las primeras semanas posteriores al contagio, en individuo puede manifestarse asintomático o presentar una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta. A medida que la infección avanza se va debilitando el sistema inmunitario, presentándose otros signos y síntomas, como son la inflamación de ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían desarrollarse enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o cánceres como linfomas o sarcoma de Kaposi,

² “Vivir en un mundo con VIH y SIDA”, Publicado por la ONUSIDA versión en español en septiembre de 2004 En: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc975-livinginworldaids_es.pdf

entre otros.³ En 1993 la CDC (Centers for Disease Control and Prevention) desarrollo una clasificación basada fundamentalmente en el recuento de linfocitos CD4 y añade nuevas categorías clínicas a las aceptadas con anterioridad. Las categorías son excluyentes y el enfermo debe clasificarse en la más avanzada de ellas. Las categorías según la cifra de linfocitos CD4 (o porcentaje respecto a los linfocitos totales) son las mencionadas en el cuadro 2.

Cuadro nº 2 Clasificación de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana CDC 1993	
Categorías según la cifra de linfocitos CD4 (o porcentaje respecto a los linfocitos totales)	
Categoría 1: Más de 500 / microlitro (> 28%)	Categorías clínicas: A1, B1 y C1
Categoría 2: Entre 499 y 200 / microlitro (28-14%)	Categorías clínicas: A2, B2 y C2
Categoría 3: Menos de 199 / microlitro (< 14%)	Categorías clínicas: A3, B3 y C3
Categorías clínicas	
Categoría clínica A: se aplica a la infección primaria y a los pacientes asintomáticos con o sin linfadenopatía generalizada persistente.	
Categoría clínica B: se aplica a los pacientes que han presentado síntomas relacionados con la infección por el VIH pero que no se encuadren dentro de la categoría clínica C.	
Categoría clínica C: se aplica a los pacientes que han presentado alguna de las situaciones clínicas mencionadas en el cuadro nº 3.	
Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention) En: www.CDC.gov.ar	

Cuadro nº 3 Categoría clínica CDC 1993			
Categoría CD4	A	B	C
	A1	B1	C1
(1) $\geq 500/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
(2) $200-499/\text{mm}^3$	A3	B3	C3
(3) $< 200/\text{mm}^3$			
Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention) En: www.CDC.gov.ar			

³ Organización Mundial de la Salud, En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

Los pacientes incluidos en las categorías C1, C2, C3, A3 y B3 se consideran afectados de SIDA. Las dos últimas categorías, basadas en el recuento de CD4, no se aceptan por la OMS para Europa.⁴

Cuadro nº 4 Situaciones Clínicas				
Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar		Coccidioidomicosis generalizada	Criptococosis extrapulmonar	Criptosporidiasis con diarrea de más de 1 mes
Infección por citomegalovirus de un órgano diferente al hígado, bazo o ganglios linfáticos	Retinitis por citomegalovirus	Encefalopatía por VIH	Infección por el virus del herpes simple que cause úlcera mucocutánea de más de 1 mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis.	
Isosporidiasis crónica	Sarcoma de Kaposi	Linfoma de Burkitt o equivalente	Linfoma inmunoblástico o equivalente	Linfoma cerebral primario
Infección por MAI o M kansasii diseminada o extrapulmonar	Tuberculosis extrapulmonar o diseminada		Neumonía por P carinii	Leucoencefalopatía multifocal progresiva
Sepsis recurrente por especies de Salmonella que no sean S typhi	Toxoplasmosis cerebral	Wasting syndrome (síndrome de desgaste)	Carcinoma de cérvix invasivo	Tuberculosis pulmonar
	Neumonía recurrente	Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar	Candidiasis esofágica	Histoplasmosis diseminada
Fuente: CDC (Centers for Disease Control and Prevention) En: www.CDC.gov.ar				

⁴ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) En: www.CDC.gov.ar

En el 2005 la OMS desarrolla la clasificación según las etapas clínicas provisionales del VIH y el SIDA, se mencionan en el cuadro 4.

Cuadro nº 5 Etapas clínicas provisionales del VIH y el SIDA y definiciones de caso para la vigilancia OMS
<p>-La Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo.</p>
<p>-Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos.</p>
<p>-Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas.</p>
<p>-Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrocitante aguda en la boca. Algunas personas tienen sida en esta etapa.</p>
<p>-Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA.</p>
<p>La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia</p>
<p>Fuente: "Interim Who Clinical Staging Of HIV/AIDS And HIV/AIDS Case Definitions For Surveillance", World Health Organization, WHO/HIV 2005.02. En: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf</p>

Entre las vías de transmisión se destacan el contacto íntimo y sin protección con líquidos corporales de un individuo infectado, como es el caso de la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible el contagio a resultas de contactos de tipo ordinario y cotidiano como es el caso de los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas. Entre las vías de transmisión de se destacan: El coito anal o vaginal sin protección con un individuo infectado; la transmisión vertical de la madre al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia; las transfusiones de productos sanguíneos infectados y la utilización de material de inyección, tatuaje o perforación cutánea (*piercing*) o de instrumental quirúrgico contaminado. Hay ciertos comportamientos por parte del individuo infectado que

incrementan el riesgo al contagio, estos son: practicar coito anal o vaginal sin protección; padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, blenorragia o vaginosis bacteriana; compartir agujas o jeringas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado y pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que afecta en particular al personal de salud.⁵ El diagnóstico se realiza por medio de un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al VIH. Esta prueba es la denominada test ELISA y dado que no se considera específica para dicha infección, su resultado debe ser confirmado con otra prueba denominada Western Blot. El cuerpo humano es quien produce anticuerpos para luchar contra diversas enfermedades. En el caso específico de esta enfermedad, la presencia de anticuerpos demuestra la existencia de una infección, es decir, que el virus se encuentra presente en el organismo por lo que de no llevar a cabo las precauciones correspondientes, puede ser transmitido a otras personas. Un individuo infectado puede no presentar ninguna sintomatología. Un resultado positivo significa que se encuentran anticuerpos del VIH en la sangre por lo que ha sido infectado. No determina que tenga SIDA pero sí la capacidad de infectar a otro individuo en el caso de mantener relaciones sexuales sin protección (sin preservativo) o por contacto directo de sangre con sangre. Es de fundamental importancia la protección al mantener relaciones sexuales para evitar la re-infección ya que se debe prevenir que el virus reingrese al organismo aumentando así la posibilidad de contraer SIDA. En caso de embarazo y no recibir la atención médica adecuada, la transmisión puede darse al fruto de la gestación antes del nacimiento, durante el parto o al alimentarlo con leche materna. En caso de no recibir atención médica en el embarazo o en el momento del parto se estima que uno de cada tres bebés que nacen de una mujer infectada puede desarrollar el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Un resultado negativo significa dependiendo del tipo de pruebas que se utilicen (pruebas rápidas, Elisa de 3º o 4º generación), los anticuerpos frente al VIH tardan alrededor de tres a cuatro semanas desde el momento de la infección en ser detectados, por lo cual, durante este tiempo (llamado “período ventana”) los análisis pueden resultar negativos aunque la persona esté infectada. Considerando lo mencionado y en caso de una situación concreta de riesgo, aunque el resultado del primer análisis sea negativo se

⁵ Organización Mundial de la Salud, En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

recomienda repetir el examen pasado un mes de la primera muestra. Algunos individuos que presentan situaciones de riesgo en forma frecuente pueden beneficiarse de repetirse la prueba periódicamente, cada seis meses aproximadamente.⁶ Es posible inhibir el virus mediante tratamientos que combinan el uso de tres o más fármacos antirretrovíricos, que, si bien no curan la infección, inhiben la replicación de este en el organismo de la persona permitiendo que su sistema inmunitario recobre fortaleza y capacidad para luchar contra las infecciones. Gracias a la terapia antirretrovirica, los infectados pueden llevar una vida sana y productiva. Más de 8 millones de personas infectadas en países de ingresos bajos y medianos estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico a finales de 2011. De ellos, 562 000 eran niños. Eso significa que se ha multiplicado por veinte el número de personas sometidas a ART en los países en desarrollo entre 2003 y 2011, y además se ha registrado un aumento del 20% en solo un año (de 6,6 millones en 2010 a más de 8 millones en 2011). A finales de 2011, el 54% de las personas elegibles para ello estaban recibiendo tratamiento antirretrovírico. La cobertura alcanza sus mayores niveles en América Latina (70%) y el Caribe (67%), seguidas por el África subsahariana (56%), Asia (44%), Europa oriental y Asia central (23%), y es menor en Oriente Medio y el Norte de África (13%). En 2011, el 57% de los aproximadamente 1,5 millones de embarazadas infectadas en países de ingresos bajos o medios recibieron antirretrovíricos eficaces para evitar la transmisión a sus hijos, frente al 48% de 2010. Para prevenir o reducir el riesgo de infección se debe limitar la exposición a los factores de riesgo, entre los que se destacan el uso de preservativos, las pruebas de detección y asesoramiento acerca de la enfermedad y las ITS, la circuncisión masculina, la eliminación de la transmisión vertical de madre a hijo, el tratamiento con antirretrovíricos, la reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables, la profilaxis anterior a la exposición por relaciones sexuales para la persona VIH-negativa, a lo que denominamos profilaxis preexposición, ya que ha sido demostrado que el consumo de antirretrovíricos por parte de la misma puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por parte del individuo seropositivo y por último la profilaxis posterior a la exposición al virus, a lo que se denomina profilaxis postexposición, por medio del uso inmediato de fármacos antirretrovíricos, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición accidental al VIH,⁷ Los inicios de esta infección datan de los años 80, al detectarse varios

⁶ Fundación Huésped, En: www.huesped.org.ar

⁷ Organización Mundial de la Salud, En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>

casos de neumonía y sarcoma de Kaposi, una variante de cáncer de piel. El hecho de que estos casos en su mayoría tuvieran lugar en pacientes homosexuales, con otras patologías crónicas, originó una investigación más exhaustiva que concluyó con una carencia similar en todos ellos, de un tipo de células sanguíneas. Estos antecedentes de la enfermedad, a través de infecciones alternativas, nos hacen ver la capacidad con la que esta infección puede destruir los sistemas inmunológicos de los infectados, con el consiguiente desarrollo de infecciones de distinto índole, llegando hasta a hacerse crónicas. Posteriormente, la enfermedad empieza a conocerse como “*La Peste Rosa*” asociando la aparición de manchas rosas en la piel con la tendencia homosexual de la mayoría de estos primeros casos. De forma errónea, se extendió esta idea, aunque ya había constancia de otros afectados que también padecían la enfermedad como inmigrantes, receptores de transfusiones sanguíneas, personas que se inyectaban droga y mujeres heterosexuales. Es en 1984 cuando se empieza a considerar la enfermedad como epidemia, basándose en el estudio realizado a un grupo de personas contagiadas, que habían tenido parejas en común, extrayendo así patrones que lo demostraban. Otras teorías menos científicas, llegaron a negar que el SIDA proviniese de la infección del VIH y asociaban la enfermedad con el abuso de drogas de la época, como el popper, así como la gran actividad sexual con distintas personas. Por lo que se lo bautiza entonces como *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*. En este mismo año, fruto de aislar el virus del SIDA y realizar posteriores estudios, dos científicos franceses lograron desarrollar un anticuerpo que identificaba a los infectados entre los grupos de riesgo. No estuvo este descubrimiento exento de polémica, al anticiparse a estos resultados un científico estadounidense, valiéndose de la investigación inicial llevada a cabo por los franceses y haciendo observaciones por su cuenta. La polémica se zanjaría en 2008, reconociendo el descubrimiento del virus con el Premio Nobel, a los dos científicos francés junto con otro investigador. La segunda mitad de la década transcurrió con el aislamiento social hacia los infectados incluso por parte de sus familiares y amigos, fundamentalmente por el miedo a contraerlo y a causa del desconocimiento de las diversas formas de contagio, entre otros motivos. Actualmente los tratamientos antirretrovirales, contribuyen a que se pueda convivir de forma normal con la enfermedad, como si de una enfermedad crónica se tratara, pero sin embargo, estos tratamientos solo están disponibles, en su mayoría, en países desarrollados. De aquí la importancia de que países en desarrollo y subdesarrollados, puedan tener un mayor acceso a los tratamientos y evitar que desarrollen las infecciones asociadas a las que, sin el

tratamiento, lamentablemente siguen siendo inmunes.⁸ Argentina viene ampliando la estrategia de vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA desde el 2001, luego de los cambios significativos en los procesos de salud, enfermedad y atención tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) a mediados de los años '90. El descenso de la morbimortalidad por SIDA hizo necesaria más y mejor información sobre las personas infectadas que no habían alcanzado un estadio avanzado de la infección y sobre los factores que aumentaban la vulnerabilidad al contagio. Así, durante el año 2001 se dispuso la notificación obligatoria de todos los nuevos diagnósticos de VIH lo que visibilizó un universo hasta entonces ausente de las estadísticas. Esta notificación, junto con otras estrategias englobadas en lo que se conoce internacionalmente como vigilancia epidemiológica de segunda generación, ha permitido caracterizar mejor la situación y las tendencias epidemiológicas y definir prioridades y líneas de trabajo a nivel nacional y subregional. Hoy Argentina presenta una epidemia concentrada en los principales aglomerados urbanos de todas las jurisdicciones. Se estima que 4 de cada mil adultos están infectados. La proporción varía y se incrementa si se toman subpoblaciones vulnerables, alcanzando al 12% entre hombres que tienen sexo con otros hombres, al 7% entre usuarios de drogas inyectables, al 5,41% en trabajadoras/es sexuales y al 34% entre personas trans. La Dirección Nacional de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSYETS) del Ministerio de Salud de la Nación recibe aproximadamente notificaciones de 5.500 diagnósticos nuevos de infección por VIH por año. También en el boletín epidemiológico editado en diciembre 2011 se destaca que en el año 2009, esto representó una tasa de 12 diagnósticos de infección por cada cien mil habitantes. Ese mismo año, la tasa de SIDA fue de 3,9 por 100 mil y la tasa de mortalidad por SIDA de 3,5 por 100 mil. De los diagnósticos de nuevas infecciones producidos los dos últimos años, dos tercios son hombres, en promedio tienen 36 años los varones y 33 años las mujeres, el 20% son menores de 24 años y el 21% mayor de 45 años. El 35% vive en el área metropolitana de Buenos Aires y esa proporción asciende al 67% si se suma el resto de la región central del país. El 48% de los varones y el 63% de las mujeres no completaron la escuela secundaria. El 89% de las mujeres y el 86% de los varones se infectaron durante una relación sexual desprotegida.

⁸ Inspiraction, Organización no gubernamental de desarrollo Española, En: <http://www.inspiration.org/salud/sida/historia-del-sida>

En el caso de los varones, el 48% contrajo el virus durante una práctica sexual con una mujer y el 38% con otro varón. Hasta el 30% de los varones y el 15% de las mujeres fueron diagnosticados en etapas sintomáticas de la infección.⁹

Cuadro: 6 Resumen de indicadores epidemiológicos de VIH-sida en Argentina

	Población 2010		Diagnósticos acumulados de infección por VIH 2001-2010		Tasa de VIH x 100 mil habitantes 2008-2009	Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes 2009	Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS a junio de 2011	
Total	40.117.096	100.0%	54.418	100.0%	12.0	3.5	31.854	100.0%
CABA	2.890.151	7.2 %	8.871	16.3%	23.4	6.0	11.667	36.56%
BsAs	15.625.084	38.9%	24.573	45.2%	11.3	4.7	10.164	31.9%
24 participantes de GBA	9.916.715	24.7%	16.749	30.8%	10.7	5.7	-	-
Resto provincia de BsAs	5.708.369	14.2%	7.824	14.4%	12.2	2.9	-	-
Catamarca	367.828	0.9%	220	0.4%	9.9	1.3	101	0.3%
Chaco	1.055.259	2.6%	405	0.7%	5.3	1.8	215	0.7%
Chubut	509.108	1.3%	701	1.3%	10.4	1.5	380	1.2%
Córdoba	3.308.876	8.2%	3.937	7.2%	13.6	1.1	1.600	5.0%
Corrientes	992.595	2.5%	628	1.2%	6.6	4.9	250	0.8%
Entre Ríos	1.235.994	3.1%	902	1.7%	6.2	1.6	390	1.2%
Formosa	530.162	1.3%	227	0.4%	3.2	2.2	75	0.2%
Jujuy	673.307	1.7%	881	1.6%	15.2	2.9	212	0.7%
La Pampa	318.951	0.8%	218	0.4%	9.5	1.8	87	0.3%
La Rioja	333.642	0.8%	372	0.7%	17.0	0.6	150	0.5%
Mendoza	1.738.929	4.3%	1.218	2.2%	8.7	1.9	455	1.4%
Misiones	1.101.593	2.7%	1.158	2.1%	11.8	3.0	420	1.3%
Neuquén	551.266	1.4%	817	1.5%	13.1	2.9	282	0.9%
Rio Negro	638.645	1.6%	664	1.2%	10.6	2.3	250	0.8%
Salta	1.214.441	3.0%	1.567	2.9%	16.5	4.3	370	1.2%
San Juan	681.055	1.7%	480	0.9%	12.2	2.6	198	0.6%
San Luis	432.310	1.1%	360	0.7%	10.3	2.9	170	0.5%
Santa Cruz	273.964	0.7%	315	0.6%	15.8	0.4	112	0.4%
Santa Fe	3.194.537	8.0%	2.982	5.5%	11.5	3.1	3.250	10.2%
Santiago del Estero	874.006	2.2%	495	0.9%	5.0	2.1	170	0.5%
Tierra del Fuego	127.205	0.3%	230	0.4%	16.1	3.1	56	0.2%
Tucumán	1.448.188	3.6%	1.315	2.4%	10.7	1.7	390	1.2%

Fuente: Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, N° 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

La DSyETS considera que la epidemia está estabilizada a partir de los indicadores de nuevos diagnósticos de los últimos cinco años. El Ministerio de Salud y ONUSIDA estima en 130.000 la cantidad de personas que vive con el virus en el país, también tiene registros de 42.185 casos de SIDA diagnosticados entre los años 1991 y 2010, y de 54.418 casos de VIH diagnosticados entre 2001 y 2010.

⁹ Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, N° 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

La fuente de datos para construir los numeradores de las tasas son los casos reportados por los servicios de salud y para los denominadores se utilizan las poblaciones censadas o proyectadas (para los años intercensales) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).

Tasa de VIH: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de diagnósticos de VIH durante un año en un lugar determinado}}{\text{Población en ese lugar a mediados de año}} \times 100 \text{ mil}$

Tasa de SIDA: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de SIDA durante un año en un lugar determinado}}{\text{Población en ese lugar a mediados de año}} \times 100 \text{ mil}$

Cuadro nº 7 Tasas de VIH y SIDA				
Año	SIDA		VIH	
	Tasa x 100 mil hab.	Casos	Tasa x 100 mil Hab.	Casos
1990	1.7	559	-	-
1991	2.5	791	-	-
1992	3.6	1.212	-	-
1993	4.8	1.613	-	-
1994	6.6	2.278	-	-
1995	6.7	2.341	-	-
1996	8.2	2.900	-	-
1997	9.3	3.302	-	-
1998	6.1	2.184	-	-
1999	6.6	2.395	-	-
2000	6.8	2.493	-	-
2001	6.2	2.258	16.1	5.0839
2002	6.5	2.373	14.7	5.402
2003	6.2	2.291	16.7	6.184
2004	5.7	2.142	17.5	6.575
2005	5.1	1.944	15.1	5.731
2006	5.1	1.969	14.2	5.458
2007	4.6	1.785	13.2	5.131
2008	4.8	1.901	14.2	5.560
2009	3.9	1.544	12.0	4.777
2010*	3.0	1.194	9.4	3.761

*Años no cerrados por el retraso en la notificación

Fuente: Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, Nº 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

Cuadro nº 8 Tasa y Razón según sexo			
Año	Tasa		Razón
	Varones	Mujeres	Varón/Mujer
2001	21.3	11.1	1.8
2002	19.3	10.4	1.8
2003	21.2	12.4	1.6
2004	21.8	13.4	1.5
2005	19.0	11.3	1.6
2006	18.1	10.6	1.6
2007	17.2	9.4	1.7
2008	18.1	10.4	1.6
2009	15.8	8.5	1.8
2010	12.2	6.7	1.7

Fuente: Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, Nº 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

La tasa de diagnósticos notificados de VIH –de aquí en adelante tasa de VIH– se ubicó en un valor de 12,0 por 100 mil habitantes en el año 2009. De los 4.777 diagnósticos notificados para ese año, el 63,8% correspondió a varones y el 36,2% a mujeres. Además, ese año los servicios de salud reportaron 1.544 casos de SIDA, que representaron una tasa del 3,9 por 100 mil habitantes. En el año 2009 la tasa para varones fue de 15,8 por cien mil y para mujeres de 8,5 por cien mil, mientras que la razón de sexos ese año fue de 1,8 varones por cada mujer diagnosticada. Se observa que la tasa para los varones fue la que sufrió mayores modificaciones desde el inicio de la notificación obligatoria hasta el año 2009. En Mar del Plata los barrios más afectados actualmente son los más humildes: Barrio Belgrano, Las Heras, Puerto. Así lo anunció la OMS a principios de la epidemia. En el Partido de Gral. Pueyrredón actualmente se han notificado a la Zona Sanitaria VIII 3065 casos. De Mar del Plata los siguientes:¹⁰

Cuadro nº 9 Datos epidemiológicos de Mar del Plata	
LUGARES DE ATENCION EN MAR DEL PLATA	
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil	215
Centro de Salud N°1	386
Instituto Nacional de Epidemiología	257
Hospital Privado de Comunidad	113
EMSA	1
Hospital Móvil	8
Total	2036
Fuente: Datos epidemiológicos de mar del plata son aportados por el servicio social del instituto nacional de epidemiologia “Dr. Juan Héctor Jara”	

Si bien la mortalidad por el SIDA disminuyó debido a la mejor calidad de atención de los enfermos dados a los avances realizados hasta el momento, ahora se considera que esta es una enfermedad crónica. Esto no significa que se deba esperar que aparezca una cura, porque la enfermedad sigue avanzando especialmente entre los grupos más vulnerables. La mejor forma de combatir esta epidemia es con información y educación, fundamental para diseñar políticas de prevención y asistenciales que tomen en cuenta las particularidades de nuestro país, y que se tomen en cuenta los aspectos socioculturales que implica la enfermedad, ya que estos factores no son solamente los biológicos.¹¹ Es indispensable la información sobre esta enfermedad para nosotros y nuestras familias

¹⁰ Datos epidemiológicos de mar del plata son aportados por el servicio social del Instituto Nacional de Epidemiologia “Dr. Juan Héctor Jara”

¹¹ UBA Salud, Dirección General de Salud y Asistencia Social. En: <http://www.uba.ar/extension/salud/index.php>

para ayudarnos a conocer los hechos y datos básicos sobre el VIH/SIDA; protegernos a nosotros y proteger a nuestra familia de la infección; vivir positivamente con el VIH; y dejar vivir contribuyendo a un lugar de trabajo tolerante, equitativo y compasivo en el sistema de las Naciones Unidas.¹²

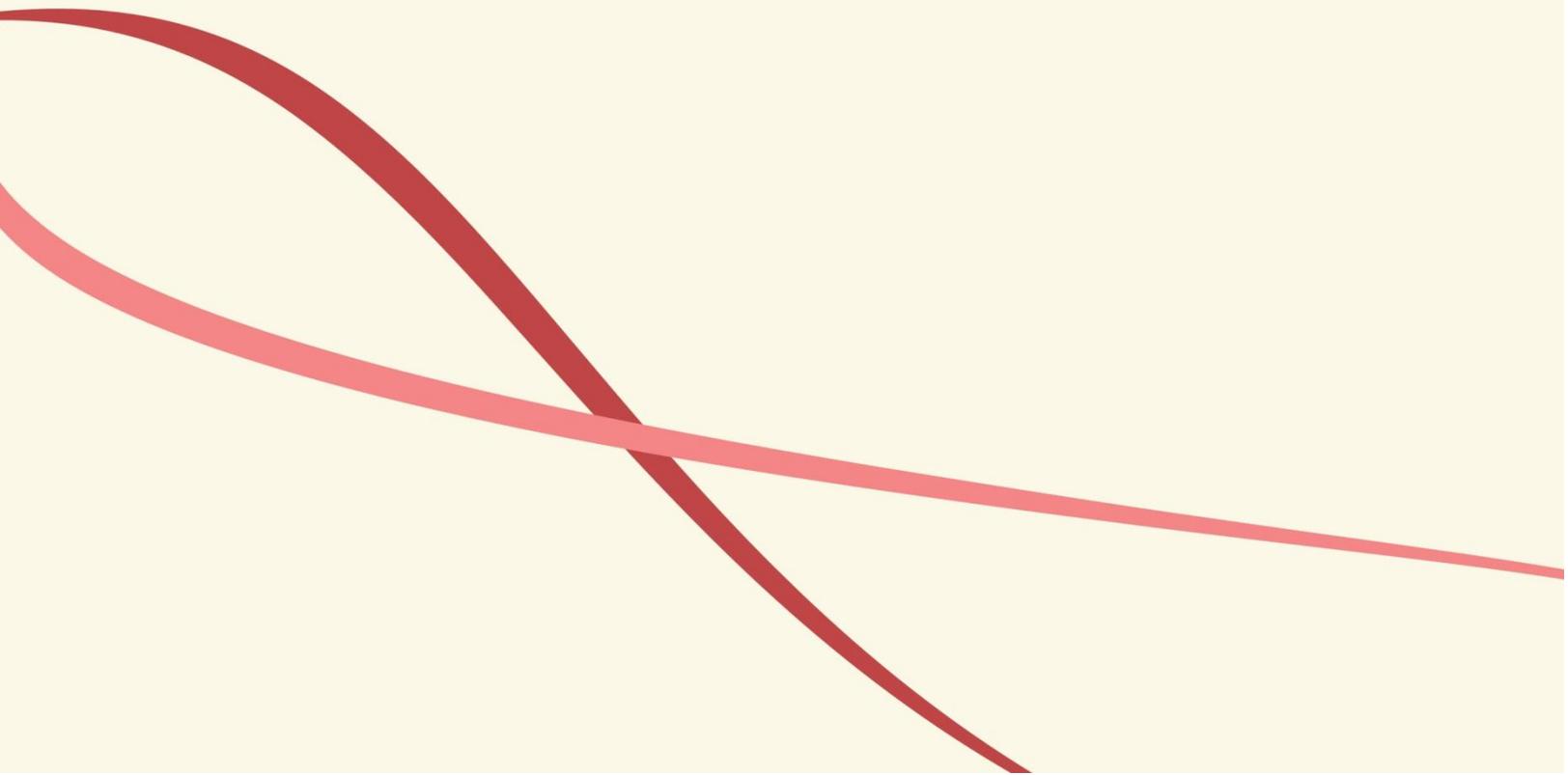
“Hemos recorrido un largo camino, pero no hemos llegado hasta donde quisiéramos. Es evidente que tendremos que esforzarnos aún más para asegurarnos de que los recursos y las acciones necesarias están a la altura del compromiso que hemos contraído. No podemos alegar que hay problemas comparables que son más importantes, o más urgentes. No podemos aceptar que “surgió otro asunto” que nos obligó a dejar el SIDA en suspenso. Siempre habrá otro asunto”¹³

¹² “Vivir en un mundo con VIH y SIDA”, Publicado por la ONUSIDA versión en español en septiembre de 2004

¹³ Kofi Annan, Premio Nobel de la Paz 2011.

