

Universidad del Norte
Santo Tomas de Aquino
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera: Licenciatura en Nutricion



Año
2017

Factores de riesgo participantes en las transgresiones alimentarias de personas con enfermedad celíaca



Autor: Melina Fernanda Estrada
Director: Lic. Andrea Lopez Lampa
Asesor metodológico: Sergio Mejail

2017
Yerba Buena-Tucumán

AGRADECIMIENTOS

Con estas simples líneas deseo expresar mis más profundo y sincero agradecimiento a la Universidad Santo Tomas de Aquino, la cual me abrió sus puertas para formarme profesionalmente, como así también el apoyo brindado por todos los profesores a lo largo de mi camino académico, en especial a la Licenciada Andrea Lopez Lampa por su orientación, motivación y el apoyo recibido en este trabajo y a lo largo de mi carrera.

Especial reconocimiento por el interés en mi trabajo y las sugerencias recibidas por la Doctora Olga Graiff y la Licenciada Adriana Elias, con las que me encuentro en deuda por el ánimo infundido, la confianza depositada en mí, el acompañamiento, seguimiento y supervisión continua en este importante momento.

También quiero agradecer a la Doctora Marisa De Francesco a quien tengo la suerte de tener en mi familia, siempre acompañandome y alentandome con mi carrera.

Quisiera hacer extensiva mi gratitud a la Asistencia al Celíaco de la Argentina ACELA, la cual me permitió la realización de mi trabajo para poder finalizar mi carrera.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico primeramente a Dios, ya que gracias a Él e logrado concluir mi carrera.

A mis amados padres Susana y Ramón quienes con esfuerzo me dieron una profesión y con sus palabras de aliento no me dejaban decaer en los momentos difíciles para que siguiera adelante y siempre sea perseverante para cumplir con mis sueños.

Con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Pablo Esteban Paz Barboza, por su sacrificio para ayudarme a finalizar mi carrera, pensando siempre en un futuro mejor para nosotros y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me estuvo brindando su comprensión, cariño y amor.

A la personita que me cambio la vida, mi hijo Máximo, que es la fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada dia más y asi poder luchar paraque la vida nos depare un futuro mejor.

FRASE

***“Que la comida sea tu alimento y
el alimento tu medicina”.***

Hipócrates

INDICE

Resumen	7
Introducción	8
Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación	
1.1 Justificación del estudio	11
1.2 Interrogantes de investigación	13
1.3 Objetivos de investigación	13
1.4 antecedentes de investigación	13
Capítulo 2: Marco Teórico Conceptual	
2.1 Enfermedad celíaca	19
2.2 Epidemiología	19
2.3 Etiología	20
2.4 Clínica	20
2.5 Diagnóstico	21
2.6 Tratamiento	22
2.7 Dieta libre de prolaminas tóxicas	23
2.8 Selección de alimentos	25
2.9 Factores que afectan en el cumplimiento de la dieta	27
2.10 Transgresiones alimentarias	27
2.11 Control clínico y nutricional	31
2.12 Hábitos alimentarios	31
2.13 Factores de riesgo que determinan los hábitos alimentarios	32
Capítulo 3: Materiales y Métodos	
3.1 Tipo de estudio	38
3.2 Hipótesis de investigación	38
3.3 Variables	39
3.4 Tipo de diseño	40
3.5 Población y Muestra	40
3.6 Criterios de exclusión	40
3.7 Presentación de instrumentos	41
3.8 Plan de análisis de datos	41
Capítulo 4: Resultados	42
Capítulo 5: conclusión, discusión y proyecciones	48
Bibliografía	53
Anexo 1: Validación del cuestionario de factores de riesgo para transgresiones alimentarias	57
Anexo 2: Consentimiento informado	64
Anexo 3: Instrumento de recolección de datos	65

GLOSARIO

EC: Enfermedad Celíaca

TA: Transgresión Alimentaria

FTA: Factor de Transgresión Alimentaria

FRTS: Factor de Riesgo de Transgresión Social

FRTI: Factor de Riesgo de Transgresión Individual

FRTD: Factor de Riesgo de Transgresión Dietético

TACC: Trigo, Avena, Centeno, Cebada

ACELA: Asistencia al Celíaco de la Argentina

ACA: Asociación celíaca Argentina

RESÚMEN

Introducción: En la enfermedad celíaca, las transgresiones alimentarias (TA) representan un factor de riesgo para quienes la padecen. **Objetivos:1)** Analizar los factores de riesgo presentes que llevan a TA en enfermos celíacos,**2)** Determinar factores de riesgo que llevan a una TA en la población estudiada,**3)** Conocer tipo de factor predominante en riesgo de TA,**4)** Conocer asociación entre tipo de riesgo de TA con sexo, edad y antigüedad con la enfermedad y **5)** Conocer si esta población considera como factor protector al apoyo profesional e institucional. Diseño no experimental, transversal, descriptivo, correlacional. Población: celíacos ≥ 20 años que concurrieron a ACELA, ene-jun 2016 en S.M. de Tucumán. Se aplicó encuesta de 34 preguntas repartidas en 3 secciones según factores sociales, individuales y dietéticos, fue respondida de forma voluntaria. Para el análisis de datos se aplicaron técnicas de estadística descriptiva, a través de tablas y gráficos. La encuesta se validó (alpha de CronBach, análisis factorial), se aplicó test "t" y el test chi-cuadrado. Programas utilizados: Excel 2013, SPSS22. **Resultado y conclusión:** Grupos etarios con mayor predominio 20 a 30 años, con edad promedio de 41 ± 13 a. Sin diferencias significativas en edad de detección de enfermedad, entre los sexos (test "t", $p=0,481$; $p=0,36$). En promedio tenían 7 años de antigüedad con celiacía. El 75% y el 65% de celíacos, refirieron que a veces podían recibir ayuda o consultar dudas referentes a su enfermedad. Se observó riesgo medio en un 78%,68% y 93% para FRTS, FRTI y FRTD respectivamente, un 20% y 22% de los celíacos presentó un riesgo alto para FRTI Y FRTS respectivamente. Este trabajo da la oportunidad de conocer acerca de las dificultades de padecer esta enfermedad especialmente en la dimensión social e individual, las cuales llevarían a transgredir la dieta sin gluten.