Capítulo II

Estado nutricional y adherencia al tratamiento nutricional



Aunque el pronóstico de los pacientes con infección por VIH ha mejorado desde la introducción de nuevas terapias antirretrovirales, la situación nutricional de los pacientes sigue siendo un problema clínico en esta población con peculiaridades nuevas. En ocasiones el paciente positivo recibe un tratamiento multidisciplinario correcto, sin prestar atención a su situación nutricional que condiciona sin duda la situación clínica y el pronóstico de morbi-mortalidad. Por tanto es necesario tener en cuenta que la valoración y el soporte nutricional debe ser uno de los primeros escalones en el tratamiento de este tipo de pacientes¹. La valoración de estado nutricional (VEN) es la metodología que se utiliza para determinar el estado de nutrición de un individuo. Dentro de sus objetivos se encuentra la identificación del riesgo nutricional del paciente, la estimación indirecta de sus requerimientos sobre la base del gasto metabólico y las necesidades nutricionales, y finalmente la posibilidad de realizar un control evolutivo del proceso a través de mediciones seriadas, lo que nos dará el resultado de la interacción entre el aporte nutricional, los requerimientos y el estado de salud del individuo.² En general, todo proceso de enfermedad, repercute de un modo u otro y en mayor o menor medida en el estado nutricional del individuo. Este hecho permite planear desde el comienzo la estrecha relación existente entre la nutrición y el sistema inmunológico, sistema que protege a los tejidos sanos de factores promotores de enfermedad. La respuesta inmune requiere la presencia de nutrientes específicos, cuya deficiencia o exceso puede alterar el normal desarrollo de su función. Trasladando estos conceptos a la infección por VIH, se puede observar la interacción presente entre el estado nutricional e infección, interacción que se plantea como un mecanismo de doble vía, en el que, por un lado, la infección por dicha enfermedad promueve alteraciones en el estado nutricional y, por otro lado, el desarrollo de la malnutrición influye negativamente en la evolución y pronóstico de la infección, disminuyendo la eficacia de las drogas, aumentando el riesgo de contraer infecciones secundarias y el tiempo de hospitalización, alterando el funcionamiento de órganos vitales y, en definitiva, desmejorando la calidad de vida.³ Es así que en la resolución WHA57.14 de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud se insta a los Estados

¹ de Luis.D. A, Bachiller. P, Izaola.O, Eiros Bouza. J. M, Aller.R, “*Estado nutricional de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*” Scielo, An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.12 Madrid dic. 2001, En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200002&script=sci_arttext&tlng=e

² de Girolami Daniel H, “*Fundamentos De Valoración Nutricional Y Composición Corporal*”, Editorial El Ateneo Grupo Ilhsa Buenos Aires, año 2003, Página 284

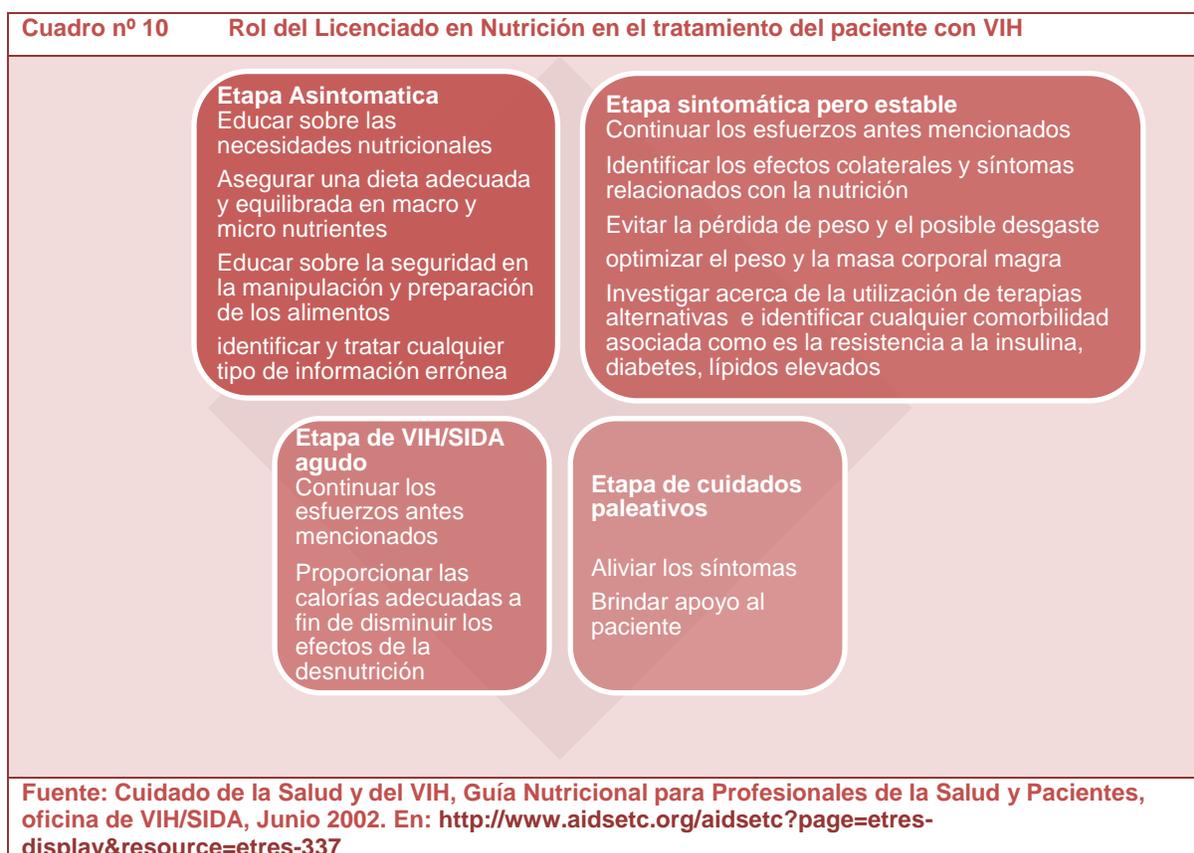
³ Torresani Maria Elena – Somoza Maria Ines, “*Lineamientos para el cuidado nutricional*”, Nueva edición, Editorial Eudeba. Página 192-193

Miembros, con carácter prioritario, a aplicar políticas y prácticas que fomenten, entre otras cosas, la integración de la nutrición en una respuesta integral contra el VIH/SIDA. Durante las deliberaciones que mantuvo en su 116ª reunión acerca de la nutrición y el VIH/SIDA, el Consejo Ejecutivo expresó su apoyo a las recomendaciones de medidas emanadas de la reunión consultiva técnica de la OMS sobre la nutrición y el VIH/SIDA en África (Durban, Sudáfrica, 10-13 de abril de 2005).⁴ A menudo se han ignorado los aspectos relacionados con la nutrición cuando se habla de dicha infección y se dirige la atención fundamentalmente a los tratamientos farmacológicos y a aspectos esencialmente clínicos, olvidando la importancia de la alimentación, que se pone de manifiesto desde las primeras etapas de la infección y que evita deficiencias nutricionales, ya que una alimentación saludable y equilibrada ayudará a mantener el peso corporal y un buen estado general. A pesar de que una buena nutrición no tiene repercusión en la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana ni en la curación del sida, sí puede ayudar a retrasar el proceso de desarrollo de la enfermedad, una nutrición equilibrada refuerza el sistema inmunitario y potencia los niveles de energía por lo que ayuda al organismo a resistir los efectos de la enfermedad,⁵

⁴ Organización Mundial de la Salud, 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.3 del orden del día provisional, A59/7, 4 de Mayo de 2006. “*Nutrición y VIH/SID, Informe de la Secretaría*”. Página: 1. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24355/1/A59_7-sp.pdf

⁵ “*Manual de nutrición y VIH*”, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Edita la Direcció General de Drogodependències y Sida, Primera edició: Barcelona, febrero de 2004, página 3 En: <http://www.felgtb.org/rs/506/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/25c/filename/2004-gencat-nutricion-y-vih.pdf>

refuerza el sistema inmunitario y potencia los niveles de energía por lo que ayuda al organismo a resistir los efectos de la enfermedad,⁶



Los trastornos alimentarios en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana continúan siendo causa de preocupación entre los pacientes, sus familiares y personal sanitario a su servicio. La importancia de los trastornos alimentarios o nutricionales en el SIDA fue reconocida desde el principio. En Uganda se denominaba ya en 1985 la "Enfermedad adelgazante" o Slim disease. Posteriormente, pasó a denominarse en el resto del mundo "Síndrome consuntivo" o Wasting syndrome.⁷ La pérdida de peso es el hallazgo más frecuentemente asociado con SIDA y, de hecho, precede a la aparición del síndrome. Se considera que una pérdida mayor al 10% tiene un

⁶ "Manual de nutrición y VIH", Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Edita la Direcció General de Drogodependències i Sida, Primera edició: Barcelona, febrero de 2004, página 3 En: <http://www.felgtb.org/rs/506/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/25c/filename/2004-gencat-nutricion-y-vih.pdf>

⁷ "Alteraciones nutricionales en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)", Scielo, An. Med. Interna (Madrid) v.18 n.12 Madrid dic. 2001, En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200001&script=sci_arttext

impacto significativo en el estado general del paciente y es uno de los criterios diagnósticos de SIDA.⁸ En 1992 el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) incluye el Síndrome de Desgaste o Emanación como una nueva categoría diagnóstica,⁹ y lo define asociado a las características mencionadas en el cuadro nº 11.

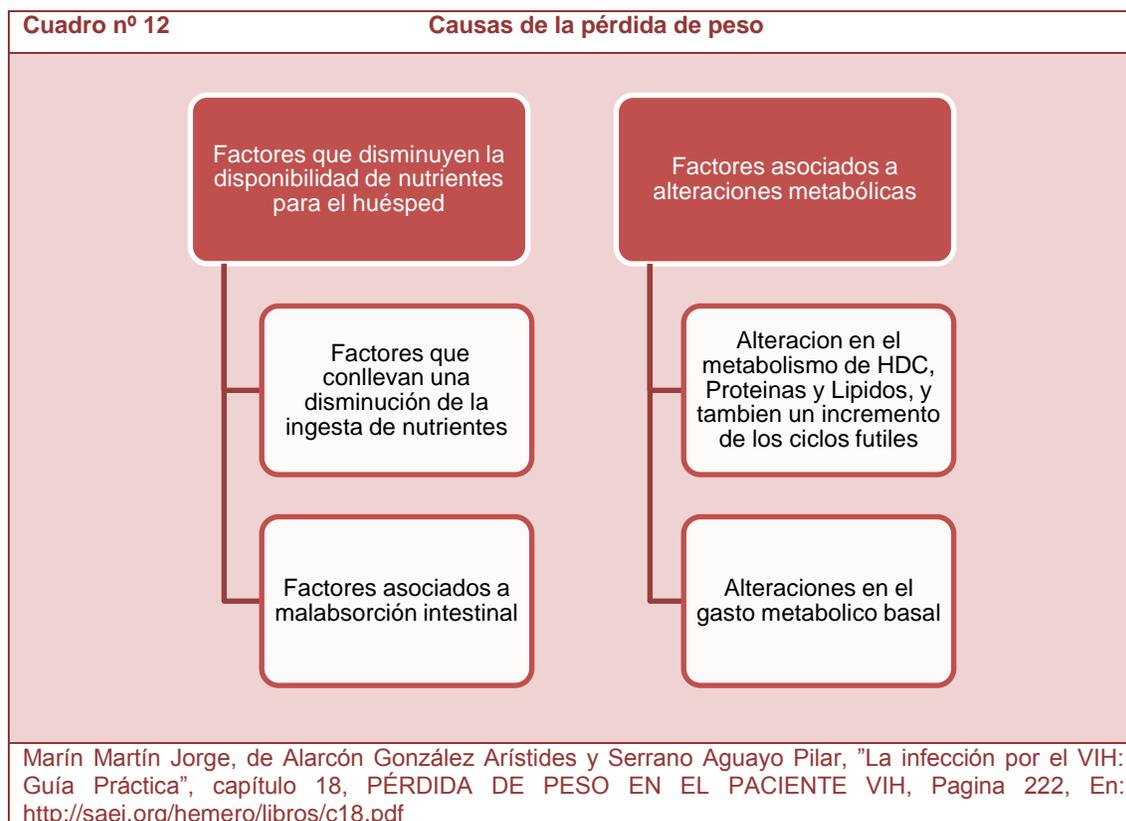
Cuadro nº 11 Manifestaciones del síndrome de desgaste
<ol style="list-style-type: none">1. Pérdida de peso involuntaria mayor del 10% respecto al peso habitual.2. Diarrea o debilidad crónica con fiebre, durante un período superior a 30 días.3. Ausencia de cualquier otra infección o condición diferente al VIH que pudiera explicar dichos síntomas.
Fuente: Fajardo-Rodríguez Alfonso, del Rivero-Vera Carla Mariel Lara, Actualidades Terapéuticas, “Intervención Nutricional en VIH/SIDA: una guía práctica para su implementación y seguimiento”

En la práctica, cualquier pérdida de peso progresiva e involuntaria de esta magnitud se considera un síndrome de desgaste y traduce el desarrollo de un importante déficit nutricional que conlleva a un deterioro físico y psicológico. A principios de los 90 se estimaba que hasta un 20% de los nuevos diagnósticos de casos de SIDA se hacían basándose en este criterio y que la desnutrición se registraba, en algún momento de la enfermedad, hasta en un 50-90% de pacientes portadores de dicha enfermedad. En la actualidad, las nuevas terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA) han modificado estas cifras, estimándose en menos del 20% la incidencia de desnutrición en pacientes que reciben tratamiento en el mundo occidental. Merece la pena destacar que aunque la malnutrición es mucho más frecuente y grave en fases avanzadas de la enfermedad, también puede estar presente desde estadios precoces de la infección por lo que la intervención nutricional precoz es un pilar básico del abordaje inicial de un paciente infectado. El síndrome de consunción no es una consecuencia inevitable de la infección por el VIH, sino más bien el resultado de múltiples insultos nutricionales que son aditivos, sin que haya períodos de recuperación entre los mismos. Las

⁸ Fajardo-Rodríguez Alfonso, del Rivero-Vera Carla Mariel Lara, Actualidades Terapéuticas, “Intervención Nutricional en VIH/SIDA: una guía práctica para su implementación y seguimiento” *Gac Méd Méx* Vol. 137 No. 5, 2001, Pagina 490, En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm015l.pdf>

⁹ SIDA-AIDS, Portal de información sobre el VIH/SIDA, En: <http://sida-aids.org/nutricion-y-sida/27-nutricion/2-malnutricion-y-vihsida.html>

causas de la malnutrición en pacientes con infección por el VIH son múltiples, mencionadas en el cuadro nº12.



Se reconocen dos patrones en la pérdida de peso asociada a la infección por el VIH, en primer lugar la pérdida de peso crónica, progresiva (patrón de ayuno). Más frecuentemente asociada a afectación gastrointestinal, por ejemplo una parasitación crónica por *Isospora belli*, y en segundo lugar la pérdida de peso aguda (caquexia¹⁰), generalmente en asociación con infecciones oportunistas, particularmente no gastrointestinales (por ejemplo, la neumonía por *Pneumocystis carinii*). A menudo la pérdida de peso precede a otros síntomas de infección, y generalmente se produce una recuperación hasta los niveles previos a la enfermedad si la infección es tratada eficazmente y el soporte nutricional es adecuado. Es probable que las alteraciones metabólicas subyacentes a estos dos tipos distintos de pérdida de peso sean muy

¹⁰ La Caquexia es la pérdida de masa corporal que no se puede revertir con la nutrición: incluso si el paciente afectado come más calorías, la masa corporal magra se perderá, lo que indica que hay una patología. La caquexia se observa en pacientes con cáncer, sida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca congestiva, tuberculosis, poli neuropatía amiloide familiar, intoxicación por mercurio y la deficiencia hormonal.

diferentes y ello afectará a la composición del tejido corporal perdido.¹¹ La desnutrición puede ocurrir por una ingesta insuficiente de nutrientes, sea por inanición, anorexia o mal absorción intestinal, en la que intervienen varios mecanismos compensadores tendientes a preservar la masa magra y las funciones vitales como la reducción del gasto energético en función del menor ingreso calórico, la utilización de las reservas grasas como combustible y la disminución de la síntesis proteicas con el fin de ahorrar proteína, así es que la producción de citoquinas es normal o esta disminuida. En consecuencia genera disminución de peso a expensas de tejido adiposo y agua extracelular preservando la masa magra. En contraste la caquexia, generalmente ligada a enfermedades o infecciones crónicas, se caracteriza por presentar fallas en los mecanismos de compensación de forma tal que el gasto energético aumenta o no se modifica, no se pone en marcha el proceso de ahorro proteico y la producción de citoquinas esta aumentada por lo que la pérdida de peso está representada por una depleción desproporcionada de masa magra, con menor repercusión sobre el tejido adiposo y el agua extracelular. En la infección por VIH, el patrón de depleción tisular se corresponde en mayor medida con el modelo caquético, si bien algunas características del patrón de desnutrición pueden también revelar su presencia durante el trascurso de la infección. Algunos autores incluyen el concepto de lipodistrofia generalizada¹² en las características clínicas de esta enfermedad, El síndrome de lipodistrofia Abarca 3 componentes: lipoatrofia, lipohipertrofia y trastornos metabólicos (resistencia a la insulina [RI], hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia).¹³ La lipodistrofia, de "lipo" (grasa) y "distrofia" (cambio anormal), se define como cambios anormales en la distribución de la grasa corporal. Algunos de estos cambios, que pueden sufrir las personas infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, son la lipohipertrofia, es decir, una acumulación excesiva de grasa en ciertas partes del cuerpo, y la lipoatrofia, una pérdida de grasa en otras zonas corporales. La lipohipertrofia se localiza en el abdomen, los senos y la zona dorsocervical, de modo que la grasa se acumula en la parte posterior del cuello y en los hombros y da la sensación de que la persona afectada tiene una pequeña joroba, a la que en inglés se ha denominado

¹¹ Marín Martín Jorge, de Alarcón González Arístides y Serrano Aguayo Pilar, "*La infección por el VIH: Guía Práctica*", capítulo 18, Pérdida de peso en el paciente VIH, Pagina 221-223, En: <http://saei.org/hemero/libros/c18.pdf>

¹² Torresani Maria Elena– Somoza Maria Ines, "*Lineamientos para el cuidado nutricional*", Nueva edición, Editorial Eudeba. Página 193-196

¹³ Waters L, Nelson M, "*Conocimientos Actuales sobre la Lipoatrofia Asociada con la Terapia Antirretroviral*", Laboratorio Bago, En: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/infectoweb489.htm>

"joroba o giba de búfalo". En cambio, la lipoatrofia se suele presentar en los brazos, piernas, nalgas o en la cara, lo que se conoce como

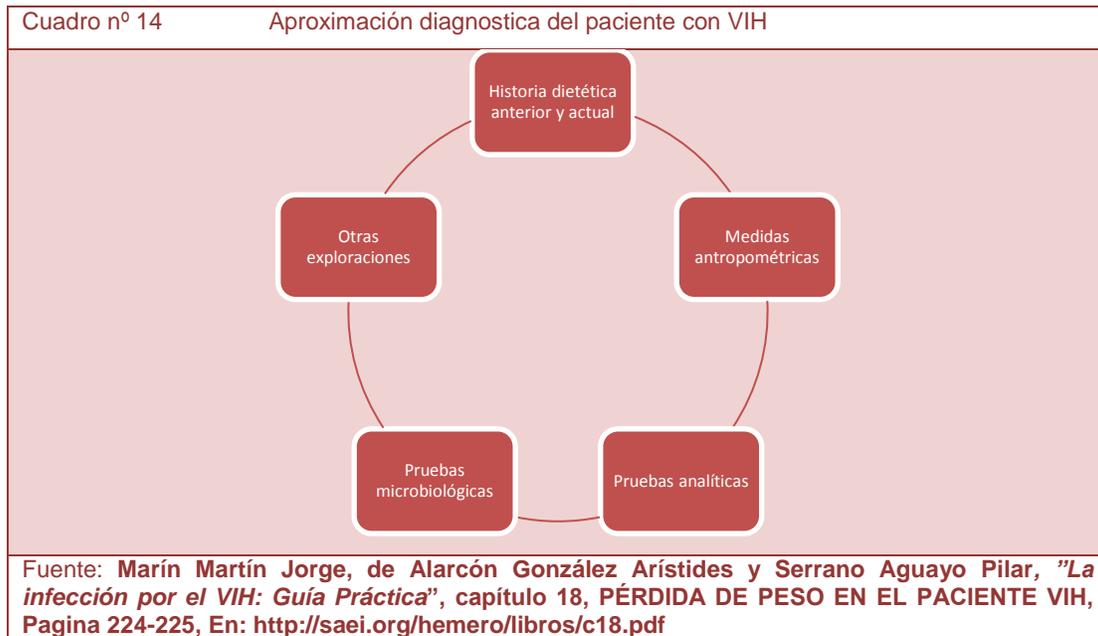
lipoatrofia facial.¹⁴ El diagnóstico se establece con la presencia de tres o más de los factores mencionados en el cuadro nº13.¹⁵

Cuadro nº 13	Criterios diagnósticos de Lipodistrofia
	<ul style="list-style-type: none">-Glucemia de ayuno ≥ 110 mg/dL.-Obesidad central definida por un perímetro de cintura > 102 cm en los hombres o > 88 cm en las mujeres. Si no se había registrado el perímetro de la cintura se utilizó como equivalente al índice de masa corporal ($IMC \geq 30$ kg/m²).-Hipertensión arterial ($\geq 130/85$ mm Hg)-Hipertrigliceridemia (≥ 150 mg/dL).-Colesterol HDL bajo (< 40 en hombres y < 50 mg/dL en mujeres). <p>Los resultados son presentados como promedio \pm desviación estándar o como porcentajes</p>
	Fuente: "Epidemiología de las anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH", Scielo, Rev Invest Clín 2004; Vol. 56(2):209-221

¹⁴ Apoyo Positivo, En: http://www.apoyopositivo.org/quienes_somos/

¹⁵ "Epidemiología de las anomalías metabólicas en pacientes con infección por VIH", Scielo, Rev Invest Clín 2004; Vol. 56(2):209-221. En: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762004000200011&script=sci_arttext

Se debe realizar una evaluación nutricional del paciente que permita conocer en qué estado se encuentra, valorar si existe riesgo o problemas nutricionales y cuáles son las causas de éstos. Una adecuada evaluación consta con los ítems mencionados en el cuadro nº 14:



Historia dietética anterior y actual debe detallarse la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, los cambios en el apetito y hábitos dietéticos y por último de una investigación de situaciones socioeconómicas y complicaciones de la enfermedad que puedan provocar malnutrición es un punto importante. En cuanto a las medidas antropométricas se deben medir peso y altura. El peso corporal total (PCT) es un parámetro global, que se puede desglosar en diversos compartimentos de interés en la valoración nutricional. La Masa Celular Corporal (MCC) incluye todo el componente celular con metabolismo activo, incluyendo todas las células no adipocitos y el componente acuoso de los adipocitos, y se correlaciona mejor con la situación clínica y el pronóstico que el PCT. Otro modelo de composición corporal es el que divide el peso corporal en masa corporal magra o masa libre de grasa (que incluye MCC y el material extracelular) y la masa corporal grasa. La simple medida del peso corporal infraestima la depleción de masa magra, que es la mejor determinante de la supervivencia. Por tanto, es aconsejable recoger alguna medida de la composición corporal, al menos la circunferencia del brazo y el pliegue tricéptico (permiten el cálculo indirecto a través de diversas fórmulas). Aunque la mayoría de los métodos de

análisis de la composición corporal son costosos y complejos, el análisis por impedancia bioeléctrica que puede medir indirectamente la masa celular corporal, es fácil de usar y de bajo costo, aunque no distingue con claridad problemas de redistribución asociados a lipodistrofia y sus resultados no están totalmente estandarizados.¹⁶ La alta frecuencia de la desnutrición por defecto en las personas que viven con esta enfermedad, desarrolla la imperiosa necesidad de ser detectada desde estadios tempranos de la infección y en este sentido juegan su papel los indicadores bioquímicos, los cuales permitirán no sólo detectar la desnutrición, sino también monitorizarla y tratarla de manera diferenciada desde las etapas tempranas de la enfermedad, lo que resulta no sólo en la mejoría de la supervivencia sino también en la calidad de vida de estas personas,¹⁷ es así que en cuanto a las pruebas analíticas se deben evaluar el estado de las proteínas plasmáticas albúmina, prealbúmina, proteína ligada al retinol y transferrina pueden ser útiles en situación de estabilidad clínica, pero no hay que olvidar que son reactantes de fase aguda negativos (sus niveles plasmáticos descienden en situación estrés catabólico), por lo que pierden su valor como marcadores del estado nutricional en situaciones de infección o inflamación. En algunos casos puede ser necesario demostrar mediante pruebas complementarias la existencia de malabsorción o maldigestión (grasa en heces, test de xilosa, etc.), especialmente en pacientes con ingesta adecuada y que sin embargo pierden peso. Los déficits de micronutrientes son frecuentes y pueden agravar la inmunosupresión por lo que en ocasiones es conveniente medirlos. Se han documentado niveles séricos bajos de Zn, Se, déficits de B1, B6, E, malabsorción de vitaminas liposolubles y de B12. Hay que recordar que los niveles de algunos de ellos, como el Zn, también descienden en situaciones de infección o inflamación. Es recomendable la determinación de testosterona en especial si hay síntomas de hipogonadismo, ya que éste puede conllevar una disminución de la masa muscular del individuo. En cuarto lugar se hallan las pruebas microbiológicas por medio de las cuales se debe descartarse siempre la presencia de una infección oportunista asociada de curso subagudo o lento, como es el caso de la infección por *Mycobacterium avium complex*, que en ocasiones es

¹⁶ Marín Martín Jorge, de Alarcón González Arístides y Serrano Aguayo Pilar, "La infección por el VIH: Guía Práctica", capítulo 18, Pérdida de peso en el paciente VIH, Pagina 224-225, En: <http://saei.org/hemero/libros/c18.pdf>

¹⁷ Linares.M.E, Bencomo.J.F, Pérez.L.E, Tórez.O, Barrera.O," Influencia de la infección por VIH/sida sobre algunos indicadores bioquímicos del estado nutricional", Pagina: 117, *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, vol. 22, nº2 (2002). En: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1150/1265>

precedida de la disminución de peso como único síntoma. Los gérmenes productores de diarrea deben ser investigados mediante cultivos y examen minucioso de las heces en fresco, con diversas tinciones. Finalmente en el quinto componente del diagnóstico nutricional debemos destacar otras exploraciones que pueden ser necesarias pruebas, más agresivas, como la endoscopia oral con toma de biopsia intestinal o la colonoscopia, colangiografía endoscópica, si se sospechan infecciones u otras alteraciones que sólo puedan descartarse mediante estos métodos, como en el caso del sarcoma de Kaposi o de linfomas, ya que aunque el soporte nutricional sea el adecuado, si no se tratan, el problema persistirá.¹⁸ Las recomendaciones nutricionales varían en función de diversos factores que pueden actuar aislados pero con frecuencia se asocian en un mismo paciente como son los mencionados en el cuadro n°12.

Cuadro n° 12 Factores que infieren en las recomendaciones nutricionales del paciente con VIH

I.	-El estado nutricional como malnutrición energético proteica, obesidad o lipodistrofia
II.	-El metabolismo alterado
III.	-La mal absorción intestinal
IV.	-La infección de VIH, considerando el estadio, la progresión de la infección y la carga viral
V.	-La presencia de infecciones oportunistas o asociadas
VI.	-El tratamiento antirretroviral, tipo y tolerancia al mismo
VII.	-La interacción fármaco-nutriente
VIII.	-Los recursos económicos disponibles
IX.	-La actividad física
X.	-La población afectada sea adultos hombres o mujeres, niños o mujeres gestantes o lactantes

Fuente: “Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH, Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

¹⁸ Marín Martín Jorge, de Alarcón González Arístides y Serrano Aguayo Pilar, op cit

La proporción de macronutrientes sigue las recomendaciones de la población general: 45-65 % de hidratos de carbono, 20-35% grasas y 15-20% proteínas. Los expertos recomiendan asimismo la reducción del colesterol, grasa saturada y ácidos grasos trans de la dieta, que ha de ser equilibrada y saludable. Problemas específicos (diabetes, pancreatitis, insuficiencia renal, obesidad, lipodistrofia y otras alteraciones metabólicas) requieren recomendaciones concretas. Diversas agencias u organismos han publicado recomendaciones nutricionales para pacientes VIH. Según la OMS ha publicado en el año 2003 un informe técnico sobre los requerimientos nutricionales de pacientes VIH; sus conclusiones acerca de las recomendaciones de macronutrientes se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 13	
Recomendaciones de la OMS sobre necesidades de macronutrientes en pacientes con VIH/SIDA	
General	Una correcta nutrición, obtenida preferentemente mediante el consumo de una dieta saludable y equilibrada, es esencial para la salud y supervivencia de todos los individuos, con independencia de la condición VIH.
Energía	<ul style="list-style-type: none"> - Las necesidades energéticas están probablemente aumentadas en un 10% para mantener el peso corporal y la actividad física de adultos asintomáticos infectados por VIH, y el crecimiento de niños asintomáticos. - Durante la fase sintomática del VIH y posterior de SIDA, las necesidades energéticas aumentan aproximadamente un 20-30% para mantener el peso corporal del adulto. - La ingesta de energía necesita ser incrementada un 50-100% por encima de las necesidades habituales en niños que presenten pérdida de peso.
Proteínas	No existen datos suficientes que respalden un aumento de las necesidades proteicas motivado por la infección VIH.
Grasas	No existe evidencia acerca que las necesidades de lípidos sean diferentes, debido a la infección VIH.
Fuente: "Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH, Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid	

Es importante señalar ciertos aspectos según grupos de población. En adultos: el objetivo es mantener el peso corporal en los pacientes asintomáticos. Basándose en el aumento del REE observado, se recomienda aumentar en un 10% la energía ingerida por estos sujetos, por lo demás sanos. Esto permite realizar una actividad física normal, deseable para mantener la masa muscular y la calidad de vida; En presencia de

infecciones asociadas al VIH, se incrementa el GER. Por ello, se recomienda un aumento de la ingesta de 20-30% en fases sintomáticas. Sin embargo este incremento es difícil efectuarlo en la fase aguda de la enfermedad, y de forma segura más para el paciente. Por tanto el aumento, hasta un 30% superior a la ingesta normal de la fase aguda, ha de producirse durante la fase de recuperación, para recobrar el peso perdido; En la población infantil existen pocos estudios sobre el gasto energético, que varía con el tipo y duración de las infecciones asociadas y la pérdida o no de peso. En niños asintomáticos, se recomienda un aumento de ingesta del 10% para mantener el crecimiento. Asimismo, basándose en la experiencia clínica y otras guías de crecimiento, aconsejan que, en caso de pérdida de peso, la ingesta aumente en 50-100% sobre la establecida para niños no infectados; En mujeres gestantes o lactantes: la OMS refiere que no existen datos específicos del impacto de la infección sobre las necesidades energéticas de este colectivo, recomendando de momento una ingesta similar a la de los adultos infectados por VIH; En el caso de las grasas y proteínas: no aconseja modificar las recomendaciones establecidas en condiciones normales. Respecto de las proteínas opina que no hay suficientes datos que apoyen un incremento proteico. Para las grasas, pese a que no existe evidencia que oriente hacia unas necesidades diferentes, advierte que los individuos que siguen tratamiento ARV o que presenten diarrea mantenida deberán ser aconsejados respecto de la ingesta grasa en la dieta. En cuanto al requerimiento de micronutrientes la OMS desarrollo las correspondientes recomendaciones (cuadro nº 14),¹⁹ las carencias de micronutrientes constituyen un problema importante para las

¹⁹ «*Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH*», Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid. Páginas: 25 a 32
En:
http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Recomendaciones_Sobre_Nutricion_en_VIH_nueva.pdf

personas VIH-positivas. Las personas infectadas y afectadas por esta enfermedad necesitan una dieta que les aporte toda la gama de micronutrientes esenciales.²⁰

Cuadro nº 14	
Recomendaciones de la OMS sobre necesidades de micronutrientes en pacientes con VIH/SIDA	
General	<ul style="list-style-type: none"> - Para asegurar una ingesta de micronutrientes en niveles RDA, se estimula el consumo de dietas saludables tanto en adultos como en niños infectados. - No obstante, la ingesta mediante la dieta de micronutrientes en niveles RDA puede ser insuficiente para corregir las deficiencias nutricionales. - Existe evidencia de que algunos suplementos (vitamina A, zinc y hierro) pueden producir consecuencias adversas en poblaciones infectadas. - Queda por definir el límite superior seguro de la toma diaria de micronutrientes en infectados.
Niños	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños infectados con edades entre 6 y 59 meses que habiten zonas con recursos limitados deberían recibir los mismos suplementos periódicos que la población infantil no infectada: vitamina A cada 4-6 meses (100.000 UI en niños de 6-12 meses y 200.000 UI en niños > 12 meses). - No existen datos que avalen la eficacia del suplemento con otros micronutrientes.
Mujeres gestantes o lactantes	<ul style="list-style-type: none"> - Hierro y Ac. Fólico. Para prevenir anemia en la población general, la OMS recomienda suplementos diarios de fólico-hierro (400 µg de folato y 60 mg de hierro) durante 6 meses de gestación, y suplementos 2 veces diarias para tratar anemias graves. No existen datos que avalen otra actuación distinta en mujeres infectadas. - Vitamina A. La ingesta diaria de vitamina A no debería sobrepasar las recomendaciones RDA. - Suplementos con múltiples micronutrientes: <ul style="list-style-type: none"> * La ingesta más adecuada de micronutrientes es la de una dieta correcta. * Sin embargo, en zonas donde esto no se pueda conseguir, el empleo de suplementos con múltiples micronutrientes puede ser necesario durante la lactancia y gestación.
<p>Fuente: “Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH, Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid</p>	

El concepto “cumplimiento” se inició en los años sesenta con el pretexto de averiguar si los pacientes hipertensos tomaban o no correctamente la medicación que el médico les había prescrito, ya poder ser, relacionarlo con su evolución clínica. El mismo concepto continuó en los años setenta y ochenta con la inclusión de nuevos grupos de pacientes con otros tratamientos específicos, como: antibióticos, antiasmáticos, etc., siguiendo estos en la misma tónica que la anterior. Hasta llegar a los años noventa donde a raíz de la aparición del tratamiento antirretroviral contra la infección causada por el virus del VIH cambia totalmente el concepto de cumplimiento y aparece el nuevo de

²⁰ Organización Mundial de la Salud, 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.3 del orden del día provisional, A59/7, 4 de Mayo de 2006. “Nutrición y VIH/SID, Informe de la Secretaría”. Página: 4. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24355/1/A59_7-sp.pdf

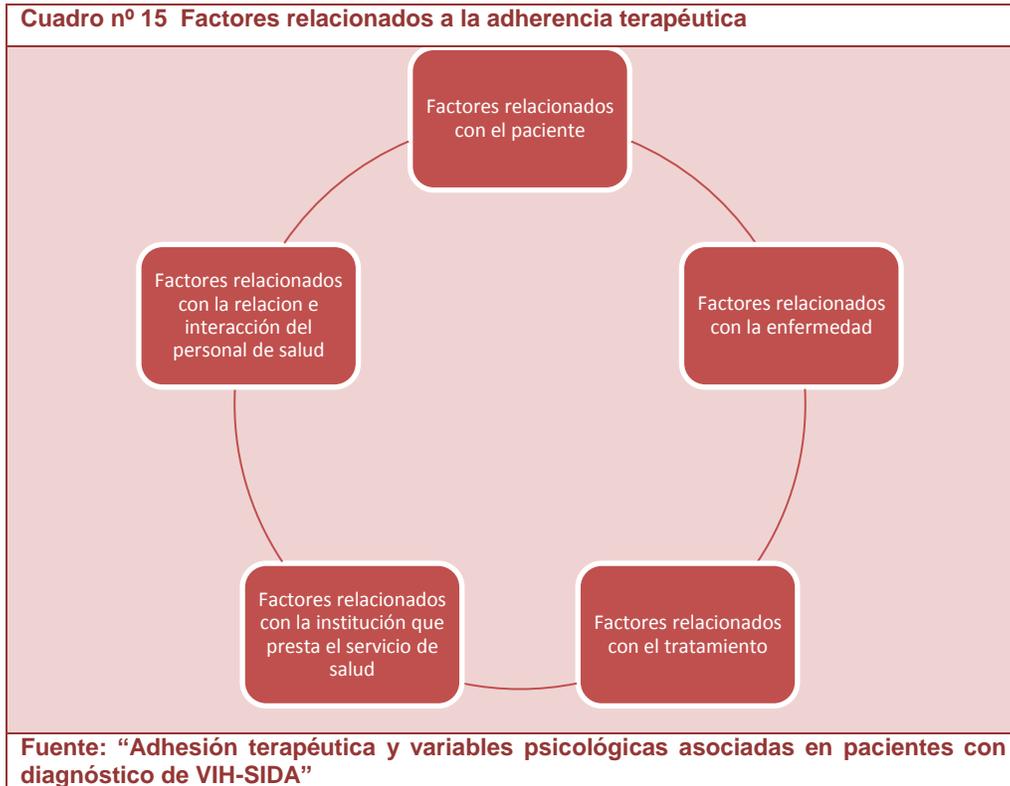
“adherencia”, el cual toma relevancia hasta límites insospechados.²¹ En relación al tratamiento de esta infección consideramos que las nuevas terapias no solo se centran en el tratamiento farmacológico y aunque la mayor parte de las investigaciones se han dirigido a la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. Los participantes en la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento; Por lo cual, con el fin de redefinir este concepto, se fusionan las definiciones de Haynes y Rand siendo por consiguiente considerado al concepto de adherencia terapéutica como el “grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Se hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones, los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.²² Diversos estudios se han dirigido a explorar la adhesión al tratamiento en

²¹ Neumosur Enfermería, Asociación de enfermería en neumología y cirugía torácica del sur, “*adherencia al tratamiento*”, En:

http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/adherencia_al_tratamiento.htm

²² “*Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción*”, Organización Mundial de la Salud 2004, Catalogación por la Biblioteca de la OPS, Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C., 2004, Páginas: 3-4. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

distintas enfermedades y se han guiado a partir de cinco factores clásicos expuestos por Meichenbaum y Turk, estos son:



En primer lugar están los factores relacionados con los pacientes. Estos incluyen aspectos tales como las características del individuo, la presencia o no de un trastorno psicológico o discapacidad mental, motora o sensorial, las creencias en salud, la falta de autocuidado, las expectativas pobres o distorsionadas frente al tratamiento y la enfermedad, las creencias socioculturales, la apatía, el pesimismo o la aceptación realista; En segundo lugar se encuentran los factores relacionados en la enfermedad, es decir, si se trata de una enfermedad crónica, asintomática o con sintomatología evidente, por lo común el grado de incapacidad y de mal estar físico afecta directamente la adhesión; En tercer lugar se hallan los factores relacionados con el tratamiento de la

enfermedad, como la cantidad de medicaciones distintas, los horarios de administración, los efectos secundarios y el grado de cambio comportamental, así como la duración del mismo y el modo de administración, son factores que se relacionan con la adhesión, a mayor complejidad menor será el grado de adhesión; El cuarto aspecto son los factores relacionados con la institución que presta el servicio de salud, entre los que se menciona la continuidad o discontinuidad del cuidado médico, el tiempo de espera, el intervalo entre consultas, la falta de asignación de tiempo para las mismas, el trato del personal y la forma de acceso al lugar de atención; Finalmente se deben considerar los factores que consideran la relación e interrelación del personal de salud, entre los cuales se incluyen la comunicación, las actitudes, las conductas verbales y no verbales, la dificultad de los profesionales para suscitar las preocupaciones, sentimientos o emociones negativas del paciente, y la insatisfacción de este último con la relación o supervisión inadecuada del personal de salud. Como se puede observar, los factores que se consideran asociados a la adhesión terapéutica se relacionan con los distintos elementos que intervienen en el abordaje terapéutico general de las ciencias de la salud y con la población que asiste a los servicios. Probablemente muchos de los factores que influyen en la adhesión terapéutica en el paciente seropositivo sean comunes a la de otras enfermedades crónicas y graves, sin embargo la infección por VIH tiene algunas características particulares, como por ejemplo, el estigma social asociado, el número de fármacos necesarios para su tratamiento, la importancia de sus efectos secundarios y las circunstancias que rodean la vida de muchos de los afectados.²³ Es por lo mencionado que el problema de la adherencia al tratamiento se ha convertido en los últimos años en un tema de central importancia para todos aquellos involucrados en la atención del VIH/SIDA, numerosos programas y servicios de salud de la Argentina desarrollan acciones orientadas a esta problemática, que ha sido incluida como área de prioridad en las actividades de apoyo, prevención y control de esta enfermedad en Argentina con el financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.²⁴ Y destacando en modo de conclusión la necesidad en la actualidad del manejo nutricional de estos pacientes como una de las piedras angulares de la terapia y las posibilidades de

²³ Villa Isabel Cristina, Vinancia Stefano, "Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA", *Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol. 16, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa México. Páginas: 52-53. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116106.pdf>

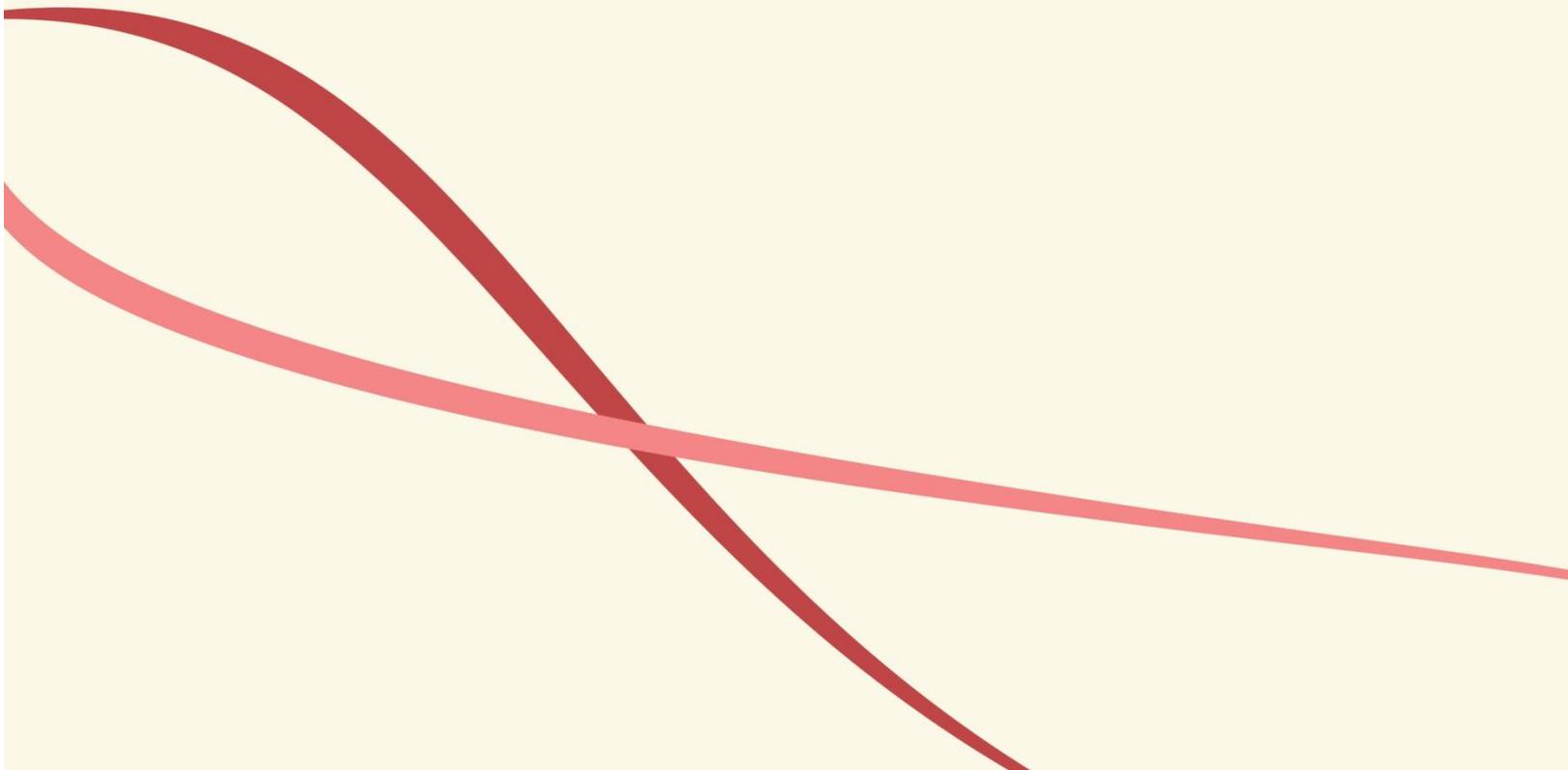
²⁴ Margulies Susana, Néida Barber, María Laura Recorder, "VIH-SIDA y adherencia al tratamiento, enfoques y perspectivas", *Antípoda n° 3* Julio-Diciembre 2006, Página 7. En: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2345395>

ofrecer una mayor calidad y tiempo de vida para los afectados, que lograra mejorar mediante se cuente con un enfoque multidisciplinario en el que exista además de la experiencia, un buen seguimiento de pacientes. Un adecuado estado nutricional va a ayudar a un mejor desarrollo, sin carencias nutricionales, con lo que se puede evitar situaciones de malnutrición que pudieran tener consecuencias muy graves. El VIH/SIDA es un claro ejemplo que hace que la nutrición sea un pilar básico y forme parte integral del tratamiento de la misma.



Capítulo III

Redes sociales de apoyo y su relación con la salud y la enfermedad



En los últimos años, el ambiente social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativas y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresores y/o amortiguadores del mismo. Ello justifica el creciente interés hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos así como la relación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas. De este modo, conceptos como “redes sociales”, “sistemas de apoyo comunitario”, “apoyo social”, o “recursos del entorno”, han sido conceptos clave para el desarrollo de las líneas teóricas que han guiado las investigaciones que relacionan las redes sociales y la salud, entre la que se destaca la Theory of Planned Behaviour (TPB) es una extensión de la Theory of Reasoned Action (TRA), ambas se han desarrollado y utilizado ampliamente en las investigaciones del comportamiento en el terreno de la salud, específicamente en torno al HIV/SIDA¹. Esta epidemia presenta interrogantes pertinentes a la psicología. La búsqueda de intervenciones que identifiquen respuestas ante esta epidemia se ha convertido en un imperativo para el campo de la salud pública y la salud mental. Siendo la psicología una disciplina que tradicionalmente se ha destacado por la investigación sobre el comportamiento humano, haciéndose necesaria así su participación en la aplicación de los resultados de las investigaciones a la solución de los problemas que dicha enfermedad representa. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana le otorga al campo de la psicología una oportunidad para expandir la investigación sobre cambio comportamental, sobre las necesidades de las personas infectadas y afectadas; y sobre acercamientos culturalmente apropiados para llenar las necesidades de esas poblaciones.² Han aumentado considerablemente el número de investigaciones sobre el impacto del apoyo social sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad. Existen números estudios que demuestran que un bajo nivel de apoyo social influye negativamente sobre el estado de salud, dando lugar a síntomas orgánicos,

¹ Fernández Peña Roser, “Redes sociales, apoyo social y salud”, *Periférica, revista de recerca e investigació en antropologia*, Número 3, Diciembre 2005, Página 1, En: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_3.pdf

² Toro-Alfonso José, Varas-Díaz Nelson y Núñez Júnior; “Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social”, *Revista de Ciencias Sociales* 13. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre. 2004. ISSN 0034-7817. Página 30, En: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/pr/cis/racs/13/redes.pdf>

psíquicos y psicosomáticos, pero, sobre todo, interviniendo en el curso de los problemas psicosociales, ya que la presencia de apoyo social se considera como un factor decisivo para actuar o prevenir el efecto negativo de los acontecimientos vitales estresantes. El apoyo social suele reportar beneficios para las personas seropositivas al VIH, ya sea porque facilita su ajuste psicosocial hacia la enfermedad o porque mejora su percepción de la calidad de vida, mejora la salud percibida, mejora el funcionamiento físico; así mismo logra que se perciban menores dificultades para emprender tareas diarias y un menor estrés relacionado con la salud. También se ha demostrado que constituye un importante indicador de la práctica de comportamientos de adhesión al tratamiento.³ A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar en gran medida varios de los aspectos de la vida de los pacientes, desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación, hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida⁴, debe considerándose que la persona que conoce por primera vez la presencia de la enfermedad transita un proceso de duelo como mencionamos en el cuadro nº16. Por lo mencionado hace al estudio de las redes sociales un elemento constituyente esencial del análisis del ser humano dentro de los grupos y en general de la sociedad, convirtiéndose en uno de los aportes reseñables de la psicología social en los últimos tiempos por sus contribuciones en el manejo de diversos enfoques metodológicos y conceptuales. Ello ha

³ Trejos Herrera Ana María, Mosquera Vásquez Mario, Tuesca Molina Rafael, “Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas”, *Salud, Barranquilla* vol.25 no.1 Barranquilla Jan./June 2009. En:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522009000100003&script=sci_arttext

⁴ Vinaccia Alpi Stefano, Fernández Hamilton, Quiceno Japcy Margarita, López Posada Mónica, Otlavaro Cristina. “Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida”, *Terapia Psicológica* 2008, Vol. 26, N° 1,125-132, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. En:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext

generado una multiplicidad de definiciones frente al concepto de red que enriquecen la discusión sobre los límites y bondades del mismo.⁵

Cuadro nº 16 Proceso del duelo en la enfermedad crónica	
Negación	Cuando ha sido informado de su estado seropositivo refiere estar sana, que el resultado es un error y no toma ninguna medida en el asunto.
Cólera	Al aceptar genera sentimientos de rabia, venganza, culpa a muchas personas por lo que está sucediéndole, creer que sufre como nadie en el mundo, y en definitiva no piensa en que realizar para mejorar la situación.
Negociación	El individuo comienza a aceptar la realidad de su enfermedad, ofrece cambiar su comportamiento, generalmente a Dios, su forma de ser, a cambio de su situación.
Depresión	Se generan sentimientos de culpabilidad y desdicha, no ve posibilidad de mejora, desgano en la realización de actividades, no quiere comer, no quieren ir al médico ni buscar ayuda.
Resolución	Acepta la situación y decide enfrentarla, buscar ayuda y ella misma se ayuda.
Fuente: Psicología, VIH Y Adherencia Al TARGA, Lección 9 de 11, En: http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/MODULOS/PSICOLOGIA.htm	

Para lograr comprender la influencia de las redes sociales en la salud y la enfermedad es indispensable comprender al hombre como un ser social y destacar que biológicamente es imposible un ser humano fuera de la sociedad. El aprendizaje, las costumbres, los hábitos, los comportamientos o las relaciones llevan al hombre a la vida

⁵ Hernando Ávila-Toscano José, “Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida”, *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología* 2(2): 65-73, 2009. Página: 65, En: http://www.iberoamericana.edu.co/Publicaciones/RevistaIberoPsicologia/R03_ARTICULO7_PSIC.pdf

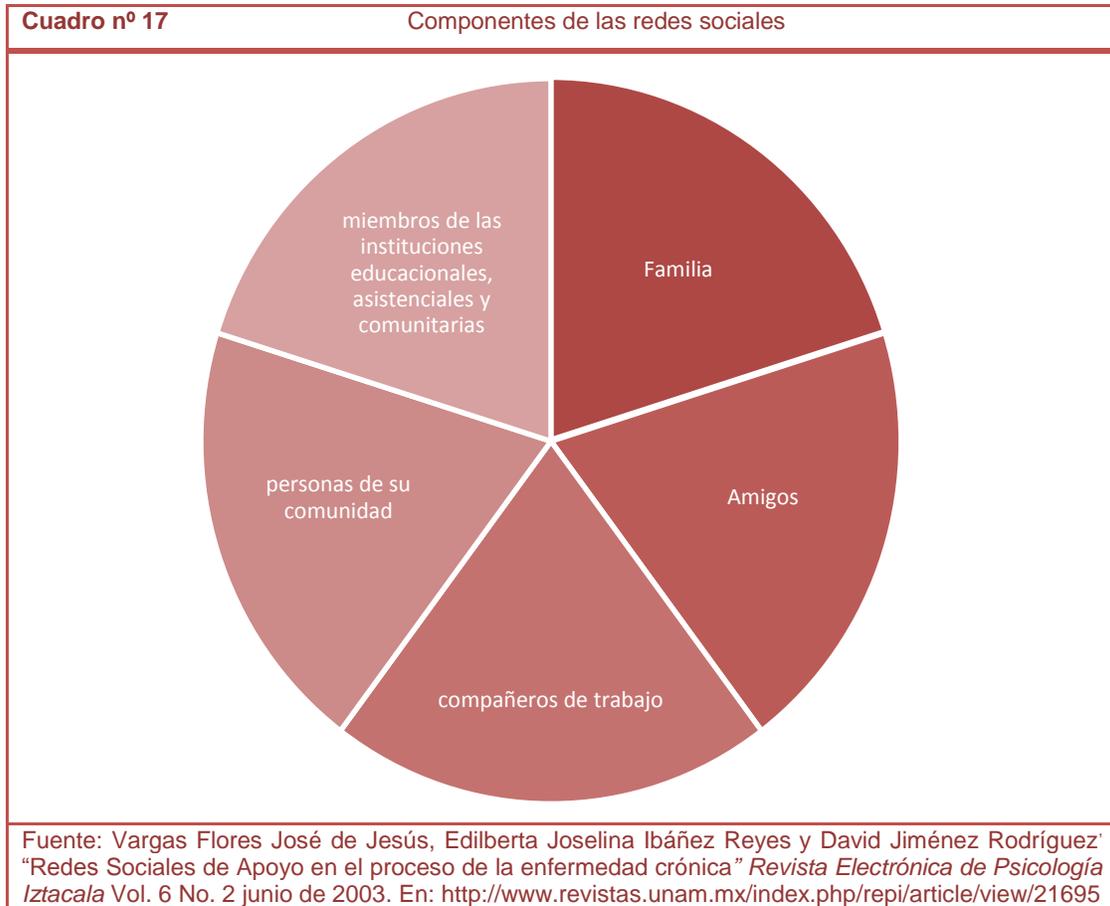
que se entiende como humana.⁶ El ser humano es social por naturaleza, nace y desarrolla toda su vida inmerso en diversos grupos sociales, y es en la interacción social donde se propician los procesos de individualización, socialización, integración grupal y construcción de la identidad de las personas.⁷ Aristóteles, es uno de los más importantes filósofos de la antigüedad griega que define al hombre como un animal político, lo que en otros conceptos significa, que como humanos necesariamente tenemos que vivir en sociedad. No cabe la menor duda, nacemos humanos, pero lo humano no es meramente biológico, lo genéticamente dado en cada uno de nosotros. Los seres humanos, al vivir en sociedad, a diferencia de los animales, se educan, se transforman para bien o para mal, ya que fuera del ámbito social esto no sería posible. Por esta razón el mismo Aristóteles nos dice que fuera de la sociedad sólo podrán existir los dioses o las bestias.⁸ El concepto de redes sociales de apoyo, se debe al psiquiatra inglés S. H. Foulkes, quién es uno de los organizadores del movimiento de terapia de grupo en Gran Bretaña. Foulkes insistía en la importancia del fenómeno de grupo como un todo. Las redes sociales de un individuo, corresponden a todas las relaciones significativas que establece a lo largo de su vida, las redes se conforman por: familia, amigos, compañeros de trabajo, personas de su

⁶ Uzcátegui Ever, “La concepción del hombre como un ser social”, *Unidad Temática: Aspectos Generales de la Sociedad, Dirigido a Participantes del PNFA-Trujillo (Trayecto III, Proyecto Socio Integrador)*, En: <http://ever-uzcategui.over-blog.es/article-la-concepcion-del-hombre-como-ser-social-48405028.html>

⁷ Morales Rivera Eugenia, Malacara Hernandez Juan Manuel, “Análisis de las redes sociales: Una manera de entender los problemas de salud y alimentación”. Página 5 En: <http://amoxcalli.leon.uia.mx/entretextos/numeros/11/entretextos11-art02.pdf>

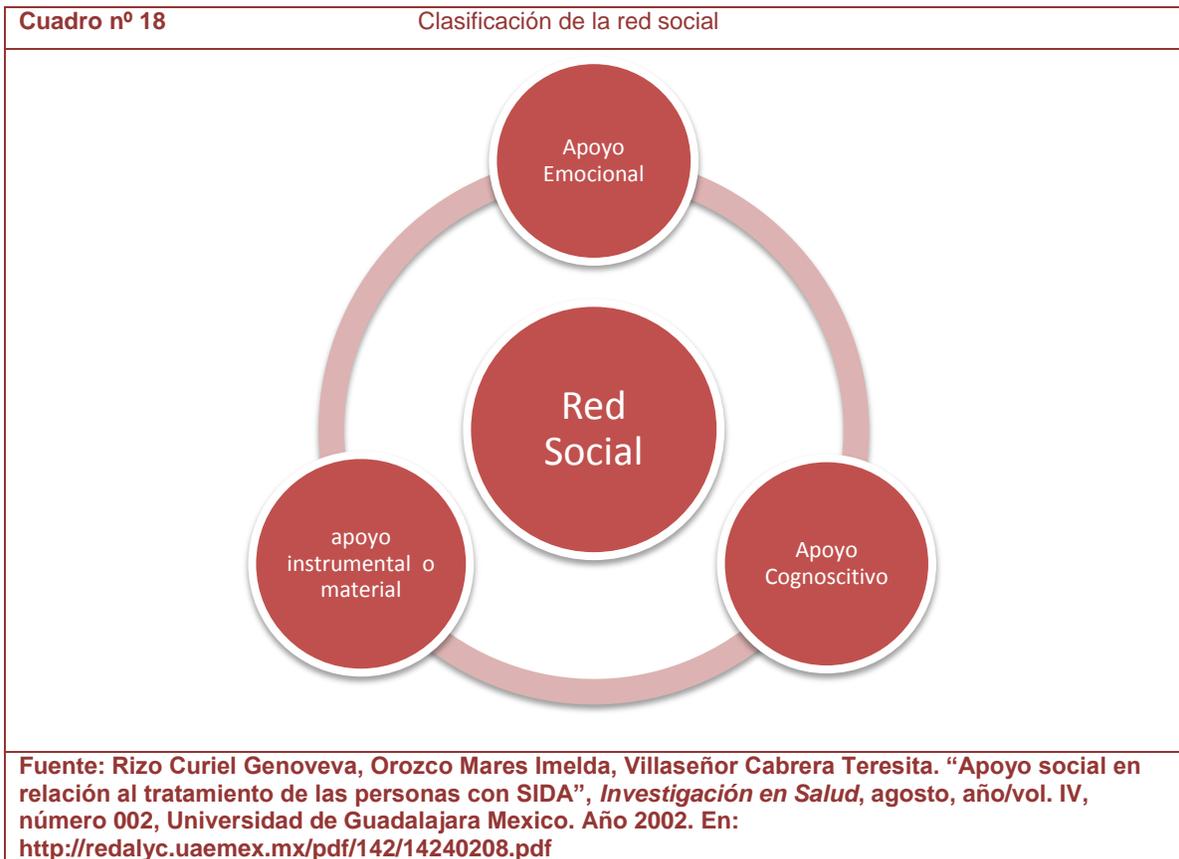
⁸ Centro de Estudios sobre Innovación y Dinámicas Educativas, filosofía y construcción de ciudad, “El hombre como ser social y político”. En: <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/11/21/el-hombre-como-ser-social-y-politico/>

comunidad y miembros de las instituciones educativas, asistenciales y comunitarias. Como se menciona en el siguiente cuadro⁹



⁹ Vargas Flores José de Jesús, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes y David Jiménez Rodríguez' "Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica" *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 6 No. 2 junio de 2003. En: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/21695>

A su vez si consideramos a la red social desde un aspecto global podemos definir que el apoyo social se clasifica en 3 niveles de apoyo mencionados en el cuadro nº 18.



Primero el apoyo emocional, que consiste en brindar acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo. Este apoyo alude a la disponibilidad de contar con alguien para hablar e incluye aquellas conductas que fomenten los sentimientos de bienestar afectivo; Se trata de expresiones de amor, de brindar ánimos, hacer compañía, proporcionar confianza, escuchar, expresar preocupación e interés por el otro, dar afecto y finalmente consuelo. El apoyo emocional permite que en individuo perciba que los problemas se comparten con los demás, inclusive ha de influir en el estado emocional del paciente generando una respuesta

favorable del sistema inmune en pacientes con SIDA. En segundo lugar se encuentra el apoyo cognoscitivo, que hace referencia al proceso mediante el cual las personas reciben información que les permite resolver situaciones estresantes, brindar consejos y sugerencias. Este tipo de apoyo es relevante para el manejo de su estado de salud en cuanto a que facilita al individuo a comprender su enfermedad y ajustarse a los cambios que le demandan. Como tercero y último mencionamos el apoyo instrumental o material, es aquel que consiste en facilitar el acceso a objetos o servicios que ayudan a resolver problemas prácticos. Esta es una ayuda que el receptor considera como visible o palpable. Las actividades que a este tipo de apoyo le corresponden son proporcionar alimentos, vestimenta, dinero, medicamentos, preparación de alimentos, apoyo en las actividades de higiene y movilización de la persona. Se afirma entonces que el apoyo instrumental o material se relaciona con el bienestar ya la salud al disminuir las sobrecargas de tareas y dejar más tiempo libre al enfermo. Se puede considerar que muchas actividades de apoyo suelen pertenecer a más de dos categorías al mismo tiempo, como es el caso de dar un consejo que pueden pertenecer tanto al apoyo emocional al considerarse como una preocupación como a su vez también incluirse dentro del apoyo cognoscitivo si se lo analiza como un consejo, teniendo en cuenta que el apoyo instrumental y el cognoscitivo pueden considerarse como emocional siempre y cuando no se otorgue por obligación.¹⁰ La red social corresponde al nicho interpersonal del individuo y contribuye sustancialmente a su propio reconocimiento y a la imagen de sí; mantiene su identidad social, recibe apoyos, servicios e información.¹¹ Desde el punto de vista de la Salud, cuando los profesionales utilizan o hacen referencia a la red social, se centran en los vínculos sociales con los que cuenta un individuo. A través del análisis de la misma, se persigue abarcar una amplia gama de las relaciones sociales prestando atención a múltiples aspectos y efectos de esas relaciones, además de proporcionar un método para describir los caracteres estructurales de los vínculos sociales y analizar los distintos patrones de interacción. Desde el enfoque funcional de las redes sociales, el apoyo social se ha considerado como una función relacionada con el funcionamiento psicológico de los individuos, que es vehiculizada en el interior del marco estructural de la red. En nuestro contexto actual y desde la Salud Pública conceptos como la prevención,

¹⁰ Rizo Curiel Genoveva, Orozco Mares Imelda, Villaseñor Cabrera Teresita. "Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA", *Investigación en Salud*, agosto, año/vol. IV, número 002, Universidad de Guadalajara Mexico. Año 2002. En: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14240208.pdf>

¹¹ Hernando Ávila-Toscano José. Op cit

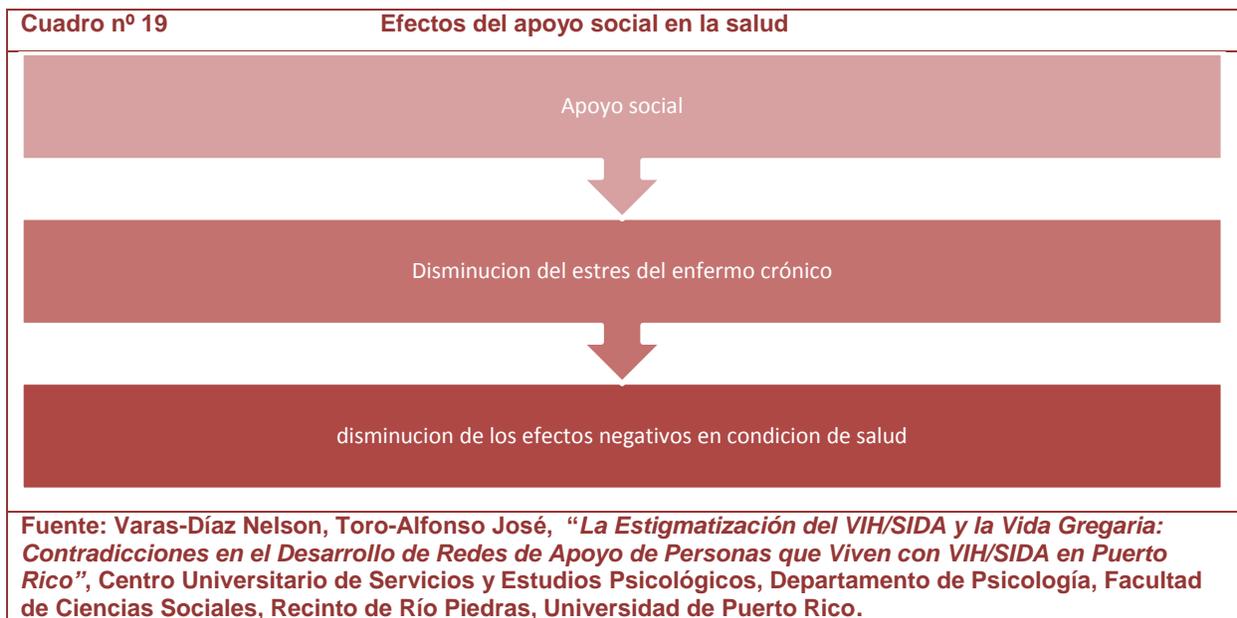
promoción y rehabilitación de la salud, sitúan en un lugar privilegiado a las personas, familias y a la propia comunidad como recursos naturales/informales disponibles que garantizan la continuidad de los servicios profesionales en salud. Paralelamente, en los últimos años se han implantado grupos organizados de personas como los grupos de autoayuda cuyo papel principal es el de facilitar estrategias adaptativas frente a la enfermedad. Desde el punto de vista de la intervención comunitaria en Salud, es necesario conocer la estructura social y los diferentes niveles de intervención comunitaria con el objetivo de potenciar, crear o complementar recursos que proporcionen apoyo social tanto a nivel individual-familiar como colectivo.¹² Las redes sociales y el apoyo social proporcionan efectos directos en la salud de las personas enfermas, mostrando beneficios en la búsqueda del tratamiento, en el cumplimiento de las actividades de ejercicio físico, la obtención de los recursos para la realización de las pruebas de laboratorio y atenuar el estado emocional alterado del paciente con trastorno crónico.¹³ Se ha encontrado evidencia, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe. Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes. Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. Partiendo de lo anterior, numerosas investigaciones se han interesado en estudiar el impacto del VIH sobre la calidad de vida y el apoyo social en las personas que la padecen.¹⁴ La red social favorece muchas de las actividades cotidianas que se relacionan con la calidad de vida, ayuda a establecer actividades positivas para el sujeto: rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de seguimiento de tratamientos médicos, etcétera; al tener un sistema de apoyo sólido, la vulnerabilidad a las enfermedades es muy baja y la

¹² Fernández Peña Roser, "Redes sociales, apoyo social y salud", *Periférica, revista de recerca e investigació en antropologia*, Número 3, Diciembre 2005, Páginas 13-14, En: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_3.pdf

¹³ Rizo Curiel Genoveva, Orozco Mares Imelda, Villaseñor Cabrera Teresita. Op cit.

¹⁴ Vinaccia Alpi Stefano, Fernández Hamilton, Quiceno Japcy Margarita, López Posada Mónica, Otlavaro Cristina. "Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida", *Terapia Psicológica* 2008, Vol. 26, N° 1, 125-132, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext

posibilidad de recuperación en cualquier enfermedad es mayor que cuando la persona no cuenta con redes sociales consistentes, es decir, cuando la persona se aísla. A partir de los años 70 se ha realizado investigaciones donde sugieren que personas con niveles altos de interacciones favorable dentro de su red social inmediata (familia), presentan un índice de mortalidad y síntomas psicológicos y físicos menores que los que interactúan poco. Se comprueba el reconocimiento gradual de la importancia de la familia como un factor biopsicosocial que potencialmente es capaz de influir en la salud para mejorar la calidad de vida. Los estudios también mencionan que personas con familia, pareja estable y amigos les proporcionan recursos materiales y psicológicos, tienen una mejor salud que aquellos con un contacto social débil. Culturalmente la familia es una instancia que provee al sujeto de un sin número de recursos que da el necesario en cualquier momento en la vida. Es el seno familiar donde el individuo establece sus primeras relaciones interpersonales, la familia es el lugar donde la persona adquiere sus primeras habilidades sociales, por ello la familia se le considera como red social inmediata del sujeto, aunque cuantitativamente es un complejo pequeño, dota de una gran cantidad de recursos de interacciones y triangulaciones entre sus miembros.¹⁵



¹⁵ Vargas Flores José de Jesús, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes y David Jiménez Rodríguez. Op cit

Como conclusión mencionamos la importancia de la Psicología de la Salud, producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso. Sus antecedentes teóricos y prácticos se basan en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. La Psicología Clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría. La Psicología Médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente; tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo, la Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades, mientras que la Psicología Comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general. Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud que es, la Psicología de la Salud, a la que le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, al denominarse Psicología de la salud, se refiere a ser la aplicada tanto a la salud, la

enfermedad, como también a sus secuelas.¹⁶ Es necesario el tratamiento de la enfermedad desde una mirada más amplia, siendo que del estudio de las redes sociales han surgido importantes aplicaciones en medicina, salud, psicología, sociología, mercadeo, antropología, comunicaciones y ciencias políticas, debido al gran impacto que tienen los vínculos personales en las teorías del comportamiento. Específicamente en el ámbito de salud, Carlos Sluzki (1995, 2010) señala que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir, protege al sujeto de las enfermedades, acelera procesos de curación y aumenta la sobrevivencia. El autor explica que las relaciones sociales contribuyen a generar sentido de vida y motivan al autocuidado, aportan apoyo emocional importante para enfrentar problemas de salud, facilitan el acceso a servicios de salud, otorgan retroalimentación de signos de enfermedad o prácticas de salud incorrectas, facilitan el seguimiento de rutinas de cuidado, etcétera. A este respecto, existen estudios que han determinado la estructura de redes sociales, sus principales relaciones y la posibilidad de generar modelos para entender la propagación de enfermedades contagiosas como en el caso del resfriado y del VIH-SIDA en usuarios de drogas inyectables.¹⁷ La asociación entre las redes sociales de apoyo y el desarrollo de dicha infección es clara, teniendo en cuenta las investigaciones relacionadas con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA que han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones disfóricas, lo que se asocia con un mejor estado de salud. Se ha encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observa principalmente en personas que participan activamente en grupos de auto ayuda y en redes sociales de personas seropositivas. Las redes de apoyo social son un recurso extraordinario para el desarrollo de estima, sentido de pertenencia, reducción de conductas de riesgo, acceso a información adecuada y fortalecimiento para la defensa de derechos humanos de las personas con SIDA. Hay evidencia de que el funcionamiento psicológico, considerado como el ajuste a la enfermedad, destrezas de manejo, depresión, invalidez, disturbios del

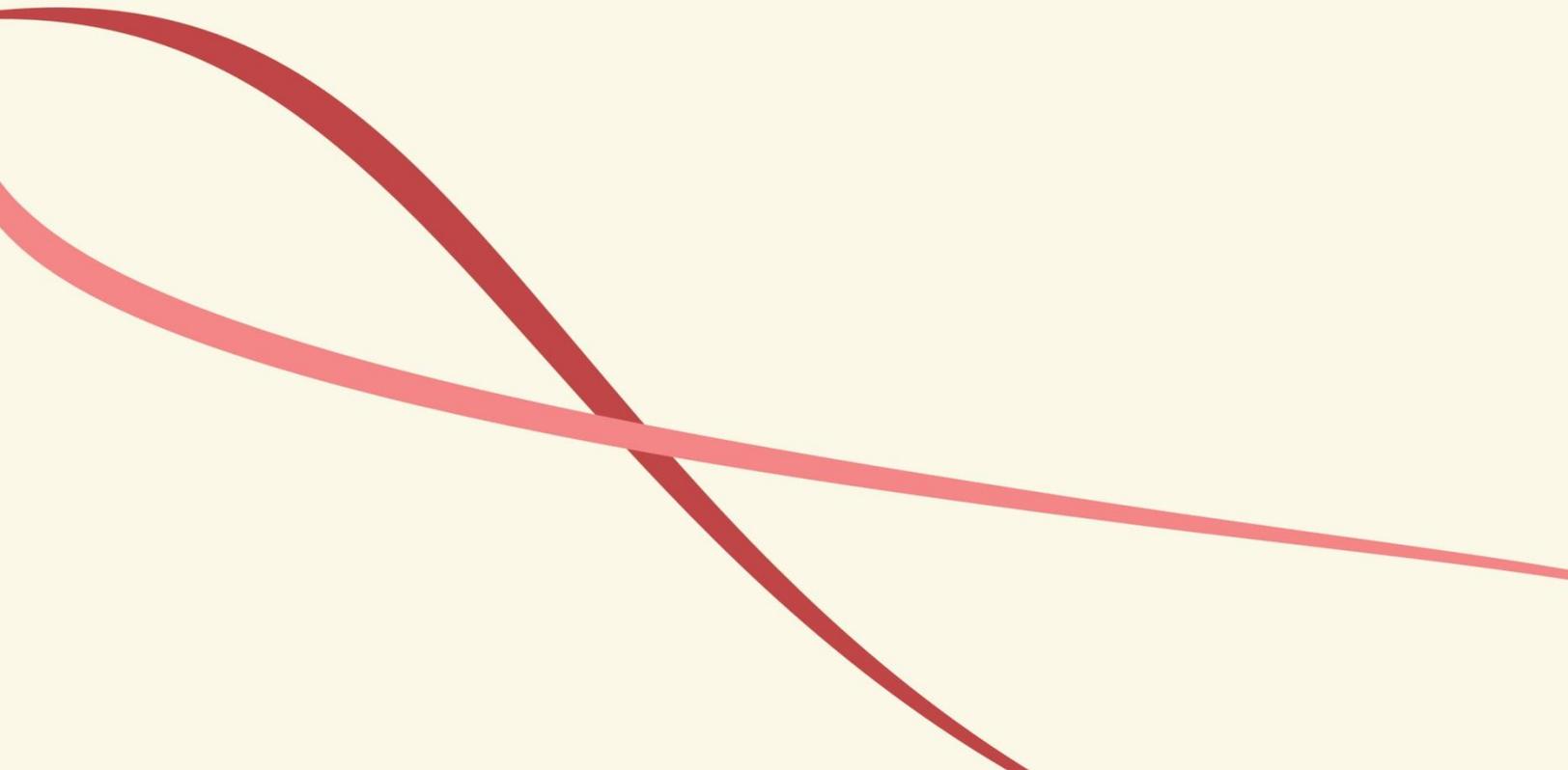
¹⁶ Libertad Martín Alfonso, "Aplicación de la Psicología en el proceso de salud y enfermedad", *Revista Cubana Salud Pública* v.29 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2003. En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext

¹⁷ Morales Rivera Eugenia, Malacara Hernández Juan Manuel, "Análisis de las redes sociales: Una manera de entender los problemas de salud y alimentación. Página 7. En: <http://amoxcalli.leon.uia.mx/entretextos/numeros/11/entretextos11-art02.pdf>

ánimo, ansiedad y nivel de hostilidad, se relaciona con la satisfacción y la percepción de la disponibilidad del apoyo social.¹⁸

¹⁸ Varas-Díaz Nelson, Toro-Alfonso José, “*La Estigmatización del VIH/SIDA y la Vida Gregaria: Contradicciones en el Desarrollo de Redes de Apoyo de Personas que Viven con VIH/SIDA en Puerto Rico*”, Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico. Página 9.
<http://jtoro.uprrp.edu/Articulos2/La%20estigmatizacion%20del%20VIH%20SIDA%20y%20la%20vida%20gregaria.pdf>

Diseño Metodológico



El diseño metodológico de dicho trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, al permitir examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la Estadística. Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea representable por algún modelo numérico ya sea lineal, exponencial o similar. Es decir, que haya claridad entre los elementos de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos. De tipo descriptivo debido a referirse a la etapa preparatoria del trabajo científico que permita ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos. Este tipo de investigación no tiene hipótesis exacta. Ya que se fundamenta en una serie de análisis y prueba para llevar a cabo la valoración de la física⁶⁰ y por último en cuanto a temporalidad de las mediciones y a la existencia de seguimiento es considerado de corte trasversal al realizarse las mediciones a lo largo de un período de tiempo⁶¹.

SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

Edad

Definición conceptual: La edad es número expresado en años de la población sujeta al estudio.

Definición operacional: La edad se obtendrá por medio del número en años de los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en Mar del Plata, se obtendrá a través de una encuesta expresado en años cumplidos.

⁶⁰ Metodología de la Investigación, Economía Social. G-001. Unefa-Guacara, En: <http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com.ar/2011/05/investigacion-cuantitativa.html>

⁶¹ Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en la Evidencia. Solano Ricardo L y Serón S Pamela, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, "Diseño de investigación clínica". En: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/GISIII/linkedddocuments/dise%F1os%20cuantitativos.pdf>

Sexo

Definición conceptual: El sexo se expresa como Femenino-Masculino.

Definición operacional: Se obtendrá expresado como Femenino-Masculino de los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en Mar del Plata, se obtendrá a través de una encuesta expresado en femenino-masculino.

Estado civil

Definición conceptual: Situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.⁶²

Definición operacional: Situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley. Se obtendrá a través de una encuesta expresado como Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a u otros.

Ocupación

Definición conceptual: Actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad, caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios.⁶³

Definición operacional: Actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad, caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios. Se obtendrá por medio de una encuesta

⁶² Decreto 1260 de 1970, En:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1970/decreto_1260_1970.html

⁶³ Glosario de la OIT (Organización Internacional del Trabajo)

Diseño Metodológico
realizada a los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en Mar del Plata, se obtendrá a través de una encuesta.

Nivel educativo

Definición conceptual: Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión.⁶⁴

Definición operacional: Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel en cuestión. Se obtendrá a través de una encuesta expresada como nivel completo o incompleto del nivel primario, nivel secundario, nivel terciario y nivel universitario.⁶⁵

Ingesta de agua pura o de grifo

Definición conceptual: Cantidad en litros de agua pura o de grifo que consume un individuo a lo largo de un día.

Definición operacional: Cantidad en litros de agua pura o de grifo que consume un individuo a lo largo de un día. Se obtendrá a través de una encuesta expresada en litros, optando por no ingerir agua, menos de un litro por día, entre 1 y 2 litros por día, entre 2 y 3 litros por día o más de 3 litros.

Estado Nutricional

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes a su organismo.⁶⁶

Definición Operacional: La situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes a su organismo. Se determinará calculando el IMC. Se tomará el peso y la talla y se calculará dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m²).

⁶⁴ Definiciones básicas, En : <http://sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/Conceptos/Conceptos.htm>

⁶⁵ Clasificaciones ocupacionales, ítem C (La Jerarquización de las Cualificaciones). En: <http://www.istas.net/fittema/ma/ma0304.htm>

⁶⁶ OMS, Organización Mundial de la Salud.

El peso corporal es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total pero no define compartimientos e incluye fluidos. El instrumento usado para la medición es una Balanza de precisión o bascula de pie con un margen de error de 100 gr. Se coloca al paciente de pie, parado en el centro de la balanza, con ropa interior o prendas livianas.⁶⁷



68

La talla es la distancia que existe entre el vértex y el plano de sustentación⁶⁹. El instrumento usado para la medición es un altímetro o estadiómetro. Se coloca al paciente de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Frankfurt (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja), se lo coloca a espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas, se descende el plano superior del altímetro hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vértex)⁷⁰

Un IMC menor a 18,5 evidencia el diagnóstico nutricional de bajo peso. Un IMC entre 18,5-24,9 de Normopeso, un IMC entre 25-29,9 de sobrepeso, un IMC entre 30-34,9 de obesidad grado I, un IMC entre 35-39,9 de obesidad grado II y por último un IMC mayor a 40 es diagnóstico nutricional de Obesidad grado III o mórbida.

⁶⁷ de Girolami Daniel H, “*Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*”, capítulo 14. Editorial El Ateneo 2003, Buenos Aires-Argentina

⁶⁸ Twister Medical, Em: <http://www.twistermedical.es/productos.asp?CTG=768&Id=8388>

⁶⁹ “Programa nacional de tecnificación deportiva, Valoración antropométrica: protocolo de medición”, Ministerio de educación cultural y deporte, Madrid. En: www.rmm.cl/usuarios/.../doc/200901260030210.Antropometria.doc

⁷⁰ de Girolami Daniel H, op cit.

Porcentaje de pérdida de peso

Definición conceptual: Indicador que mide la reducción de la masa corporal de un individuo, por razón de una pérdida promedio de líquidos, grasa o de tejidos como el músculo, tendón o tejido conjuntivo.

Definición Operacional: Indicador que mide la reducción de la masa corporal de un individuo, por razón de una pérdida promedio de líquidos, grasa o de tejidos como el músculo, tendón o tejido conjuntivo. Se determinará por medio del cálculo de la fórmula de % de pérdida de peso. Se toma el peso habitual (PH) y el peso actual (PA). Al peso habitual se le resta el peso actual, luego se divide por el peso habitual y se multiplica por 100.

En el periodo de una semana un porcentaje de pérdida de peso entre 1-2 % indica una pérdida de peso significativa y si es mayor de 2% una pérdida de peso grave. En el periodo de 1 mes un porcentaje de pérdida de peso del 5 % indica una pérdida de peso significativa y si es mayor del 5% una pérdida de peso grave. En el periodo de 3 meses un porcentaje de pérdida de peso del 7,5 % indica una pérdida de peso significativa y si es mayor del 7,5% una pérdida de peso grave y por último en el periodo de 6 meses un porcentaje de pérdida de peso del 10 % indica una pérdida de peso significativa y si es mayor del 10% una pérdida de peso grave.

Adherencia al tratamiento nutricional

Definición conceptual: Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente VIH positivo y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado.⁷¹

Definición Operacional: Conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente VIH positivo y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y

⁷¹ Libertad Martín Alfonso, Revista cubana de Salud Pública 2004;30 (4). "Acerca del concepto de adherencia terapéutica". En: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm

Diseño Metodológico consciente de recursos para lograr el resultado esperado. Se medirá considerando la frecuencia al control nutricional, la frecuencia en la realización de las distintas comidas diarias, la ingesta de 2 litros de agua por día, el consumo de 2 porciones de lácteos por día, de 2 porciones de vegetales por día y de 2 frutas por día, el consumo de carnes rojas 3 veces por semana, de carnes blancas 2 veces por semana y de pescado y mariscos 2 veces por semana, la ingesta de un huevo 3 veces por semana, el consumo de 3 cucharadas soperas de aceite por día, la ingesta de un cuarto de taza de frutas secas 2 veces por semana, el consumo de 7 cucharadas de té al ras de azúcar y de 3 cucharadas de mermelada diarias, el consumo de medio plato de cereales al día, el consumo de una cucharada de legumbres al día y de 3 miñones de pan diarios. La categorización para medir la adherencia se clasifica en “Adecuada” si cumple exactamente con las porciones indicadas anteriormente, como “Medianamente adecuada” si la ingesta es levemente inferior a las recomendaciones o “Inadecuada por carencia” si es muy inferior y por último se considera “Inadecuado por exceso” si la ingesta es superior a las cantidades mencionadas con anterioridad (ver anexo).

Redes sociales de apoyo percibida por el paciente

Definición conceptual: Conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. La red social está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo y constituye su ambiente social primario. Está constituida por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad.⁷²

Definición Operacional: Conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. La red social está conformada por los sujetos significativos cercanos al individuo y constituye su ambiente social primario. Está constituida por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Se obtendrá por medio del cuestionario MOS de 20 ítems. El ítem 1 hace referencia al apoyo estructural o tamaño de la red social y los 19 restantes al apoyo funcional, haciendo referencia a la percepción del apoyo, compuesto por cuatro dimensiones: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se pregunta mediante una

⁷² Llanos Raimundo Abello, Madariaga Orozc Camilo, “Las redes sociales ¿Para qué?, Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. N°s 2~3: 116-135. 199

escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. Los items 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19 corresponden a la dimensión emocional, la puntuación máxima es de 40, media de 24 y mínima de 8. Los items 2, 3, 12 y 15 corresponden a la dimensión material o instrumental, la puntuación máxima es de 20, media de 12 y mínima de 4. Los items 7, 11, 14 y 18 corresponden a la dimensión de relaciones sociales de ocio y distracción, la puntuación máxima es de 20, media de 12 y mínima de 4. Y por último los items 6, 10 y 20 corresponden a la dimensión referida a expresiones de amor y cariño, la puntuación máxima es de 15, media de 9 y mínima de 3. El índice global máximo de apoyo social es de 95 puntos, medio de 57 puntos y mínimo de 19 puntos.⁷³

⁷³ Anexo 3, Cuestionario MOS de apoyo social. En:
http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/atencion_sociosanitaria/Anexo3_protocolo_malos_tratos.pdf

A continuación se presenta el consentimiento informado y los instrumentos seleccionados.

Consentimiento informado: “Redes de apoyo social, adherencia al tratamiento nutricional y estado nutricional en el paciente VIH”, es una investigación que estoy realizando como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciatura en Nutrición, por lo que dicha encuesta sólo se lleva a cabo con fines académicos. Queda resguardada la información aquí detallada, garantizando el secreto estadístico y la confidencialidad de la información brindada por los participantes. La evaluación tiene como fin recolectar datos acerca de la red de apoyo social percibida por el paciente, su adherencia al tratamiento nutricional y conocer el estado nutricional de los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en Mar del Plata con el objeto de dar una mirada más global al tratamiento en pacientes portadores de dicha patología generando modificaciones acordes, si ellas fuesen necesarias. La misma no provocará ningún efecto adverso sobre los participantes, ni implicará ningún gasto económico, sino que contribuirá en el conocimiento acerca del tratamiento nutricional en los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA de la ciudad de Mar del Plata. Los resultados que se obtengan serán manejados en forma anónima. Por este motivo, solicito su autorización para participar en este estudio, que consiste en contestar una encuesta anónima con datos básicos, un cuestionario de frecuencia de consumo y un cuestionario de red de apoyo social percibida.

M. Emilia Roncoroni.

Carrera de Lic. en Nutrición

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad FASTA

“Yo..... en mi carácter de encuestado/a habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio acepto participar de la tesis “Redes de apoyo social, adherencia al tratamiento nutricional y estado nutricional de los pacientes VIH positivos que asisten a una red de personas con VIH/SIDA”, en la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires.”

Firma:

Nº de encuesta:

1. Peso Actual:
2. Peso Habitual (últimos 6 meses):
3. Talla:
4. IMC:
5. Porcentaje de pérdida de peso:

Complete los siguientes datos

6. Edad:.....años
7. Ocupación:.....

Marque con una cruz (X) la opción correcta

8. Sexo

- a. Masculino
- b. Femenino

9. Nivel de educación

		Completo	Incompleto
A	Nivel Primario		
B	Nivel Secundario		
C	Nivel Terciario		
D	Nivel Universitario		

10. Estado civil

- a. Soltero
- b. Casado
- c. Divorciado
- d. Viudo
- e. Otros

11. ¿Usted asiste actualmente a un control nutricional?

- a. Si (Vaya a la pregunta 15)
- b. No

SI NO ASISTE AL CONTROL NUTRICIONAL

12. ¿Ha realizado tratamiento nutricional anteriormente?

- a. Si (Vaya a la pregunta 14)
- b. No

13. En caso de que su respuesta sea NO. ¿Cuál es la razón por la que usted no realiza el mismo?

- a. Por falta de indicación a realizar tratamiento nutricional
- b. Por falta de interés
- c. Por desconocimiento
- d. Por querer resguardar el conocimiento de su enfermedad
- e. Por falta de tiempo
- f. Otros factores.....

14. Si realizo un control nutricional y actualmente no lo realiza. ¿Cuál es la razón por la que no lo continua actualmente? (Luego pase a la pregunta 16)

SI ASISTE AL CONTROL NUTRICIONAL

15. Con que frecuencia asiste al control nutricional

- a. Una vez por semana
- b. Cada quince días
- c. Una vez al mes
- d. Cada 2 meses
- e. Cada más de 2 meses

16. Con que frecuencia realiza las siguientes comidas

	Todos los días	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	< 1 vez por semana
Desayuno					
Almuerzo					
Merienda					
Cena					
Colación					

17. Que cantidad de agua pura o de grifo ingiere por día

- a. No ingiero agua
- b. Menos de un litro por día
- c. Entre 1 y 2 litros por día
- d. Entre 2 y 3 litros por día
- e. Más de 3 litros por día

	ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES POR SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	< 1 VEZ POR SEMANA
L A C T E O S	 <p>LECHE ENTERA</p>	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)			
		1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café(100 cc)	1 pocillo tipo café(100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)
		1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)			
	 <p>LECHE DESCREMADA</p>	Solo para cortar infusiones (30cc)	Solo para cortar infusiones (30cc)			
		1 pocillo tipo café (100 cc)	1 pocillo tipo café (100 cc)			
		1 taza tipo café c/ leche (200cc)	1 taza tipo café c/ leche (200cc)			
	 <p>LECHE EN POVO DESCREMADA</p>	1 cucharada Tipo té (2 gr)	1 cuch. Tipo té (2 gr)	1 cuch. Tipo té (2 gr)	1 cuch. Tipo té (2 gr)	1 cuch. Tipo té (2 gr)
		1 cucharada Tipo postre (5 gr)	1 cuch. Tipo postre (5 gr)	1 cuch. Tipo postre (5 gr)	1 cuch. Tipo postre (5 gr)	1 cuch. Tipo postre (5 gr)
		1 cucharada Sopera (15 gr)	1 cuch. Sopera (15 gr)	1 cuch. Sopera (15 gr)	1 cuch. Sopera (15 gr)	1 cuch. Sopera (15 gr)
	 <p>YOGUR ENTERO</p>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)			
		1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)			
	 <p>YOGUR DESCREMADO</p>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)	1 pote sin frutas ni cereales (200cc)			
		1 pote con frutas o cereales (170cc)	1 pote con frutas o cereales (170cc)			
	 <p>QUESO UNTABLE DESCREMADO</p>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)
		1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)
		1 cucharada sopera al ras (15 gr)	1 cucharada sopera al ras (15 gr)			
	 <p>QUESO UNTABLE ENTERO</p>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)	1 cucharada tipo té al ras (5 gr)
		1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)	1 cucharada tipo postre al ras (10 gr)
1 cucharada sopera al ras (15 gr)		1 cucharada sopera al ras (15 gr)				
 <p>QUESOS CUARTIROLO, por salud</p>	1 porción tipo caja de fósforos (30 gr)	1 porción tipo caja de fósforos (30 gr)	1 porción tipo caja de fósforos (30 gr)	1 porción tipo caja de fósforos (30 gr)	1 porción tipo caja de fósforos (30 gr)	
	1 porción tipo ½ caja de cigarrillos (45 gr)	1 porción tipo ½ caja de cigarrillos (45 gr)	1 porción tipo ½ caja de cigarrillos (45 gr)	1 porción tipo ½ caja de cigarrillos (45 gr)	1 porción tipo ½ caja de cigarrillos (45 gr)	
	1 porción tipo cassette (60 gr)	1 porción tipo cassette (60 gr)	1 porción tipo cassette (60 gr)	1 porción tipo cassette (60 gr)	1 porción tipo cassette (60 gr)	
 <p>HUEVO ENTERO</p>	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	1unidad (50gr)	
	2 unidades(100gr)	2 unidades (100gr)	2 unidades (100gr)	2 unidades (100gr)	2 unidades(100gr)	
	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	3 unidades (150gr)	
 <p>CARNE - HIGADO*</p>	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	½ bife (80 gr)	
	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	1 bife (150 gr)	

Diseño Metodológico

H U E V O		2 bifes (300 gr)		2 bifes (300 gr)		2 bifes (300 gr)		2 bifes (300 gr)		2 bifes (300 gr)		
	C A R N E S	POLLO	Pata sin piel(80gr)		Pata sin piel(80gr)							
			½ pechuga sin piel (100gr)		½ pechuga sin piel (100gr)							
		¼ de pollo sin piel (250gr)		¼ de pollo sin piel (250gr)		¼ de pollo sin piel (250gr)		¼ de pollo sin piel (250gr)		¼ de pollo sin piel (250gr)		
V I S C E R A S	PESCADO	½ filet (70gr)		½ filet (70gr)		½ filet (70gr)		½ filet (70gr)		½ filet (70gr)		
		1 filet (120 gr)		1 filet (120 gr)		1 filet (120 gr)		1 filet (120 gr)		1 filet (120 gr)		
		2 filettes (240gr)		2 filettes (240gr)		2 filettes (240gr)		2 filettes (240gr)		2 filettes (240gr)		
R I Ñ O N		1 unidad (30gr)		1 unidad (30gr)		1 unidad (30gr)		1 unidad (30gr)		1 unidad (30gr)		
		2 unidades(60gr)		2unidades(60gr)		2unidades(60gr)		2unidades(60gr)		2 unidades(60gr)		
		3 unidades(90gr)		3unidades(90gr)		3unidades(90gr)		3unidades(90gr)		3 unidades(90gr)		
E M B U T I D O S		¼ de plato estándar(50gr)		¼ de plato estándar(50 gr)		¼ de plato estándar(50gr)		¼ de plato estándar(50gr)		¼ de plato estándar(50gr)		
		½ de plato estándar(100gr)		½ de plato estándar(100gr)		½ de plato estándar(100gr)		½ de plato estándar(100gr)		½ de plato estándar(100gr)		
		1 plato estándar(150gr)		1 plato estándar(150gr)		1 plato estándar(150gr)		1 plato estándar(150gr)		1 plato estándar(150gr)		
V E T A L E S	LEGUMBRES	2 cucharadas soperas(40 gr)		2 cucharadas soperas (40 gr)		2 cucharadas soperas (40 gr)		2 cucharadas soperas (40 gr)		2 cucharadas soperas (40 gr)		
		1 pocillo en crudo (70 gr)		1 pocillo en crudo (70 gr)		1 pocillo en crudo (70 gr)		1 pocillo en crudo (70 gr)		1 pocillo en crudo (70 gr)		
		2 pocillos en crudo (140 gr)		2 pocillos en crudo (140 gr)		2 pocillos en crudo (140 gr)		2 pocillos en crudo (140 gr)		2 pocillos en crudo (140 gr)		
Y L E G U M B R E S	VEGETALES A	1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		
		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)		
		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		
V E G E T A L E S B	VEGETALES B	1 taza chica en cocido (70 gr)		1 taza chica en cocido(70 gr)		1 taza chica en cocido(70 gr)		1 taza chica en cocido (70 gr)		1 taza chica en cocido (70 gr)		
		1 taza mediana en cocido (150 gr)		1 taza mediana en cocido (150 gr)		1 taza mediana en cocido (150 gr)		1 taza mediana en cocido (150 gr)		1 taza mediana en cocido (150 gr)		
		1 taza grande en cocido (200 gr)		1 taza grande en cocido (200 gr)		1 taza grande en cocido (200 gr)		1 taza grande en cocido (200 gr)		1 taza grande en cocido (200 gr)		
V E G E T A L E S C	VEGETALES C	1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		
		1 unidad mediana (180 gr)		1 unidad mediana (180 g)								
		1 unidad grande (300 gr)		1 unidad grande (300 gr)		1 unidad grande (300 gr)		1 unidad grande (300 gr)		1 unidad grande (300 gr)		
*El hígado es incluido junto con las carnes rojas por la similitud en su porción.												
F R U T A S S E C A S		3 unidades (15 g)		3 unidades (15 g)		3 unidades (15 g)		3 unidades (15 g)		3 unidades (15 g)		
		5 unidades (25 g)		5 unidades (25 g)		5 unidades (25 g)		5 unidades (25 g)		5 unidades (25 g)		
		10 unidades (50g)		10 unidades (50g)		10 unidades (50g)		10 unidades (50g)		10 unidades (50g)		
FRUTAS		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 gr)		1 unidad chica (100 g)		

	1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 g)		1 unidad mediana (150 gr)		1 unidad mediana (150 gr)
	1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)		1 unidad grande (200 gr)
ARROZ BLANCO 	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido(10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo(20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)
	1 pocillo de café en cocido (40 gr)		1 pocillo de café en cocido(40 gr)		1 pocillo de café en cocido (40 g)		1 pocillo de café en cocido (40 g)		1 pocillo de café en cocido (40 gr)
	1 pocillo de café en crudo (70 gr)		1 pocillo de café en crudo (70 gr)		1 pocillo de café en crudo (70 g)		1 pocillo de café en crudo (70 g)		1 pocillo de café en crudo (70 gr)
ARROZ INTEGRAL	1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)		1 cuch. Sopera colmada en cocido (10 gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)		1 cuch. Sopera colmada en crudo (20 gr)
	1 pocillo de café en cocido (40 gr)		1 pocillo de café en cocido (40 gr)		1 pocillo de café en cocido (40g)		1 pocillo de café en cocido (40 g)		1 pocillo de café en cocido (40 g)
	1 pocillo de café en crudo (70 gr)		1 pocillo de café en crudo (70 gr)		1 pocillo de café en crudo (70g)		1 pocillo de café en crudo (70 g)		1 pocillo de café en crudo (70 gr)
FIDEOS 	½ plato en cocido (120 gr)		½ plato en cocido (120 gr)						
	1 plato en cocido (240 gr)		1 plato en cocido (240 gr)		1 plato en cocido (240 gr)		1 plato en cocido (240 gr)		1 plato en cocido (240 gr)
	2 platos en cocido (480 gr)		2 platos en cocido (480 gr)		2 platos en cocido (480 gr)		2 platos en cocido (480 gr)		2 platos en cocido (480 gr)
ÑOQUIS	½ plato en cocido (100 gr)		½ plato en cocido (100 gr)						
	1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)
	2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)
PASTAS RELLENAS 	16 unidades en cocido (100 gr)		16 unidades en cocido (100 gr)						
	1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)		1 plato en cocido (200 gr)
	2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)		2 platos en cocido (400 gr)
HARINA DE MAIZ 	½ plato en cocido (75gr)		½ plato en cocido (75gr)		½ plato en cocido(75gr)		½ plato en cocido(75gr)		½ plato en cocido (75gr)
	1 plato en cocido (150 gr)		1 plato en cocido (150 gr)		1 plato en cocido (150 gr)		1 plato en cocido (150 gr)		1 plato en cocido (150 gr)
	2 platos en cocido(300 gr)		2 platos en cocido(300 gr)		2 platos en cocido(300 gr)		2 platos en cocido(300 gr)		2 platos en cocido(300 gr)
EMPANADAS-TARTAS 	3 porciones (270 gr)		3 porciones (270 gr)						
	5 porciones (450 gr)		5 porciones (450 gr)		5 porciones (450 gr)		5 porciones (450 gr)		5 porciones (450 gr)
	7 porciones(630 gr)		7 porciones (630 gr)		7 porciones (630 gr)		7 porciones (630 gr)		7 porciones (630 gr)
PIZZA	3 porciones (210gr)		3 porciones (210gr)						
	5 porciones (350 gr)		5 porciones (350 gr)		5 porciones (350 gr)		5 porciones (350 gr)		5 porciones (350 gr)

		8 porciones (540 gr)		8 porciones (540 gr)		8 porciones (540 gr)		8 porciones (540 gr)		8 porciones (540 gr)	
BARRAS DE CEREAL		1 unidad (25 gr)		1 unidad(25 gr)		1 unidad (25 gr)		1 unidad (25 gr)		1 unidad(25 gr)	
		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50 gr)	
		3 unidades (75gr)		3 unidades (75gr)		3 unidades (75g)		3 unidades (75g)		3 unidades (75g)	
COPOS DE CEREAL		2 Cucharadas soperas (30 gr)		2 Cucharadas soperas (30 gr)		2 Cucharadas soperas (30 gr)		2 Cucharadas soperas (30 gr)		2 Cucharadas soperas (30 gr)	
		4 cucharadas soperas (60 gr)									
		6 cucharadas soperas (90 gr)		6 cucharadas soperas (90 gr)		6 cucharadas soperas (90 gr)		6 cucharadas soperas (90 gr)		6 cucharadas soperas (90 gr)	
PAN		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)	
		2 mignones (60 gr)									
		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)	
PAN DE SALVADO		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)		1 mignon (30 gr)	
		2 mignones (60 gr)									
		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)		3 mignones (90 gr)	
PAN LACTAL		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50g)		2 unidades (50g)		2 unidades (50 g)		2 unidades (50 gr)	
		4 unidades (100gr)		4 unidades (100g)							
		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)	
PAN LACTAL SALVADO		2 unidades (50 gr)		2 unidades (50g)		2 unidades (50g)		2 unidades (50g)		2 unidades (50 gr)	
		4 unidades (100gr)		4 unidades (100gr)		4 unidades (100gr)		4 unidades (100gr)		4 unidades (100g)	
		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)		6 unidades (150 gr)	
GALLETITAS Tipo Agua		7 unidades (30 gr)		7 unidades (30g)		7 unidades 30 gr		7 unidades (30g)		7 unidades (30g)	
		14 unidades(60 gr)		14 unidades (60gr)		14 unidades (60 gr)		14 unidades (60 gr)		14 unidades (60 gr)	
		21 unidades (90 gr)		21 unidades (90 gr)		21 unidades (90 gr)		21 unidades (90 gr)		21 unidades (90 gr)	
GALLETITAS DULCES		5 unidades (30 gr)		5 unidades (30 gr)		5 unidades (30 gr)		5 unidades (30 gr)		5 unidades (30 gr)	
		10 unidades (60 gr)		10 unidades 60 gr)		10 unidades (60 gr)		10 unidades (60 gr)		10 unidades (60 gr)	
		15 unidades (90gr)		15 unidades (90 gr)							
AZÚCAR		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)	
		4 cucharadas tipo té (20 g)		4 cucharadas tipo té (20 gr)							
		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)	
MERMELADA COMUN		2 cucharadas tipo té(10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 g)		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)	
		4 cucharadas tipo té(20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)	

Diseño Metodológico

R M E L A D A S		6 cucharadas tipo té		6 cucharadas tipo té (30 gr)							
	MERMELADA DIET 	2 cucharadas tipo té (10 gr)		2 cucharadas tipo té (10 gr)							
		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)		4 cucharadas tipo té (20 gr)	
		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)		6 cucharadas tipo té (30 gr)	
	GASEOSAS CORRIENTES	2 vasos med (200 cc)		2 vasos med (200 cc)							
		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)	
		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)	
	GASEOSAS CORRIENTES LIGH	2 vasos medianos (200 cc)		2 vasos medianos (200 cc)							
		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)	
6 vasos medianos (1200cc)			6 vasos medianos (1200cc)								
JUGOS COMERCIALES	2 vasos medianos (200 cc)		2 vasos medianos (200 cc)		2 vasos medianos (200 cc)		2 vasos medianos (200 cc)		2 vasos medianos (200 cc)		
	4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		4 vasos medianos (400cc)		
	6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		6 vasos medianos (1200cc)		
VINO	1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		
	1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		
CERVEZA	1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		1 vaso chico (150cc)		
	1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		1 vaso mediano (200cc)		
ACEITE	1 cuch sopera (13ml)		1 cuch sopera (13ml)		1 cuch sopera (13ml)		1 cuch sopera (13ml)		1 cuch sopera (13ml)		
	2 cuch sopera (26ML)		2 cuch sopera (26ML)		2 cuch sopera (26ML)		2 cuch sopera (26ML)		2 cuch sopera (26ML)		
	4 cuch sopera (52 ml)		4 cuch sopera (52 ml)		4 cuch sopera (52 ml)		4 cuch sopera (52 ml)		4 cuch sopera (52 ml)		

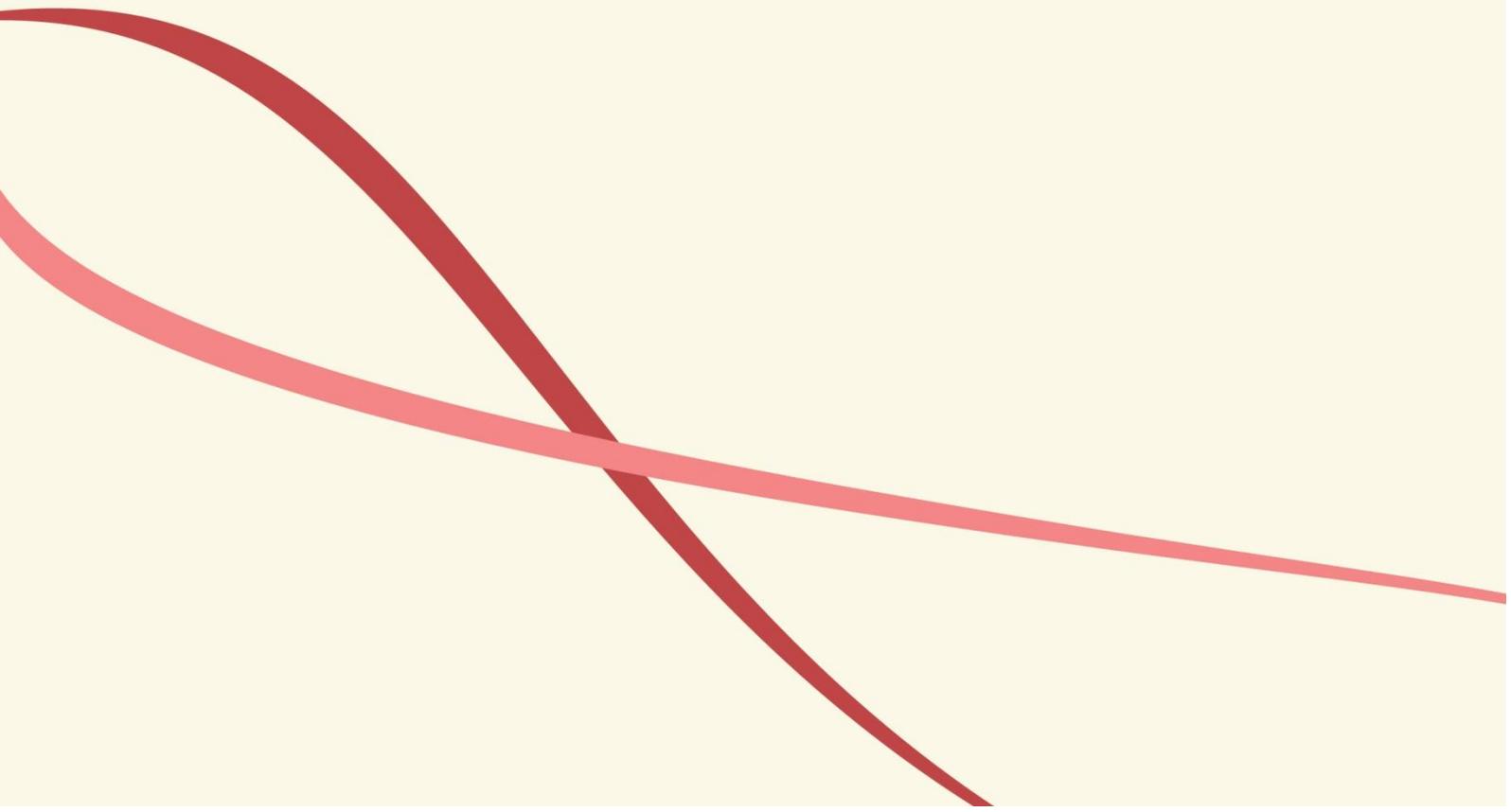
Cuestionario MOS de apoyo social**1. Aproximadamente ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)**

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: ___ y ___

2. Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda, ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

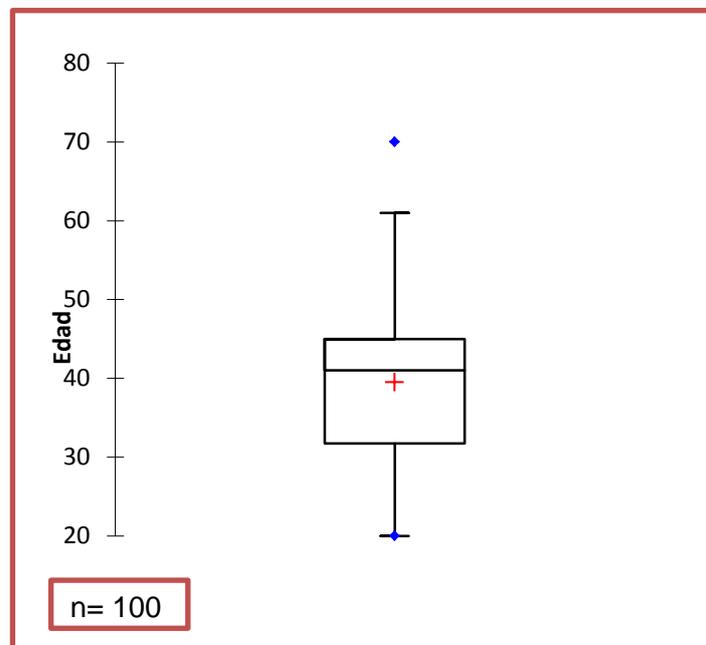
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
Alguien que lo ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien quiera pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que lo abrace	1	2	3	4	5
Alguien que con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida cuando no pueda hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Análisis de Datos



El siguiente análisis refleja los resultados obtenidos mediante una encuesta compuesta por información antropométrica y demográfica, por una frecuencia de consumo y por último por un cuestionario de apoyo social percibido (MOS). Se realiza el estudio a un total de 100 pacientes VIH positivos de ambos sexos que asisten a dos centros de salud de la Ciudad de Mar del Plata con el objetivo de establecer el estado nutricional, identificar las redes sociales de apoyo y analizar la adherencia al tratamiento nutricional de estos pacientes que asisten a una red de personas con VIH/SIDA en Mar del Plata. Con el objetivo de definir las características sociodemográficas de la población encuestada se indaga acerca de la edad, ocupación, sexo y nivel de educación. En el siguiente gráfico podemos observar la distribución de las edades de los encuestados.

Gráfico N° 1 Edades de los encuestados

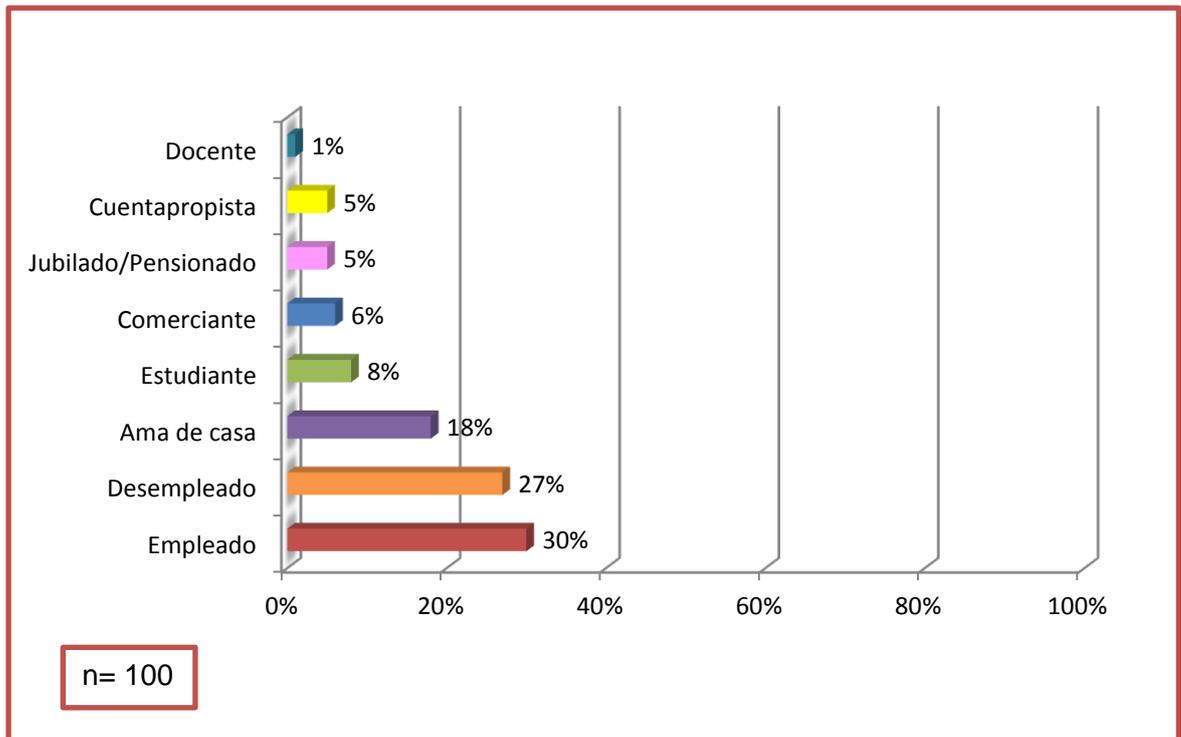


Fuente: Elaboración propia

Al analizar el anterior gráfico podemos evidenciar que las edades de los encuestados oscilan entre 20 y 61 años, registrándose valores atípicos superiores de hasta 70 años. La distribución de las edades es asimétrica, registrándose el 50% central de los valores, entre 31 y 45 años. La edad promedio resulta de 39,5 años

A continuación se presentan los resultados acerca de la ocupación de los participantes de la encuesta.

Gráfico N° 2 Ocupación de los encuestados

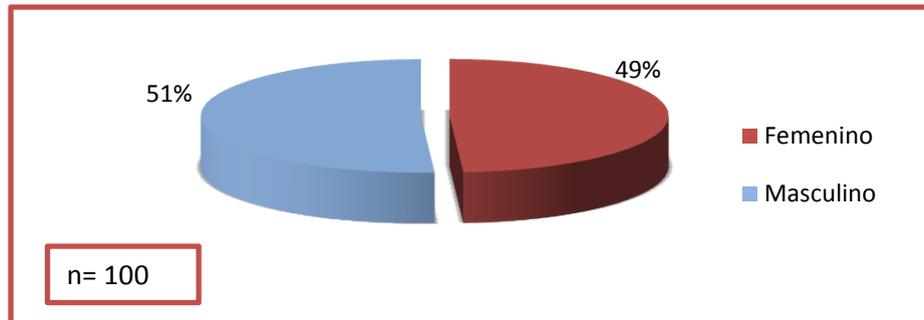


Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico N° 2 podemos observar que el mayor porcentaje, con un 30%, corresponde a los empleados, seguidos por un 27%, que corresponden a los desempleados y en tercer lugar, un 18 %, correspondiente a amas de casa.

En el gráfico a continuación podemos ver los resultados acerca de los porcentajes según el sexo de todos aquellos que participaron de la muestra.

Gráfico N° 3 Sexo de los encuestados

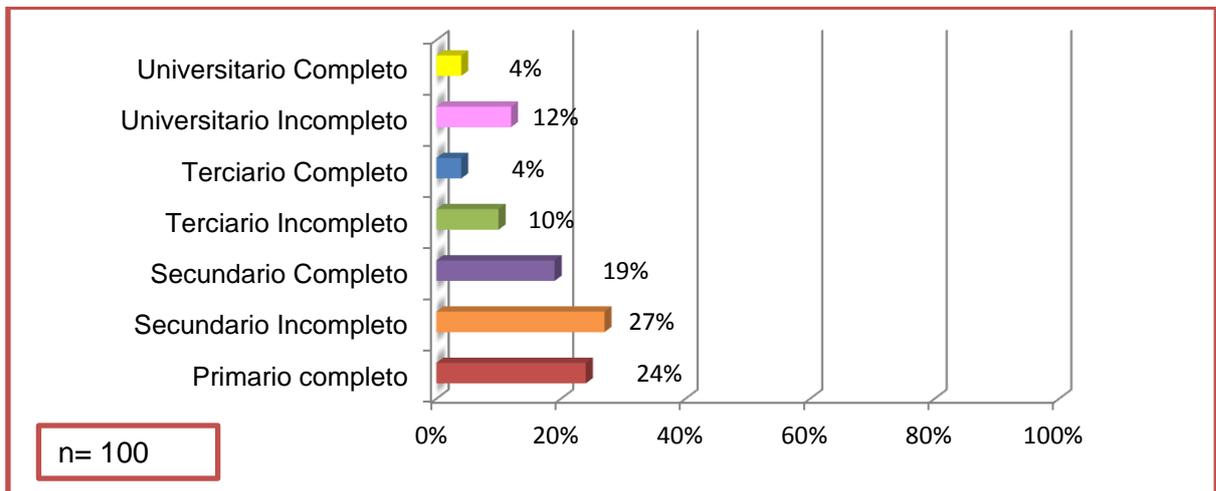


Fuente: Elaboración propia

A partir del anterior gráfico observamos que la muestra está compuesta por similares porcentajes en cuanto al sexo siendo los hombres la mayoría por una mínima diferencia.

Seguidamente se presenta la información correspondiente al nivel educativo alcanzado por los participantes de la encuesta.

Gráfico N° 4 Nivel de educación de los encuestados

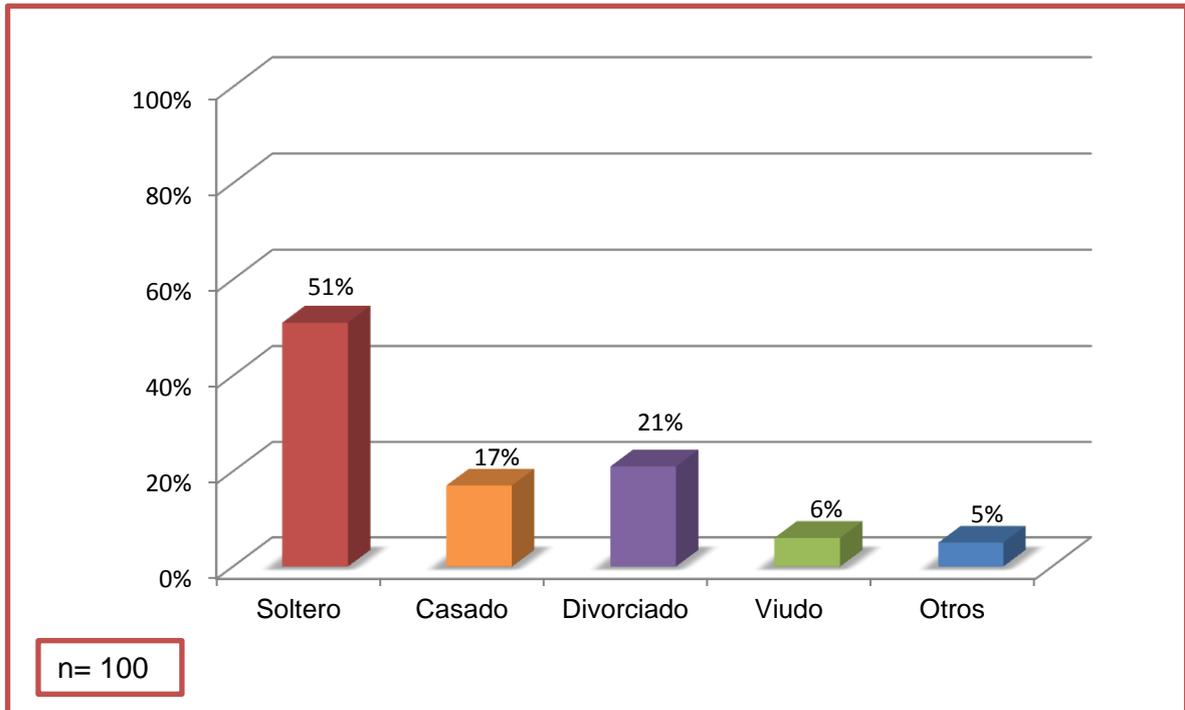


Fuente: Elaboración propia

Respecto al nivel de educación de la muestra encuestada podemos observar que un 27 % cuenta con el secundario incompleto, siendo este grupo el porcentaje más alto, seguido por el primario completo con un 24% y secundario incompleto con un 19%.

A continuación, se indaga sobre el estado civil de los participantes objeto de la encuesta.

Gráfico N° 5 Estado civil de los encuestados

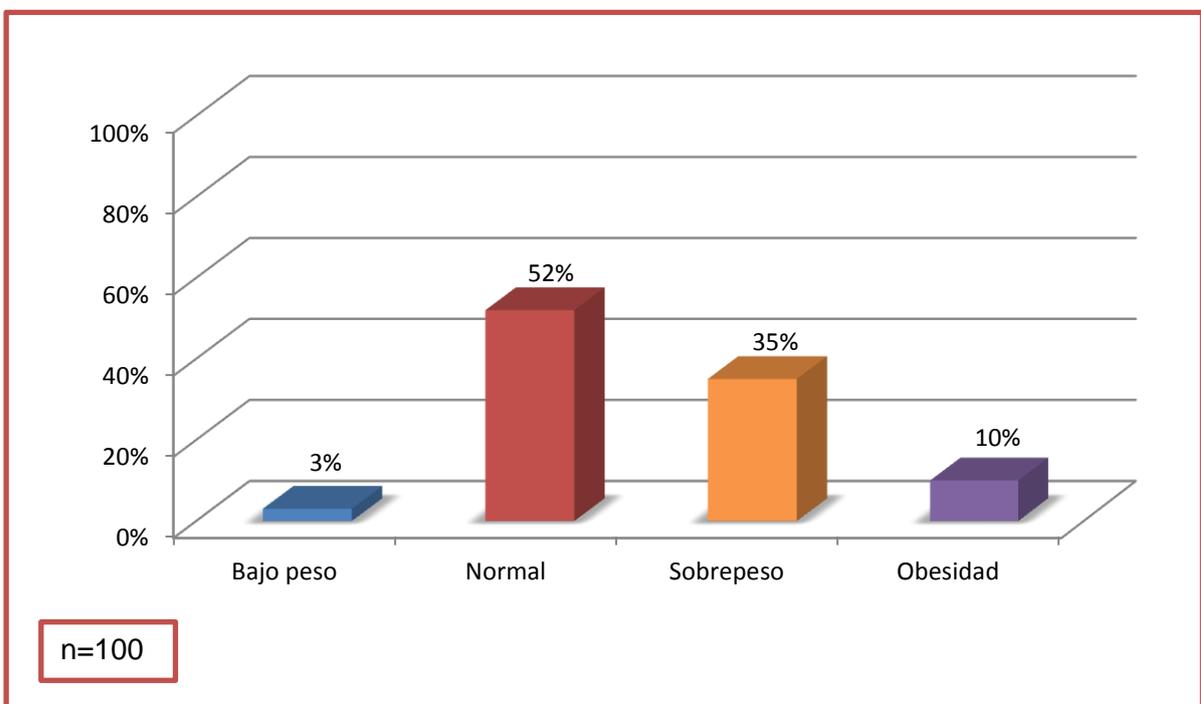


Fuente: Elaboración propia

Una mayoría de los encuestados, representados por un 51% de la muestra, son solteros, seguidos por un 21% de divorciados y un 17% de los encuestados casados.

Con el objetivo de establecer el estado nutricional de los participantes de la presente investigación se indaga acerca de índice de masa corporal (IMC) y el porcentaje de pérdida de peso en los últimos 6 meses. Se toman los datos del peso y la talla actual, necesarios para el cálculo del IMC por medio del cual se evalúa el estado nutricional de la muestra encuestada. En el siguiente gráfico se puede visualizar los resultados obtenidos.

Gráfico N° 6 Estado nutricional de los encuestados

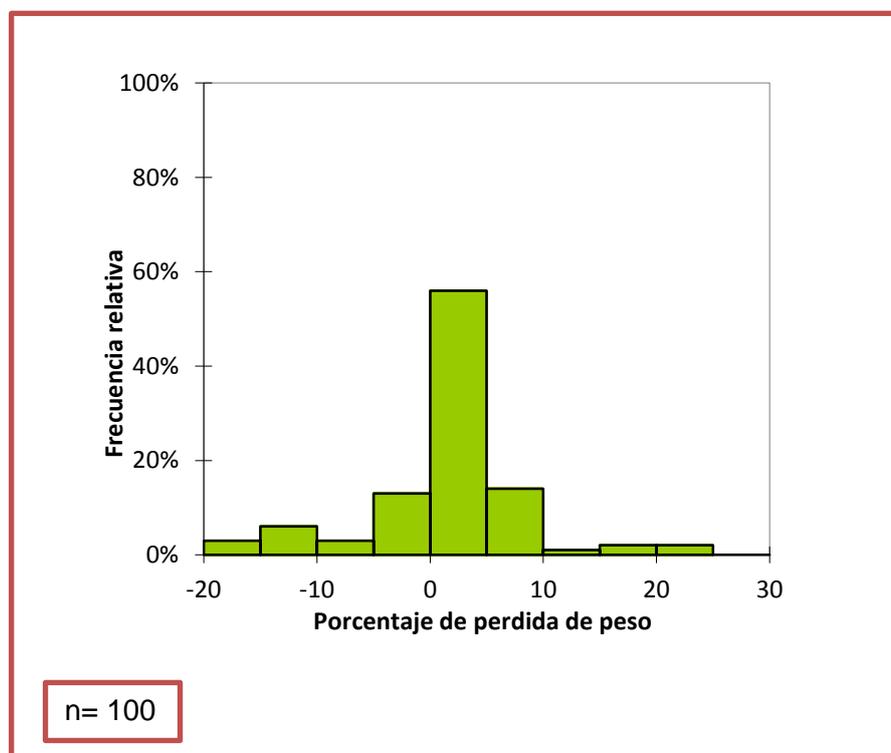


Fuente: Elaboración propia

En el anterior gráfico los resultados muestran que la mayoría de los participantes de las encuestas cuentan con un estado nutricional Normal, representado por un 52% de la muestra, sin embargo es interesante mencionar que un 45% de los pacientes se encuentran con sobrepeso y obesidad, con un 35% y 10% respectivamente.

Con el objetivo de evaluar el porcentaje de pérdida de peso se toma el peso actual y se indaga acerca del peso habitual en los últimos 6 meses, elementos necesarios para calcular el mismo. Los datos obtenidos se deducen de restarle al peso habitual el peso actual, luego dividir el resultado obtenido por el peso habitual y multiplicarlo finalmente por 100 para obtener un valor porcentual. El siguiente gráfico nos muestra los resultados.

Gráfico N° 7 Porcentaje de pérdida de peso

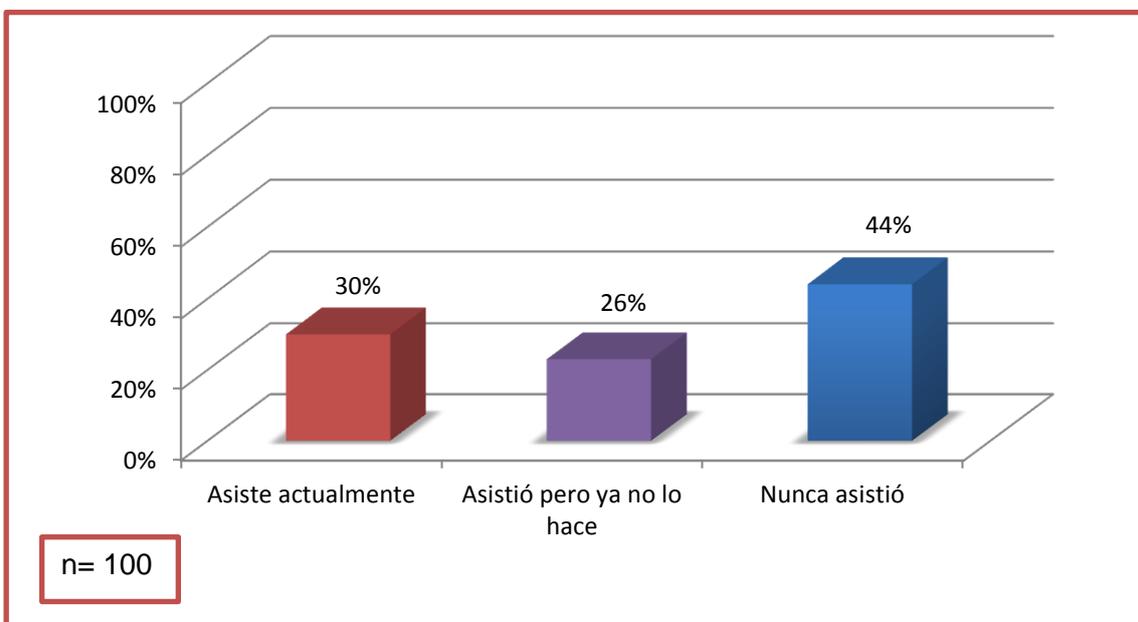


Fuente: Elaboración propia

Podemos visualizar que la mayoría de los encuestados, que corresponden al 56%, perdió entre un 0% y 5% del peso en los últimos 6 meses. El 14% de los encuestados perdieron entre un 5% y 10% en igual proporción de aquellos que ganaron entre un 5% y 10% del peso, quienes aparecen representados en valores negativos de pérdida de peso. Por último es interesante destacar que solo un 5% de los pacientes encuestados tuvieron una pérdida de peso significativa, mayor a un 10% del peso en dicho periodo de tiempo.

Con el objetivo de analizar la adherencia al tratamiento nutricional de los pacientes VIH positivos integrantes de la muestra se indaga acerca de la concurrencia actual y pasada a controles nutricionales. En el caso de los pacientes que actualmente no concurren a los mismos se interroga acerca de las razones por las cuales nunca han realizado un control nutricional y en caso de haber asistido en un tiempo pasado se indagan las razones por las cuales se ha decidido abandonar el mismo. A continuación se presentan los resultados correspondientes a la asistencia actual y pasada a controles nutricionales.

Gráfico N° 8 Asistencia a controles nutricionales de los encuestados

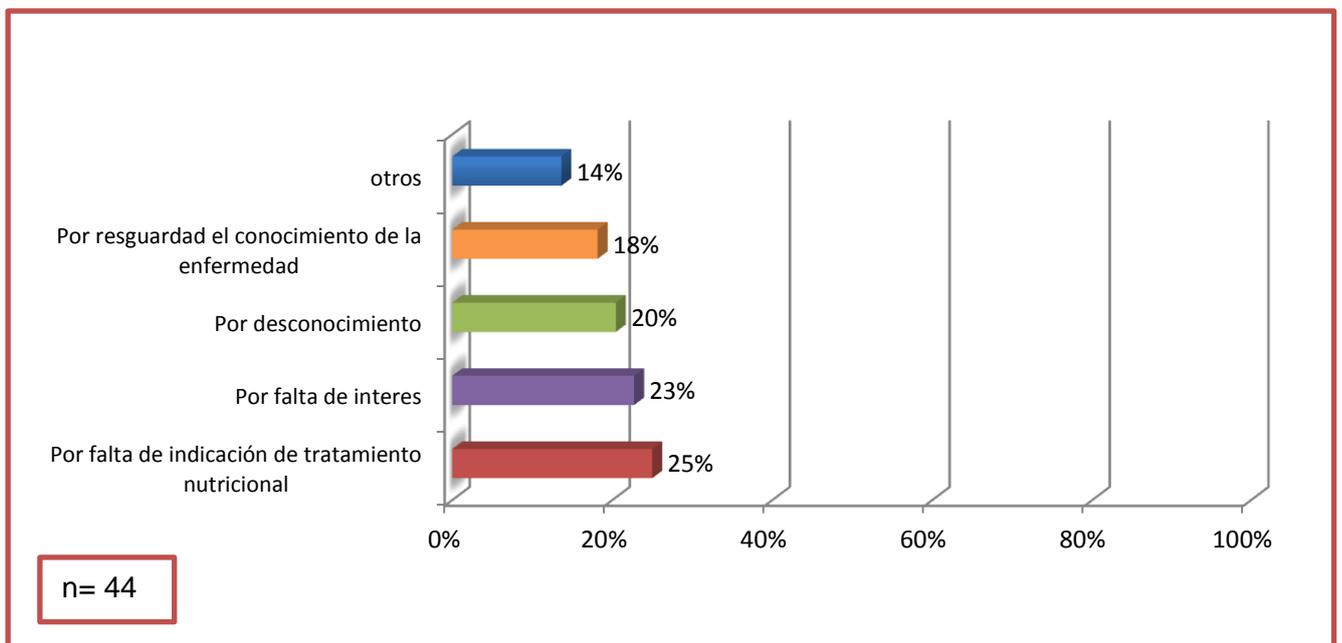


Fuente: Elaboración propia

Al analizar el gráfico anterior podemos observar que el mayor porcentaje de los participantes de la encuesta, representados por un 44% de la misma, nunca ha asistido a un control nutricional. Mientras que un 26% de los pacientes lo ha abandonado y el resto lo continúa actualmente.

En el gráfico a continuación se presentan las razones por las cuales los encuestados nunca han realizado un tratamiento nutricional.

Gráfico Nº 9 Razones por las que nunca se realizó tratamiento nutricional

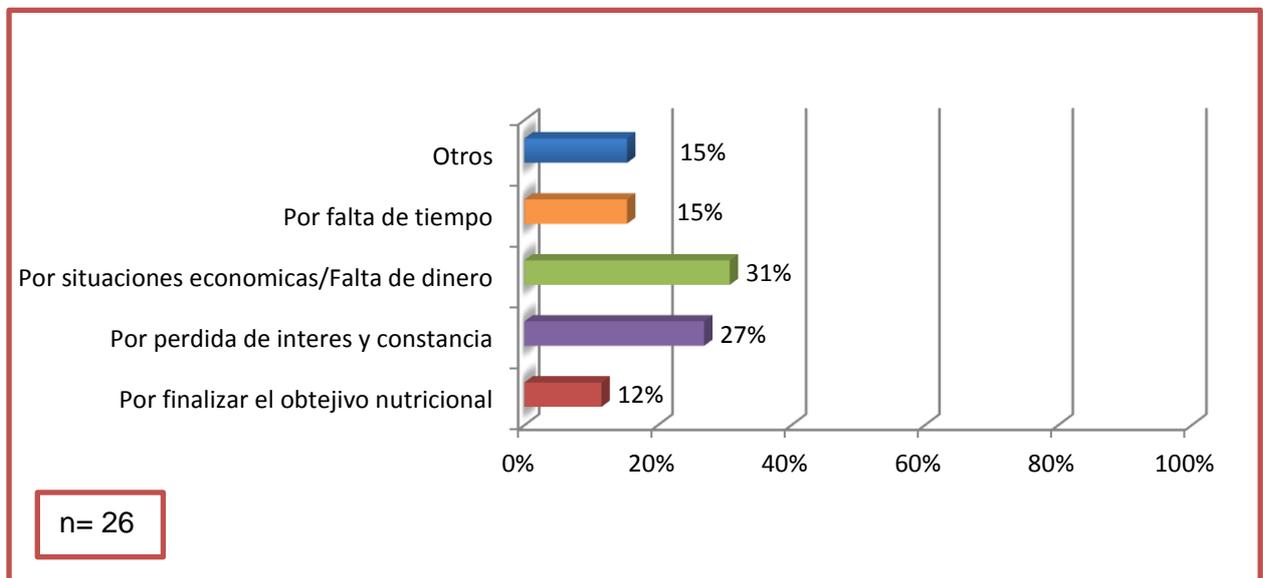


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las razones expresadas por los integrantes de la muestra por las cuales nunca han realizado un tratamiento nutricional con anterioridad podemos observar que el mayor porcentaje, correspondiente a un 25% de la muestra, destaca la falta de indicación de tratamiento nutricional, en segundo lugar se debe a la falta de interés, con un 23%, y por desconocimiento un 20% de la misma.

En el Gráfico n° 10 se detallan las razones por las cuales los pacientes han abandonado el tratamiento nutricional con anterioridad.

Gráfico N° 10 Razones de abandono al tratamiento nutricional

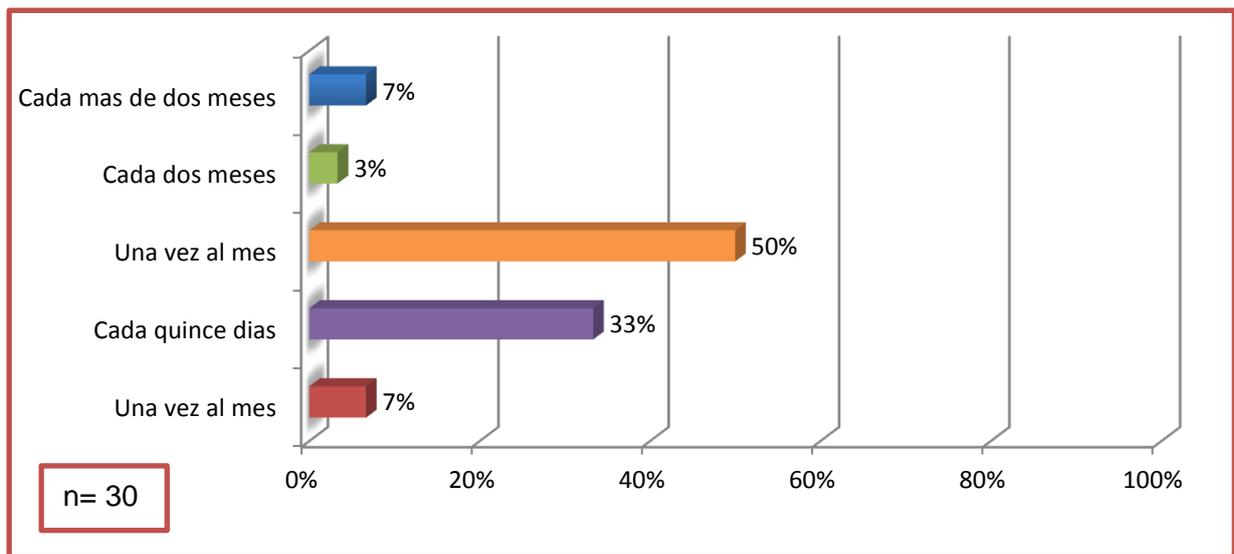


Fuente: Elaboración propia

En el anterior Gráfico los resultados muestran que en un porcentaje mayor, representado por un 31% de la muestra, los pacientes infieren haber abandonado el tratamiento nutricional debido a razones económicas, seguido por con un 27% de los mismos que destacan la pérdida de interés y constancia por continuar el mismo.

A continuación se indaga la frecuencia con la que asisten a los controles nutricionales aquellos pacientes que actualmente se encuentran bajo tratamiento.

Gráfico N° 11 Frecuencia de la asistencia al control nutricional



Fuente: Elaboración propia

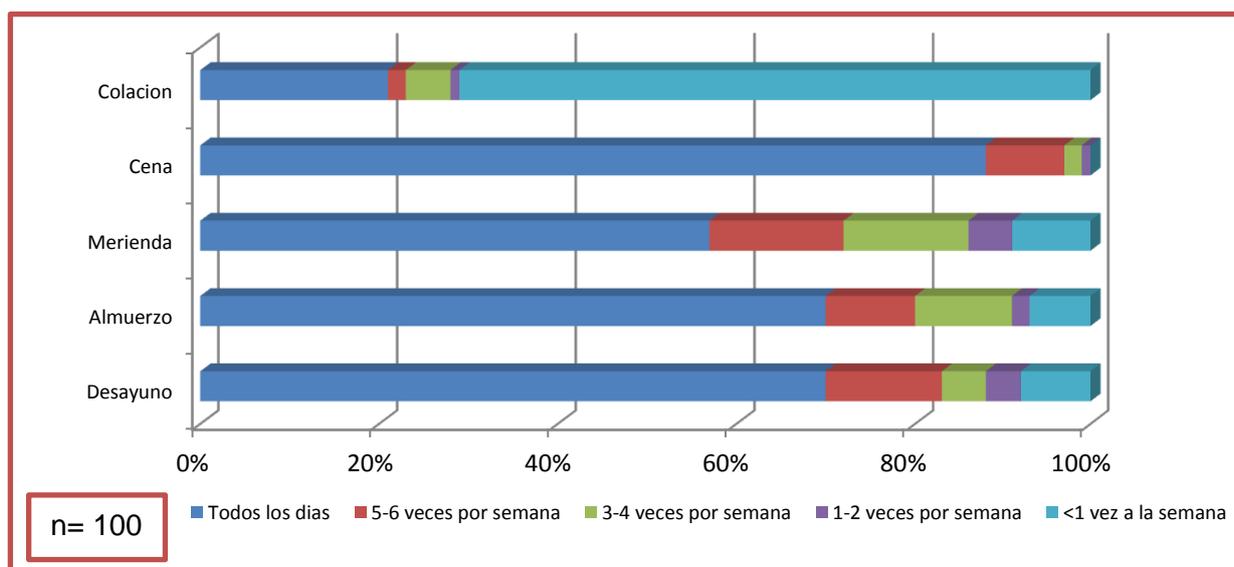
En relación a la frecuencia con la que asisten a los controles nutricionales se observa que el mayor porcentaje de la muestra lo hace una vez al mes, siendo esta un 50% de la misma, seguido por un 33% de los pacientes que asisten una vez cada quince días.

A continuación se indaga la frecuencia con la que los participantes de la encuesta realizan las diferentes comidas diarias, siendo las mismas el desayuno, almuerzo, merienda, cena y colación. En el gráfico siguiente se expresan los resultados.

Tabla Nº 1 Frecuencia en la realización de las diferentes comidas

	Todos los días	5-6 veces por semana	3-4 veces por semana	1-2 veces por semana	<1 vez a la semana
Desayuno	70%	13%	5%	4%	8%
Almuerzo	70%	10%	11%	2%	7%
Merienda	57%	15%	14%	5%	9%
Cena	88%	9%	2%	1%	0%
Colación	21%	2%	5%	1%	71%

Gráfico Nº 12 Frecuencia en la realización de las diferentes comidas

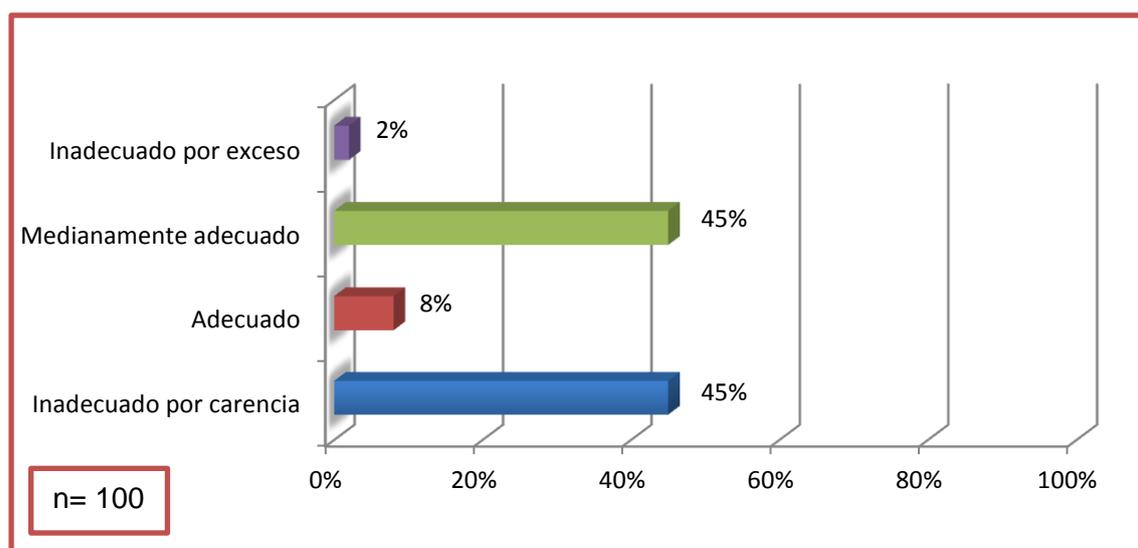


Fuente: Elaboración propia

Al analizar la tabla y el gráfico anterior podemos observar que la mayoría de los integrantes de la muestra desayuna, almuerza, merienda y cena diariamente, siendo la cena la de mayor porcentaje y no registrando respuestas en la categoría menos de una vez por semana. Por su parte la colación tiene una frecuencia mayoritaria en la categoría menos de una vez por semana, seguida de la categoría todos los días con un 21%.

Con el objetivo de analizar la adherencia al tratamiento nutricional se evalúa la ingesta de agua y el consumo de los distintos grupos de alimentos comparándolos con las porciones recomendadas por las Guías Alimentarias Argentinas, siendo este considerado como inadecuado por carencia, adecuado, medianamente adecuado o por último inadecuado por exceso. Con el fin de tomar los datos necesarios para obtener la cantidad por porción de cada alimento consumido por los participantes de la muestra se utiliza una frecuencia de consumo alimentaria compuesta por cada uno de ellos siendo posible optar por la categoría de consumo de todos los días, de 6-5 veces a la semana, 4-3 veces a la semana, de 1-2 veces a la semana y por último menos de una vez por semana. Para evaluar la ingesta de agua se indaga la cantidad de litros que el encuestado bebe por día. Se considera inadecuado por carencia Ingerir menos de un litro de agua por día, adecuado entre 2 y 3 litros por día, medianamente adecuado entre 1 y 2 litros diarios e inadecuado por exceso más de 3 litros por día. A continuación se reflejan los resultados.

Gráfico Nº 13 Frecuencia en la ingesta de agua

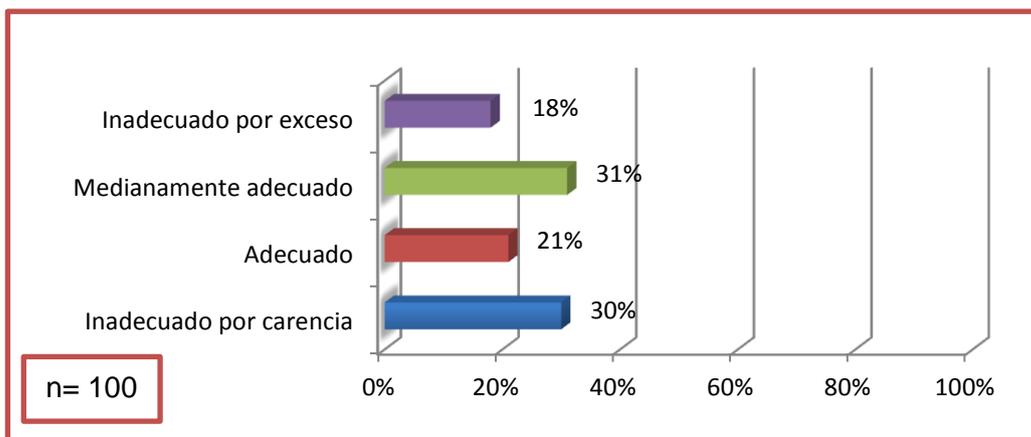


Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que solo un 8% de la población realiza una ingesta de agua adecuada y un 45 % de la misma medianamente adecuada, siendo este el mismo porcentaje de aquellos en que su ingesta es inadecuada por carencia.

En cuanto al consumo de lácteos se considera inadecuado por carencia Ingerir menos de una porción de lácteos por día, adecuado 2 porciones diarias, medianamente adecuado entre 1 y 2 porciones por día e inadecuado por exceso más de 2 porciones diarias. A continuación se reflejan los resultados

Gráfico Nº 14 Frecuencia de consumo de lácteos



Fuente: Elaboración propia

El gráfico anterior muestra que un 21% de los encuestados se adecua a las porciones recomendadas, seguido de un 31% de los mismo que realiza una ingesta medianamente adecuada de lácteos por semana. Es interesante destacar que un 30% de la muestra se encuentra dentro de un consumo de lácteos inadecuado por carencia.

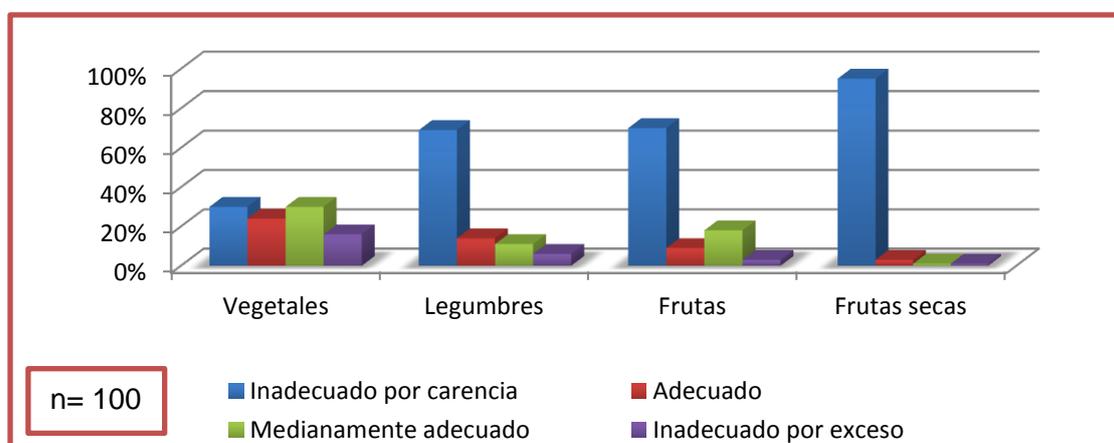
Al analizar la tabla y el gráfico anterior podemos observar que en cuanto al consumo de huevo el mayor porcentaje, con un 31%, corresponde a la adecuación a las recomendaciones al igual que a la inadecuación por exceso, seguido por un consumo inadecuado por exceso y medianamente adecuado, con un 21% y 17% respectivamente. Al analizar la ingesta de carnes rojas se observa un 38% de la muestra que es inadecuado por exceso, siendo este el porcentaje más alto, seguido por un 31% que corresponde a la categoría medianamente adecuado y un 26% a la categoría adecuado. Respecto al consumo de carnes blancas y pescado el mayor porcentaje, representado por un 43% de los encuestados, corresponde a la categoría inadecuado por exceso, seguido por un 26% de los mismos que se adecuan a las recomendaciones y un 17% que realizan un consumo medianamente adecuado, obteniéndose valores inferiores en la categoría inadecuado por carencia. En la tabla y gráfico a continuación podemos ver el consumo de vegetales, legumbres, frutas y frutas secas. En relación a los vegetales y las frutas un consumo menor a una porción diaria es considerado inadecuado por carencia, adecuada si la ingesta es de 2 porciones por día, medianamente adecuada si consume 1 porción diaria e inadecuada por exceso si la frecuencia es mayor a 3 porciones diarias. El consumo de frutas secas se considera inadecuado por carencia si es menor a 2 cucharadas semanales, se adecua si se consumen 4 cucharadas a la semana, es medianamente adecuado si la ingesta es entre 2 y 4 cucharadas semanales y por último inadecuado por exceso si es mayor a 4 cucharadas a la semana. Respecto al consumo de legumbres se considera inadecuado por carencia menos de medio plato a la semana o una cucharadas de 3 a 6 veces a la semana, se adecua si es mismo es de medio plato semanas o una

cucharada sopera de 3 a 6 veces por semana, es medianamente adecuado si se consume una cucharada 1 o 2 veces a la semana e inadecuado por carencia si es menor a una vez a la semana.

Tabla Nº 3 Frecuencia de consumo de Vegetales, legumbres, frutas y frutas secas

	Vegetales	Legumbres	Frutas	Frutas secas
Inadecuado por carencia	30%	69%	70%	95%
Adecuado	24%	14%	9%	3%
Medianamente adecuado	30%	11%	18%	1%
Inadecuado por exceso	16%	6%	3%	1%

Gráfico Nº 16 Frecuencia de consumo de Vegetales, legumbres frutas y frutas secas



Fuente: Elaboración propia

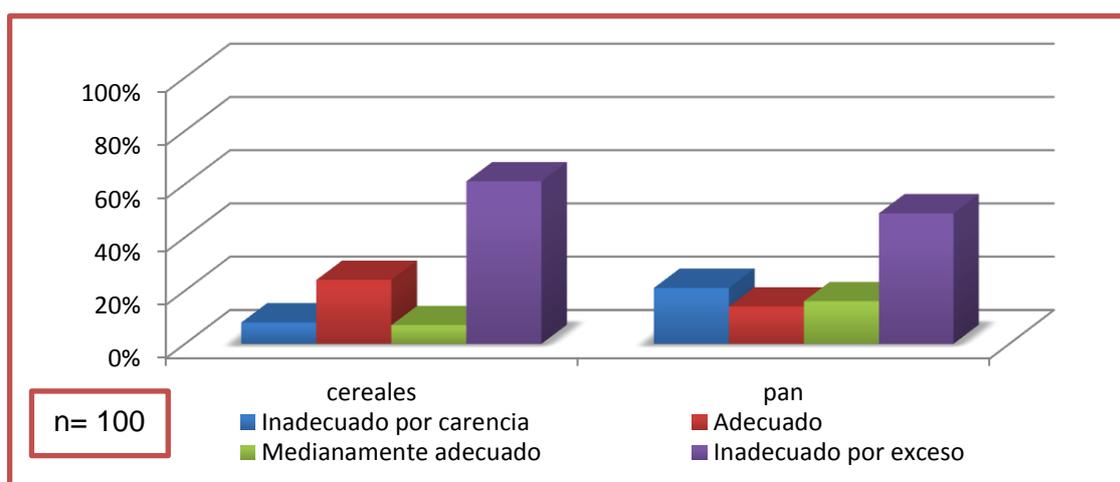
Se observa en la tabla y el gráfico anterior que en relación al consumo de vegetales un 30% de la muestra realiza un consumo medianamente adecuado a las recomendaciones al igual que inadecuado por carencia, seguido por un 24% que se adecua a las mismas, siendo la categoría inadecuado por exceso la que obtuvo el menor valor porcentual. En relación a la ingesta de legumbres la mayoría de la muestra encuestada se inadecua por carencia, representado con un 69% de la misma, seguido por un 14% que se adecua a las recomendaciones y un 11% que lo hace medianamente. En cuanto al consumo de frutas por parte de los encuestados se observa que un 70% de los mismos, siendo esta la mayoría, realiza un consumo inadecuado por carencia seguido por un 17% que se adecua medianamente, siendo interesante destacar que solo un 9% de la muestra encuestada se adecua a las porciones recomendadas. Por último en relación al consumo de frutas secas se observa una frecuencia mayoritaria en la categoría inadecuado por carencia, representado por un 95% de la muestra, obteniéndose en las restantes valores muy inferiores.

A continuación se presentan los resultados en cuanto al consumo de cereales y pan. En cuanto al consumo de cereales es considerado inadecuado por carencia si la ingesta es menor a un cuarto de plato diario, adecuado si se consume medio plato al día, medianamente adecuado si se consume un cuarto de plato diario y por último inadecuado por exceso si es mayor a medio plato por día. Respecto al pan se considera inadecuado por carencia consumir menos de un miñón al día o menos, adecuado 3 miñones diarios, medianamente adecuado si la ingesta es entre 1 o 2 miñones al día e inadecuado por exceso si es más de 3.

Tabla N° 4 Frecuencia de consumo de cereales y pan

	cereales	pan
Inadecuado por carencia	8%	21%
Adecuado	24%	14%
Medianamente adecuado	7%	16%
Inadecuado por exceso	61%	49%

Gráfico N° 17 Frecuencia de consumo de cereales y pan



Fuente: Elaboración propia

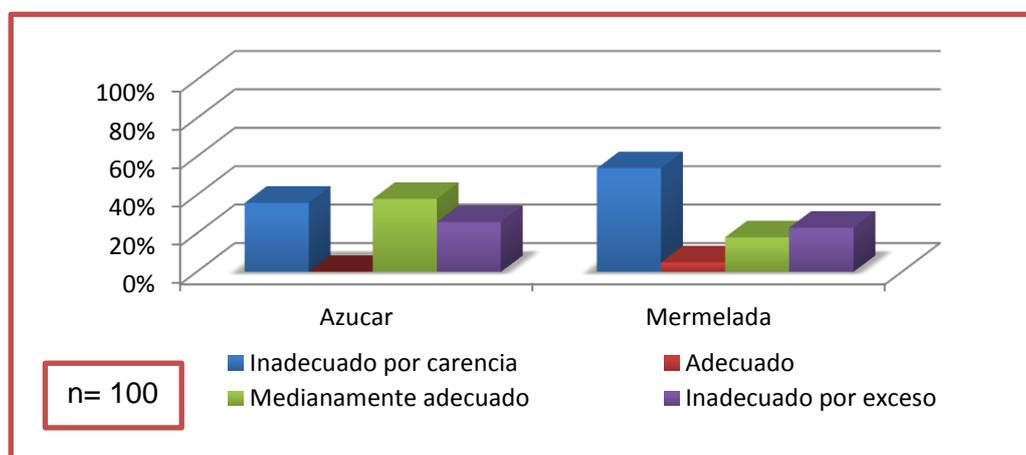
Al observar la tabla N° 4 y el gráfico N° 17 se destaca que la mayoría de los encuestados realizan un consumo de cereales inadecuado por exceso, representado por un 61% de los participantes de la encuesta, seguido por un 24% de la muestra que se adecua a las recomendaciones. En relación al consumo de pan se observa que solo un 14% de la muestra se adecua a las recomendaciones y un 16% lo hace medianamente, es interesante destacar que los porcentajes más altos se encuentran en las categorías inadecuado por exceso e inadecuado por carencia, con un 49% y un 21% respectivamente.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cuanto al consumo de azúcares y dulces. En relación a la adecuación en el consumo de azúcar se considera inadecuado por carencia si es igual o menor a 3 cucharadas de té diarias, adecuado si la ingesta es de 7 cucharadas al día, medianamente adecuado si es entre 6 y 4 cucharadas de té al día y por último inadecuado por exceso si es mayor a 7 cucharadas de té diarias. En el caso del consumo de mermelada diaria es considerado inadecuado por carencia si es igual o menor a 1 cucharada de té, se adecua a las recomendaciones si se consumen 3 cucharadas de té por día, medianamente adecuado si la ingesta diaria es de 2 cucharadas de té y por último es inadecuado por exceso si es mayor a 3 cucharadas de té.

Tabla Nº 5 Frecuencia de consumo de azúcar y mermelada

	Azúcar	Mermelada
Inadecuado por carencia	36%	54%
Adecuado	0%	5%
Medianamente adecuado	38%	18%
Inadecuado por exceso	26%	23%

Gráfico Nº 18 Frecuencia de consumo de azúcar y mermelada

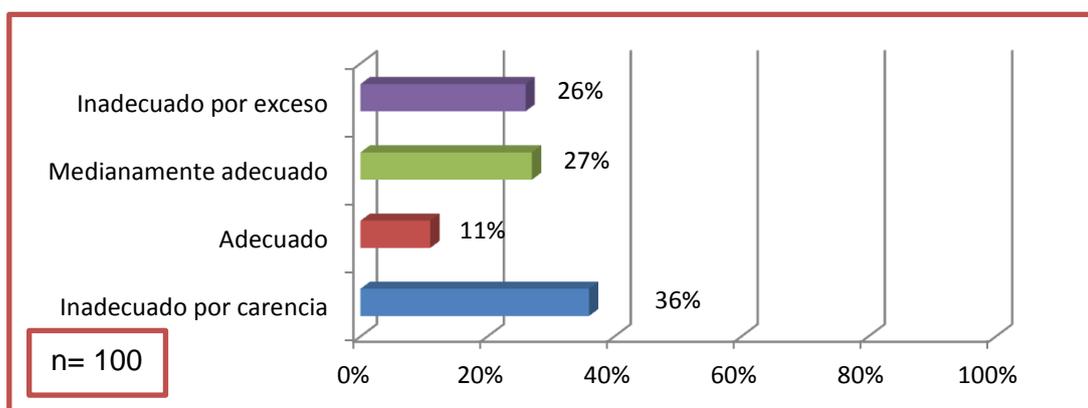


Fuente: Elaboración propia

En la tabla y gráfico anterior es interesante destacar que en relación al consumo de azúcar no se encuentran valores respecto a un consumo adecuado, obteniéndose valores similares entre sí en las categorías restantes. El porcentaje más alto se representa por un 38% en la categoría medianamente adecuado, seguido por un 36% y 26% respecto a la categoría inadecuado por carencia e inadecuado por exceso. En el caso del consumo de mermelada la mayoría de la población encuestada no se adecua a las recomendaciones, el mayor valor es representado por el consumo

inadecuado por carencia, con un 54%, seguido por un 23% que se inadecua por exceso. Obteniéndose valores menores en la categoría medianamente adecuado y adecuado, siendo esta ultima la que obtuvo el menor valor porcentual. En cuanto al consumo recomendado de aceite se considera inadecuado por carencia una ingesta menor a una cucharada sopera al día, adecuado 3 cucharadas soperas diarias, medianamente adecuado entre 2 y 3 cucharadas soperas y por último inadecuado por exceso más de 3. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Gráfico N° 19 Frecuencia de consumo de aceite

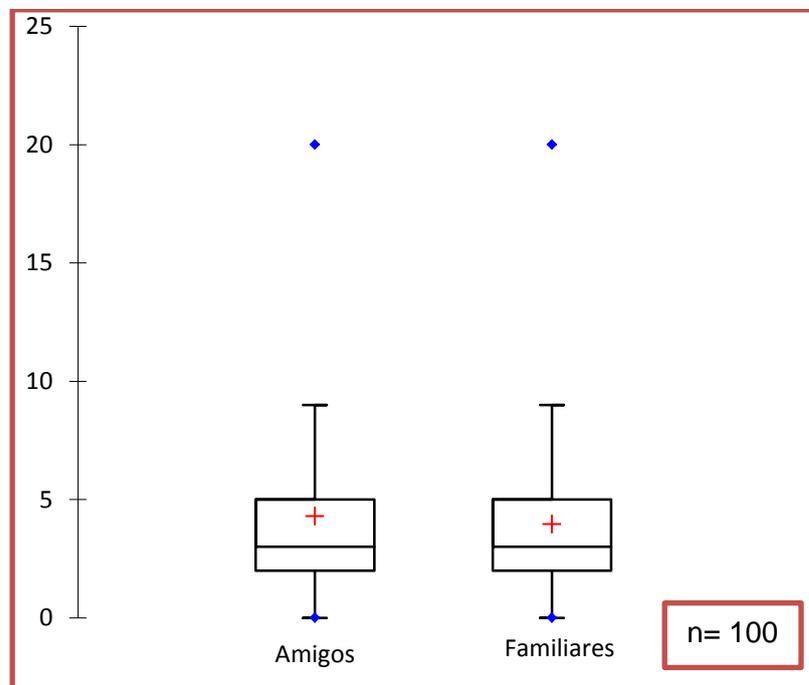


Fuente: Elaboración propia

Al analizar el gráfico anterior podemos destacar que el menor porcentaje obtenido corresponde a la categoría adecuado, con un 11%, siendo la categoría inadecuado por carencia la que obtuvo el mayor porcentaje, representado por un 36% de la muestra, seguido por valores similares entre sí en las categorías inadecuado por exceso y medianamente adecuado, representado por un 26% y 27% respectivamente.

Con el objetivo de identificar las redes de apoyo social de los participantes de la encuesta se utiliza el cuestionario MOS de apoyo social percibido, el mismo está compuesto por 20 items, donde el número 1 hace referencia al apoyo estructural o tamaño de la red social y los 19 restantes al apoyo funcional o percepción del apoyo compuesto por cuatro dimensiones: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. En relación al apoyo estructural o dimensión de la red social se indaga el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tienen los participantes de la muestra. A continuación se presentan los resultados.

Gráfico N° 20 Dimensión de la red social

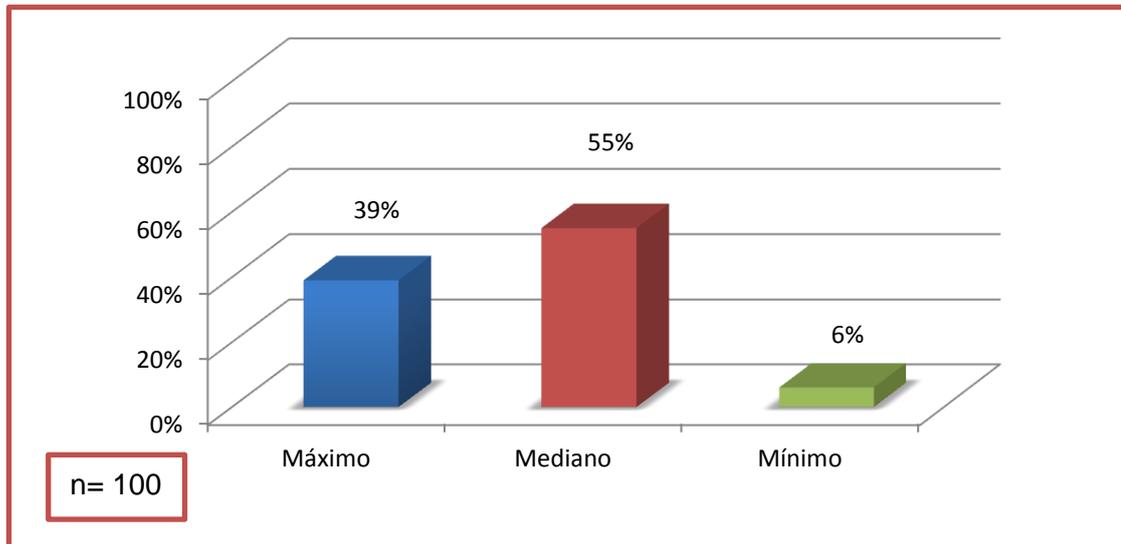


Fuente: Elaboración propia

Al analizar el anterior gráfico podemos evidenciar que el número de amigos y familiares de los encuestados oscilan entre 0 y 9, registrándose valores atípicos superiores de hasta 20 tanto de amigos como de familiares. La distribución es asimétrica positiva, registrándose que el 50% menor es de a lo sumo 3 amigos y familiares. El número promedio de amigos resulta de 4,3, siendo en el caso de los familiares de 3,9.

A continuación se presentan los resultados acerca del índice global de apoyo social. El mismo se calcula sumando los valores de los últimos 19 ítems del cuestionario MOS, siendo este de un valor máximo de 95 puntos, valor medio de 57 puntos y valor mínimo de 19 puntos.

Gráfico Nº 21 Índice global de apoyo social



Fuente: Elaboración propia

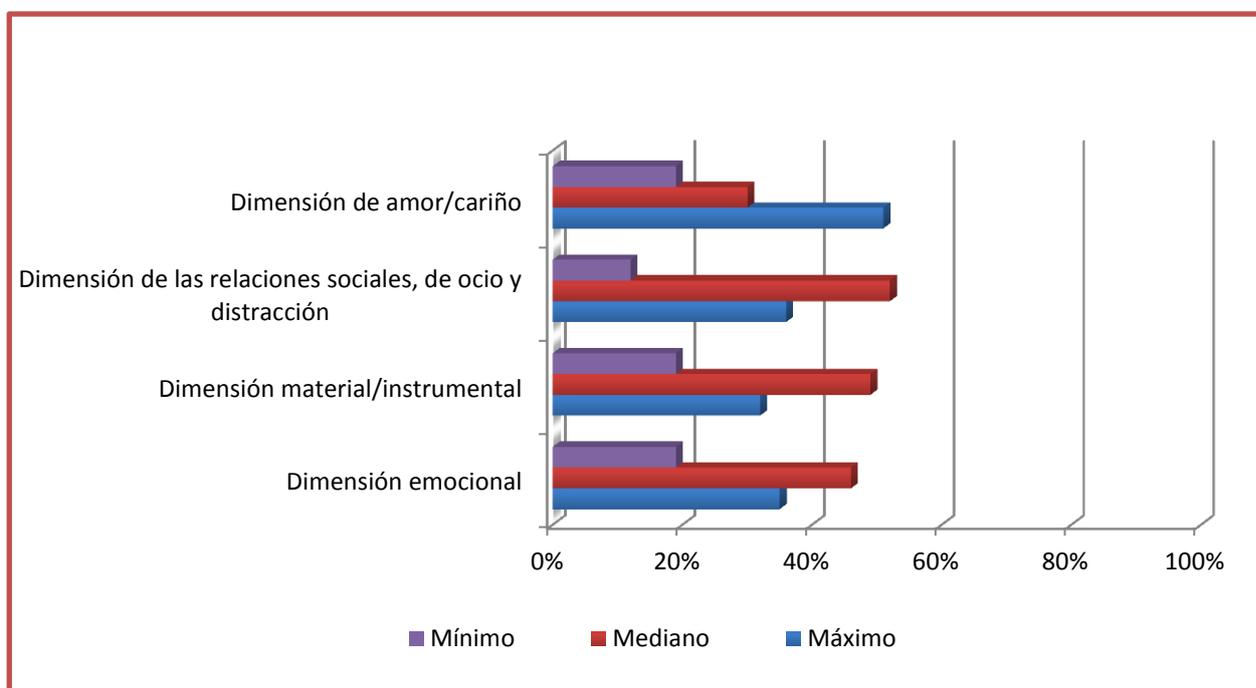
En el gráfico anterior podemos observar que la mayoría de la muestra tiene un índice global de apoyo social mediano, representado por un 55%, seguido por un 39% que cuentan con un valor de índice global máximo, siendo el mínimo la categoría con el valor porcentual más bajo. Con el objetivo de conocer el apoyo social funcional se analizan sus distintas dimensiones por separado. En relación a la dimensión emocional, que hace referencia a la posibilidad de asesoramiento, consejo e información, se considera un valor máximo de 40 puntos, mediano de 24 puntos y mínimo de 8. En cuanto a la dimensión material o instrumental, que refiere a la posibilidad de ayuda doméstica, se considera un valor máximo de 20 puntos, mediano de 12 y mínimo de 4. Respecto a la dimensión de las relaciones sociales, ocio y distracción, haciendo referencia a la capacidad de contar con personas para comunicarse, se consideran los mismos valores que la dimensión anterior y por último en relación de la dimensión de amor y cariño, que

refiere la demostración de amor, cariño y empatía, se considera un valor máximo de 15 puntos, mediano de 9 puntos y mínimo de 3. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

Tabla N° 6 Apoyo social funcional

	Máximo	Mediano	Mínimo
Dimensión emocional	35%	46%	19%
Dimensión material/instrumental	32%	49%	19%
Dimensión de las relaciones sociales, de ocio y distracción	36%	52%	12%
Dimensión de amor/cariño	51%	30%	19%

Gráfico N° 22 Apoyo social funcional

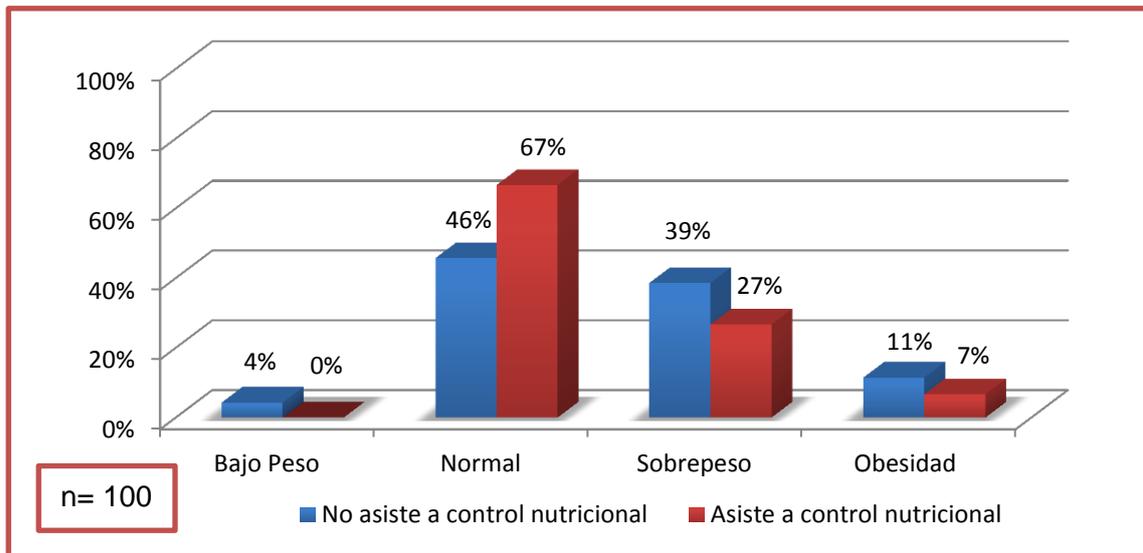


Fuente: Elaboración propia

Respecto a los datos representados en la tabla y gráfico anterior podemos observar que tanto en la dimensión emocional, como en la material y de las relaciones sociales y de ocio el valor más alto se obtuvo en el valor medio, con un 46%, 49% y 52% respectivamente, seguidos por un valor máximo. En relación a la dimensión de amor y cariño se observa que la mayoría de la muestra obtuvo un valor máximo, representado con un 51% de la misma, seguido por un valor medio. Es interesante destacar que un 19% de la muestra obtuvo un valor mínimo en las dimensiones emocional, material y de amor y cariño respectivamente.

A continuación se presentan los resultados obtenidos al analizar la existencia de una relación entre el estado nutricional y la asistencia a controles nutricionales de los pacientes que integran la muestra.

Gráfico N° 23 Relación entre el estado nutricional y asistencia a los controles nutricionales



Fuente: Elaboración propia

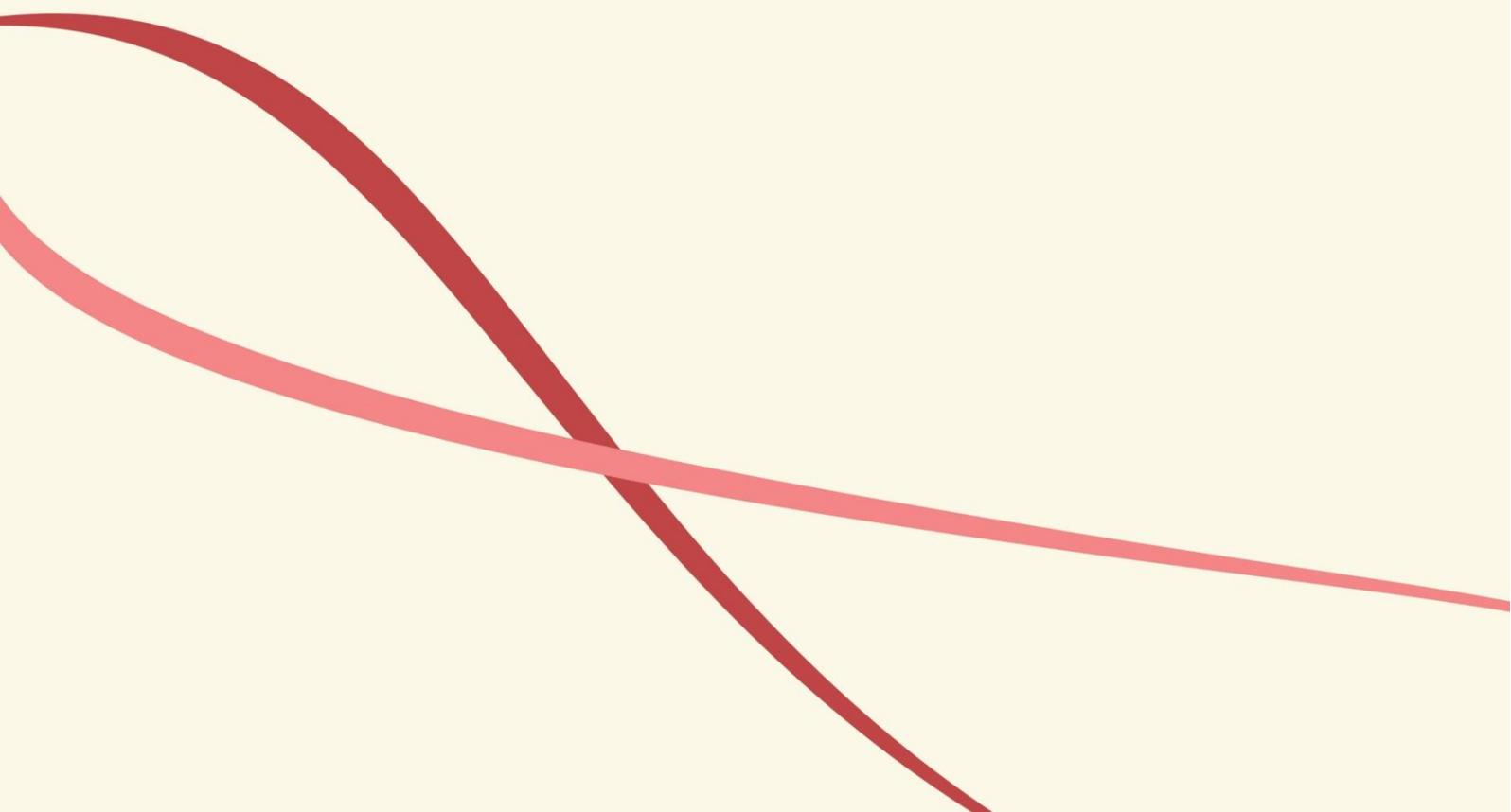
En el gráfico anterior se observa que un 67% de los pacientes que asisten actualmente a controles nutricionales cuenta con un estado nutricional normal, siendo un 34% de los mismos que se encuentran con un exceso de peso, sin observarse valores porcentuales en aquellos con bajo peso. En relación a aquellos que no asisten a controles nutricionales se observa que un 46% de los mismos cuenta con un estado nutricional normal, siendo un porcentaje mayoritario aquellos que presentan un exceso de peso, representado por un 50% de la muestra. Para analizar si existía relación entre asistir o no a los controles nutricionales y el estado nutricional se realizó el test de hipótesis Chi- Cuadrado¹. Como resultado se obtuvo un p-valor de 0,223 que es

¹ La prueba de independencia Chi-cuadrado, nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

superior al nivel de significación, por lo que no existe evidencia para creer que están relacionadas entre sí las mencionadas variables, sino que pudo deberse al azar.

A continuación se buscó determinar si existe relación entre la asistencia a los controles nutricionales y el índice global de apoyo social. Para esto nuevamente se realizó el test de hipótesis Chi-Cuadrado. Como el p-valor obtenido fue mayor que el nivel de significación, no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que implica que no es posible afirmar que exista relación entre las variables anteriormente mencionadas.

Conclusiones



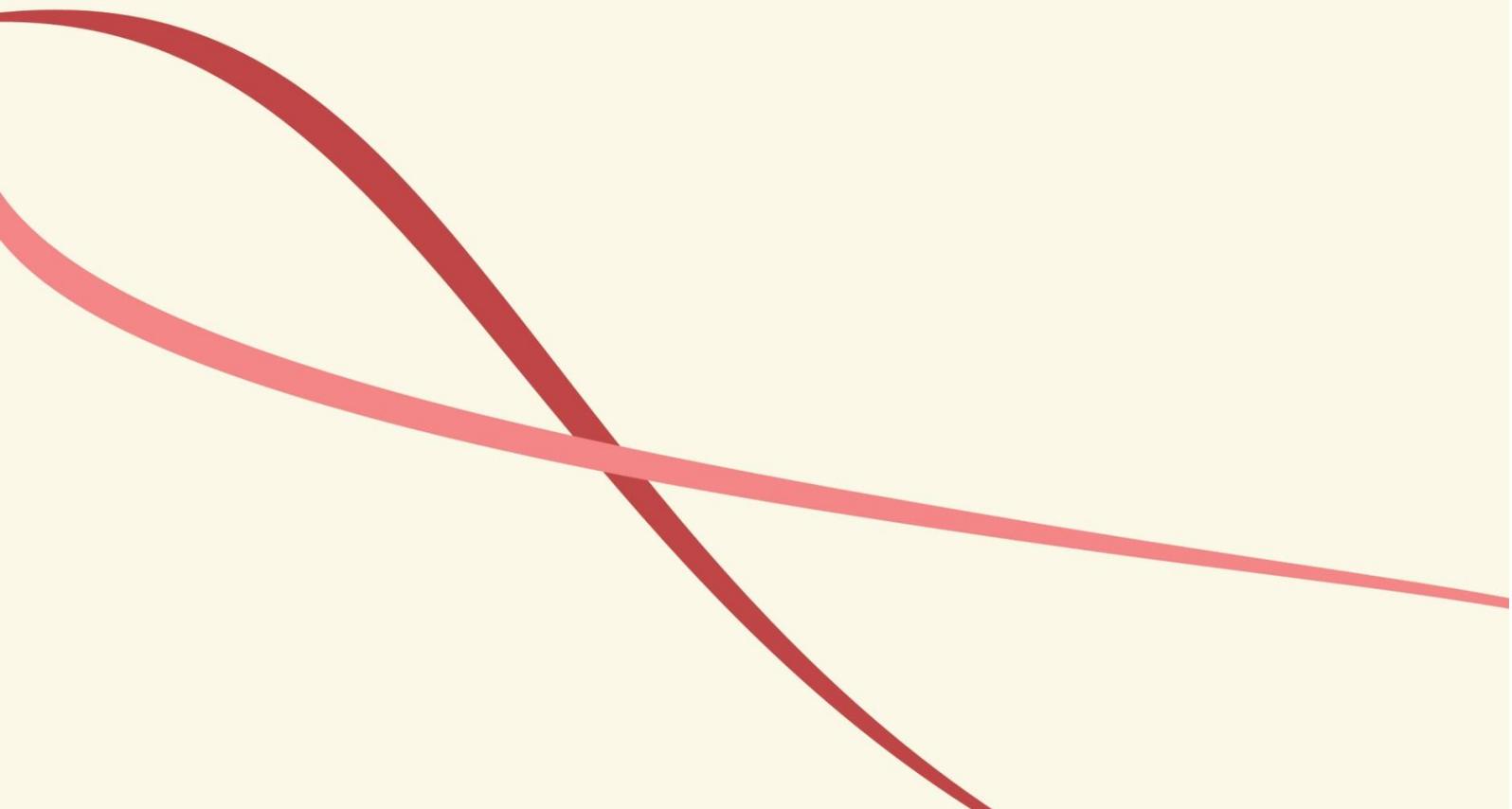
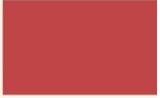
A partir del análisis e interpretación de los resultados se puede concluir que según los objetivos de esta investigación que: Uno de los factores importantes que se analizaron fue la descripción sociodemográfica de la población. Mediante las encuestas se observa que del total de los encuestados un 51% representan al sexo masculino y un 49% al femenino, con una mayoría de ellos con estado civil soltero, representado por un 51%. Se detectó que las edades de los encuestados oscilan entre 20 y 61 años, registrándose el 50% central de los valores, entre 31 y 45 años, el 30% de los encuestados es empleado, seguidos por un 27%, que corresponden a los desempleados y en tercer lugar, un 18 %, correspondiente a amas de casa. En cuanto al nivel de educación alcanzado se observó que en el mayor porcentaje comenzaron el secundario pero lo abandonaron, con un 27%, seguido por aquellos que completaron el primario y secundario, con un 24% y 19% respectivamente. En relación al estado nutricional de los encuestados los resultados mostraron que la mayoría de los participantes de las encuestas cuentan con un estado nutricional Normal, representado por un 52% de la muestra, sin embargo es significativo mencionar que un 45% de los pacientes poseen exceso de peso. En cuanto al porcentaje de pérdida de peso la mayoría de los encuestados, que corresponden al 56%, perdió entre un 0% y 5% del peso en los últimos 6 meses, seguido por el 14% de los encuestados perdieron entre un 5% y 10% en igual proporción de aquellos que ganaron entre un 5% y 10% del peso, quienes aparecen representados en valores negativos de pérdida de peso. Respecto a la adherencia al tratamiento nutricional se observó que el mayor porcentaje de los participantes de la encuesta, representados por un 44% de la misma, nunca ha asistido a un control nutricional principalmente por razones de falta de indicación nutricional, falta de interés y por desconocimiento. Mientras que un 26% de los pacientes lo ha abandonado en gran porcentaje por razones económicas como también pérdida de interés y constancia por continuar el mismo y siendo el resto que lo continúa actualmente en su mayoría con una frecuencia mensual, en un 50% de los encuestados, seguido por aquellos que asisten de manera quincenal en un porcentaje del 33%. Al buscar la existencia de una relación entre el estado nutricional con la asistencia a controles nutricionales se realizó el test de hipótesis Chi- Cuadrado, donde los resultados mostraron un p-valor de 0,223 que es superior al nivel de significación, por lo que no existe evidencia para creer que están relacionadas entre sí las mencionadas variables, sino que pudo deberse al azar. Sin embargo se observó que un 67% de los pacientes que asisten a controles nutricionales actualmente cuentan con un estado nutricional normal, siendo de un 46% en el caso de aquellos que no concurren, en el caso de los pacientes que presentan un exceso de peso, los resultados mostraron un 34% en aquellos que asisten a diferencia de un 50%

representado en aquellos que no concurren a controles actualmente. Se observa que en cuanto a la realización de las distintas comidas diarias que la mayoría de los integrantes de la muestra desayuna, almuerza, merienda y cena diariamente, siendo la cena la de mayor porcentaje y no registrando respuestas en la categoría menos de una vez por semana. Por su parte la colación tiene una frecuencia mayoritaria en la categoría menos de una vez por semana, seguida de la categoría todos los días con un 21%. En relación a la adherencia al tratamiento según el consumo de los diferentes grupos alimentarios los resultados mostraron que en cuanto a la adecuación a las recomendaciones el porcentaje más alto lo representa el consumo de huevo, con un 31% de la muestra, seguido por un 26% en las carnes, un 24% en cereales y vegetales y un 21% de los lácteos, obteniéndose valores menores al 15% en los grupos restantes, siendo interesante destacar que las frutas secas corresponden al alimento que obtuvo el menor valor porcentual. En cuanto a la categoría medianamente adecuado observamos que la ingesta de agua, con un 45%, obtuvo el porcentaje más alto, seguido por el azúcar con un 38%, entre un 20% y un 30% en el consumo de carnes rojas, lácteos, vegetales y aceite y entre un 20% y un 15% en el consumo de frutas, mermelada, huevo, pescado, carnes blancas y pan, siendo las legumbres, cereales y frutas secas los alimentos que obtuvieron los valores más bajos. En relación al consumo inadecuado por carencia se observó un valor muy alto en las frutas secas, con un 95%, destacando que en el caso de la mermelada, legumbres y frutas los valores son mayores a un 50% de la muestra. Finalmente en relación al consumo inadecuado por exceso los cereales representan el grupo más alto, con un 61%, seguido por el pan con un 49%, luego por las carnes y el huevo que obtuvieron valores entre un 43% y 31% y el aceite, azúcar y mermelada entre 26% y 23%, siendo en este caso el consumo de frutas secas el valor más bajo. En cuanto a las redes sociales de apoyo se evaluó el apoyo social estructural y el funcional. Respecto al apoyo social estructural, haciendo referencia al tamaño o dimensión de la red social, se pudo evidenciar que el número de amigos y familiares de los encuestados oscilan entre 0 y 9. La distribución es asimétrica positiva, registrándose que el 50% menor es de a lo sumo 3 amigos y familiares. Con un promedio de amigos de 4,3 y de familiares de 3,9. En relación al apoyo social funcional se analizó el índice global de apoyo social y luego sus cuatro dimensiones por separado: emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo, se observó que la mayoría de la muestra tiene un índice global de apoyo social mediano, representado por un 55%, seguido por un 39% que cuentan con un valor de índice global máximo. Posteriormente se cruzó este índice con la variable de asistencia a los controles nutricionales con el objetivo de evaluar la existencia de una relación entre ambos, nuevamente se utilizó el test de

hipótesis Chi-Cuadrado, como el p-valor obtenido fue mayor que el nivel de significación, no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que implica que no es posible afirmar que exista relación entre las variables anteriormente mencionadas. Respecto a las distintas dimensiones que lo componen el apoyo social funcional se observó que que tanto en la dimensión emocional, como en la material y de las relaciones sociales y de ocio el valor más alto se obtuvo en el valor medio, seguidos por un valor máximo. En relación a la dimensión de amor y cariño se observa que la mayoría de la muestra obtuvo un valor máximo, seguido por un valor medio. Es interesante destacar que un 19% de la muestra obtuvo un valor mínimo en las dimensiones emocional, material y de amor y cariño respectivamente. Al observar que un 45% de los pacientes de la muestra presentan un exceso de peso, y que un 44% no asiste actualmente al nutricionista es interesante destacar la necesidad de reorientar el tratamiento de pacientes que conviven con esta enfermedad, planteando la necesidad de un abordaje interdisciplinario para tratar la patología involucrando no solo aspectos farmacológicos sino también psicológicos y sociales. Como Licenciados en Nutrición y promotores de la salud debemos actuar considerando todos aquellos factores que pueden influir en el VIH/SIDA, haciendo hincapié en la importancia de la alimentación, que se pone de manifiesto en las distintas etapas de la enfermedad, brindando información sobre la manipulación y seguridad alimentaria, educar sobre las necesidades nutricionales y brindar por medio de los alimentos todos los nutrientes necesarios, identificar alteraciones en el estado nutricional y restablecer y mantener el buen estado general analizando todas las comorbilidades asociadas posibles y sus terapias. En las etapas de cuidados paliativos es de gran importancia aliviar los síntomas y brindar apoyo al paciente. Un accionar consiente por parte del Licenciado en Nutrición evita deficiencias nutricionales, ya que una alimentación saludable y equilibrada ayudará a mantener el peso corporal y un buen estado general, a pesar de que una buena nutrición no tiene repercusión en la prevención del VIH ni en la cura del SIDA, sí colabora en retrasar el proceso de desarrollo de la enfermedad debido a que refuerza el sistema inmunitario y potencia los niveles de energía por lo que ayuda al organismo a resistir los efectos de la enfermedad. En cuanto a la relación nutricionista-paciente debemos comprender que trabajamos con personas que tienen miedos, emociones y sentimientos, por lo que se debe hacer hincapié en la participación del profesional en la red social del paciente, siendo éste fuente de información y apoyo a la hora de dudas e inseguridades. Es necesario el tratamiento de la enfermedad desde una mirada más amplia buscando identificar mecanismos psicológicos y sociales que pueden influir en el tratamiento de la misma, generando un vínculo que conlleve a una mayor adherencia terapéutica que facilite la adopción de conductas saludables.

Actualmente han aumentado considerablemente el número de investigaciones sobre el impacto del apoyo social sobre diversos procesos relacionados con la salud y la enfermedad, entendiendo que este suele reportar beneficios para los pacientes VIH positivos generando un mejor grado de adaptación a la enfermedad. En función de los resultados y conclusiones obtenidas en este estudio, se sugieren posibles interrogantes a futuro, como ser, realizar el estudio en otros grupos etéreos, como la adolescencia, plantear la inclusión del Licenciado en Nutrición en los equipos interdisciplinarios que abordan dicha patología, estudiar que otros factores psicológicos interfieren en la adherencia terapéutica y como se manifiesta la influencia de la red social de apoyo en pacientes con otras patologías crónicas.

Bibliografía



- “Adherencia a los tratamientos a largo plazo, Pruebas para la acción”, Organización Mundial de la Salud 2004, Catalogación por la Biblioteca de la OPS, Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C., 2004.
- “Manual de nutrición y VIH”, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Edita la Direcció General de Drogodependències y Sida, Primera edició: Barcelona, febrero de 2004.
- “Recomendaciones de SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA sobre nutrición en el paciente con infección por VIH”, Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid.
- Centro de Estudios sobre Innovación y Dinámicas Educativas, filosofía y construcción de ciudad, “El hombre como ser social y político”. Noviembre 2011
- De Girolami Daniel H, “Fundamentos De Valoración Nutricional Y Composición Corporal”, Editorial El Ateneo Grupo Ilhsa Buenos Aires, año 2003
- De Luis.D. A, Bachiller. P, Izaola.O, Eiros Bouza. J. M, Aller.R, “Estado nutricional de pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, *SciELO, An. Med. Interna* (Madrid) v.18 n.12 Madrid dic. 2001.
- De Orellana HaydeE Rosa, Martínez de Miranda Celina, “Manual Nacional de Nutrición para el manejo de personas viviendo con VIH/SIDA”, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Regulación, Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. San Salvador, El Salvador 2003.
- Fajardo-Rodríguez Alfonso, del Rivero-Vera Carla Mariel Lara, “Intervención Nutricional en VIH/SIDA: una guía práctica para su implementación y seguimiento” *Actualidades Terapéuticas, Gac Méd Méx* Vol. 137 No. 5, 2001.
- Fernández Peña Roser, “Redes sociales, apoyo social y salud”, *Periférica, revista de recerca e investigació en antropologia, Número 3*, Diciembre 2005.
- Hernando Ávila-Toscano José, “Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y calidad de vida”, *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia Y Tecnología* 2(2): 65-73, 2009.
- Herrera, Marta Manual de nutrición y VIH”, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Edita la Direcció General de Drogodependències y Sida, Primera edició: Barcelona, febrero 2004

- J.A. López-Herce, “Alteraciones nutricionales en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)”, *Scielo, An. Med. Interna* (Madrid) v.18 n.12 Madrid dic. 2001.
- Libertad Martín Alfonso, “Aplicación de la Psicología en el proceso de salud y enfermedad”, *Revista Cubana Salud Pública* v.29 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2003.
- Linares.M.E, Bencomo.J.F, Pérez.L.E, Tórréz.O, Barrera.O, “Influencia de la infección por VIH/sida sobre algunos indicadores bioquímicos del estado nutricional”, *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud*, vol. 22, nº2 (2002).
- Lip Cesar y Rocabado Fernando, “Determinantes sociales de salud en Perú”, *Cuaderno de promoción de la salud nº 17*, Lima 2005.
- Llanos Raimundo Abello, Madariaga Orozc Camilo, “Las redes sociales ¿Para qué?”, *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. N°s 2~3: 116-135. 199
- Margulies Susana, Nérida Barber, María Laura Recorder, “VIH-SIDA y adherencia al tratamiento, enfoques y perspectivas”, *Antípoda* nº 3 Julio-Diciembre 2006.
- Marín Martín Jorge, de Alarcón González Arístides y Serrano Aguayo Pilar, “La infección por el VIH: Guía Práctica”, capítulo 18, Pérdida de peso en el paciente VIH, En: Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, N° 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.
- Mehta Rhopa, Beatriz Loredo, Sañudo Ma. Elena, Hernández Jiménez Sergio, Rodríguez Carranza Sandra I., Gómez Pérez Francisco J., Rull Juan A. , Aguilar Salinas Carlos A. “Epidemiología de las anormalidades metabólicas en pacientes con infección por VIH”, *Scielo, Rev Invest Clín* 2004; Vol. 56(2):209-221.
- Morales Rivera Eugenia, Malacara Hernandez Juan Manuel, “Análisis de las redes sociales: Una manera de entender los problemas de salud y alimentación”. *Entretextos; Año 4 Número 11-art02* (Agosto-Noviembre 2012).
- Organización Mundial de la Salud, 59ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 11.3 del orden del día provisional, A59/7, 4 de Mayo de 2006. “Nutrición y VIH/SID, Informe de la Secretaría”
- Rizo Curiel Genoveva, Orozco Mares Imelda, Villaseñor Cabrera Teresita, “Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA”, *Investigación en Salud*, agosto, año/vol. IV, número 002, Universidad de Guadalajara Mexico. Año 2002.

- Solano Ricardo L y Serón S Pamela, Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en la Evidencia, Facultad de Medicina, Universidad de la Frontera, “Diseño de investigación clínica”.
- Toro-Alfonso José, Varas-Díaz Nelson y Núñez Júnior, “Las redes de apoyo social para las personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Del aislamiento a la plena ciudadanía mediante la acción social”, *Revista de Ciencias Sociales* 13. CIS, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias
- Toro-Alfonso, José; Varas-Díaz, Nelson; Núñez, Júnior. Sociales Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. Diciembre. 2004. ISSN 0034-7817.
- Torresani Maria Elena – Somoza Maria Ines, “*Lineamientos para el cuidado nutricional*”, Nueva edición, Editorial Eudeba.
- Trejos Herrera Ana María, Mosquera Vásquez Mario, Tuesca Molina Rafael, Salud, “Niñez afectada con VIH/SIDA: Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social en cinco ciudades colombianas”, *Barranquilla vol.25 no.1* Barranquilla Jan./June 2009.
- Uzcátegui Ever, “La concepción del hombre como un ser social”, Unidad Temática: Aspectos Generales de la Sociedad, Dirigido a Participantes del PNFA-Trujillo (Trayecto III, Proyecto Socio Integrador).
- Varas-Díaz Nelson, Toro-Alfonso José, “La Estigmatización del VIH/SIDA y la Vida Gregaria: Contradicciones en el Desarrollo de Redes de Apoyo de Personas que Viven con VIH/SIDA en Puerto Rico”, Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico.
- Vargas Flores José de Jesús, Edilberta Joselina Ibáñez Reyes y David Jiménez Rodríguez, “Redes Sociales de Apoyo en el proceso de la enfermedad crónica” *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 6 No. 2 junio de 2003.
- Villa Isabel Cristina, Vinancia Stefano, “Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA”, *Psicología y Salud*, enero-junio, año/vol. 16, número 001, Universidad Veracruzana, Xalapa México.
- Vinaccia Alpi Stefano, Fernández Hamilton, Quiceno Japcy Margarita, López Posada Mónica, Otalvaro Cristina, “Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida”, *Terapia Psicológica* 2008, Vol. 26, N° 1,125-132, Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia.

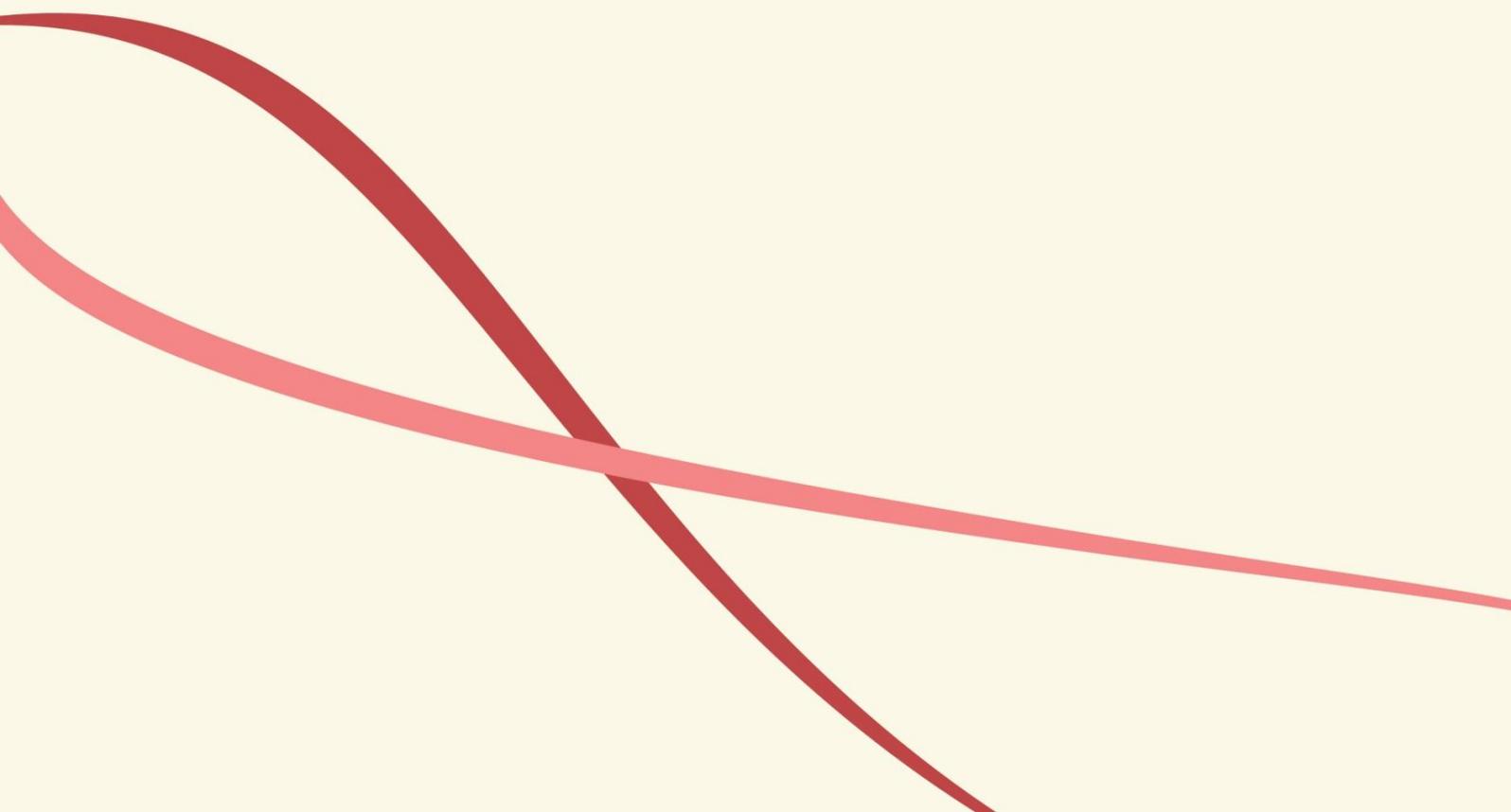
- Waters L, Nelson M, “Conocimientos Actuales sobre la Lipoatrofia Asociada con la Terapia Antirretroviral”. *International Journal of Clinical Practice* 61(6):999-1014, Jun 2007. Laboratorios Bago.

Sitios consultados

- <http://www.adharasevilla.org/index.php/psicologia-y-VIHsida>
- <http://www.amoxcalli.leon.uia.mx/entretextos/numeros/11/entretextos11-art02.pdf>
- http://www.apoyopositivo.org/quienes_somos/. Apoyo Positivo.
- http://www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/24355/1/A59_7-sp.pdf
- <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/infectoweb489.htm>
- <http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/pr/cis/racs/13/redes.pdf>
- <http://www.cdc.gov/>
- http://www.cure4kids.org/private/courses_documents/m_49/c4k_08_manual_nacional.pdf
- http://www.data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
http://www.data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc975-livinginworldaids_es.pdf
- <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2345395>
- <http://www.ever-uzcategui.over-blog.es/article-la-concepcion-del-hombre-como-ser-social-48405028.html>
- <http://www.felgtb.org/rs/506/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/25c/filename/2004-gencat-nutricion-y-vih.pdf>
- <http://www.felgtb.org/rs/506/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/25c/filename/2004-gencat-nutricion-y-vih.pdf>
- <http://www.huesped.org.ar>
- http://www.iberamericana.edu.co/Publicaciones/RevistaIberoPsicologia/R03_ARTICULO7_PSIC.pdf
- <http://www.inspiration.org/salud/sida/historia-del-sida>
- <http://www.istas.net/fitema/ma/ma0304.htm>
- <http://www.jtoro.uprrp.edu/Articulos2/La%20estigmatizacion%20del%20VIH%20SIDA%20y%20la%20vida%20gregaria.pdf>
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm015l.pdf>
- <http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com.ar/2011/05/investigacion-cuantitativa.html>
- <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/boletines-inves-publi/boletin-epidemiologico-2011.pdf>

- http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Recomendaciones_Sobre_Nutricion_en_VIH_nueva.pdf
- http://www.neumosurenfermeria.org/AAA/almeria/textos/adherencia_al_tratamiento.htm
- <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
- <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14240208.pdf>
- <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116106.pdf>
- <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1150/1265>
- http://www.revista-redes.rediris.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_3.pdf
- <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/21695>
- www.rmm.cl/usuarios/.../doc/200901260030210.Antropometria.doc
- <http://www.saei.org/hemero/libros/c18.pdf>
- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext
- http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200001&script=sci_arttext
- http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200002&script=sci_arttext&lng=e
- http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522009000100003&script=sci_arttext
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762004000200011&script=sci_arttext
- http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext
- http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1970/decreto_1260_1970.html
- <http://www.sida-aids.org/nutricion-y-sida/27-nutricion/2-malnutricion-y-vihsida.html>
- <http://www.sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/Conceptos/Conceptos.htm>
- <http://www.uba.ar/extension/salud/index.php>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/index.html>
- http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
- <http://www.es.scribd.com/doc/53077706/9/REDES-DE-APOYO-SOCIAL>

Anexo



Adecuación a las Guías Alimentarias Argentinas – Grado de adherencia al tratamiento

	ADECUADO	MEDIANAMENTE ADECUADO	INADECUADO	
			Inadecuada por carencia	Inadecuada por exceso
	Ingerir entre 2 y 3 lt de agua por día	Ingerir entre 1 y 2 lt por día de agua	Ingerir menos de un litro de agua por día o no ingerir agua	Ingerir más de 3 lt de agua por día
Lácteos	Consumir 2 porciones de lácteos por día	Consumir <2 y > 1 porción de lácteos por día	Consumir <1 porción de lácteos por día o no consumirlos	Consumir > 2 porciones de lácteos por día
Huevo	Consumir 3 huevos por semana	Consumir <3 y >2 huevos por semana	Consumir 1 huevos por semana o menos	Consumir > 3 huevos por semana
c.roja	Consumir 3 porciones de carne roja por semana	Consumir <3 y >1 porciones de carne por semana	Consumir <1 porción de carne por semana	Consumir > 3 porciones de carne roja por semana
c.blanca	Consumir 2 porciones de carnes blancas por semana	Consumir <2 y >1 porciones de carnes blancas por semana	Consumir <1 porciones de carnes blancas por semana	Consumir > 2 porciones de carnes blancas por semana
Pescado	Consumir 2 porciones de pescados y mariscos por semana	Consumir <2 y >1 porciones de pescados y mariscos por semana	Consumir <1 porciones de pescados y mariscos por semana	Consumir >2 porciones de pescados y mariscos por semana
Veg	Consumir 2 porciones de Vegetales por día	Consumir <2 y >1 porciones de Vegetales por día	Consumir <1 porción de vegetales por día o no consumir vegetales	Consumir > 2 porciones de vegetales por día
Leg	Consumir 1 cucharada de legumbres por día (7 cuch/sem)	Consumir una cucharada de legumbres de 3 a 6 veces por semana (e/ 3 y 6 cuch/sem)	Consumir una cucharada de legumbres 2 o menos veces por semana. (2 o menos cuch/sem)	Consumir >1 cucharada de legumbres por día (>7 cuch/sem)
Frutas	Consumir 2 porciones de frutas por día	Consumir <2 y >1 porciones de fruta por día	Consumir <1 porción de frutas por día o no consumir frutas	Consumir > 2 porciones de frutas por día
Frutas secas	Consumir 4 cucharadas soperas de frutas secas x sem (2 CUCH 2 VECES/SEM)	Consumir <4 y >2 cucharadas soperas de frutas secas x sem	Consumir <2 cucharadas soperas de frutas secas x sem	Consumir >4 cucharadas soperas de frutas secas x sem
Cereal	Consumir medio plato de cereales por día	Consumir un cuarto de cereales por día	Consumir menos de un cuarto de cereales por día	Consumir más de medio plato de cereales por día
pan	Consumir 3 miñones de pan por día	Consumir <3 y >2 miñones de pan por día	Consumir 1 o menos miñones de pan por día	Consumir > 3 miñones de pan por día
Azúcar	Consumo de 7 cucharadas de té al ras de azúcar	Consumo de 4 a 6 cucharadas de té al ras de azúcar	Consumir 3 o menos cucharadas de té al ras de azúcar	Consumo de >7 cucharadas de té al ras de azúcar
Merm	Consumo de 3 cucharadas de té al ras de mermelada	Consumo de <3 y > 2 cucharadas de té al ras de mermelada	Consumo de 1 o menos cucharadas de té al ras de mermelada	Consumo de > 3 cucharadas de té al ras de mermelada
Aceite	Consumir 3 cucharadas soperas de aceite por día	Consumir <3 y >2 cucharadas soperas de aceite por día	Consumir 1 cucharada soperas de aceite por día o menos	Consumir > 3 cucharadas soperas de aceite por día