INTRODUCCIÓN

En el ser humano los modos de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias en los primeros años de vida (Torresani, 2010).

La celiaquía es una enfermedad caracterizada por una intolerancia a una proteína que forma parte de algunos cereales y sus derivados (trigo, avena, centeno, cebada –TACC-), que daña el revestimiento del intestino delgado e impide la absorción de ciertos nutrientes importantes para permanecer saludables (Torresani, 2010).

Esta intolerancia requiere del cumplimiento de un plan alimentario libre de TACC donde es importante la educación y transmisión de pautas alimentarias que permitan adquirir conocimientos nutricionales para prevenir precozmente síntomas y enfermedades relacionadas con prácticas alimentarias alteradas (Torresani, 2010). La mala absorción de nutrientes calórico-proteicos, vitaminas, minerales y oligoelementos, puede producir diarrea crónica, desnutrición, dolor abdominal, anemia, trastornos dérmicos y un número de afecciones en diferentes sistemas corporales (Torresani, 2010).

En este sentido, se destaca la importancia no solo del diagnóstico precoz, sino también de la dieta exenta de TACC +para prevenir complicaciones y controlar la sintomatología (asociación celiaca argentina, 2011).

Es posible advertir diferencias en el cuadro clínico, desde pacientes con síntomas clásicos hasta pacientes totalmente asintomáticos. A su vez, la enfermedad se comporta diferente a lo largo de la vida de un mismo individuo. Por otra parte, es posible que, a lo largo del tratamiento, surjan dudas que necesitan respuestas: que comer, que no comer, donde comprar, como preparar, que hacer fuera de casa, como compartir con los demás, porque si y por qué no (Asociación Celiaca Argentina, 2011).

Por todo lo mencionado es que los celíacos se ven muchas veces en problemas a la hora de alimentarse sin tener que transgredir su dieta, ya sea de forma voluntaria o involuntaria. Entendiéndose por

transgresión al quebrantamiento de una prescripción, ley, norma o costumbre; Cuando nos referimos a una transgresión alimentaria (TA) hablamos del quebrantamiento de una prescripción médica, en el caso de pacientes celíacos, al quebrantamiento de la dieta prescrita (Diccionario de la lengua española: Real Academia Española).

Estas trasgresiones pueden llevar a la agudización de los síntomas y comprometer la situación nutricional. En este sentido, este trabajo se propuso conocer los factores que participan en las transgresiones alimentarias de personas con enfermedad celíaca con edades comprendidas entre 20 o más años de San Miguel de Tucumán, 2016.

Para ayudar a la comunidad celíaca se promulgó la ley (26.588) en el (2009) regula cuestiones importantes que tienen incidencia directa sobre las personas que padecen esta enfermedad: atención médica, investigación clínica y epidemiológica, capacitación profesional en el diagnóstico precoz, su difusión y acceso a los alimentos libres de gluten.

También existe una modificación en el año (2015) que refiere a las obras sociales y sus deberes con los afiliados que padecen de esta enfermedad. Estableció además las instituciones y establecimientos que se enumeran a continuación los cuales deben ofrecer al menos una opción de alimentos o un menú libre de gluten (sin TACC), estos son: a) Los lugares destinados a personas en situación de privación de la libertad; b) Establecimientos sanitarios con internación pertenecientes al sector público, privado y de la seguridad social; c) Los lugares de residencia y/o convivencia temporal o permanente que ofrezcan alimentos; d) Los comedores y kioscos de instituciones de enseñanza; e) Las empresas de transporte aéreo, terrestre y acuático que ofrezcan servicio de alimentos a bordo; f) Los restaurantes y bares; g) Los kioscos y concesionarios de alimentos de las terminales y los paradores de transporte; h) Los locales de comida rápida; i) Los que determine la autoridad de aplicación en coordinación con las jurisdicciones de conformidad con la disponibilidad de los ya establecidos en el presente artículo.

Capítulo 1: Planteamiento del problema de investigación

1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1-1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las personas con enfermedad celíaca se encuentran en un cambio total de vida y de hábitos alimentarios, en donde su adecuación al plan nutricional va a presentar diferencias según aspectos de la vida cotidiana del sujeto, tales como su contexto familiar, su entorno social, su actividad laboral, sus hábitos alimentarios, entre otros diversos factores con los que conviven estos individuos.

Las trasgresiones alimentarias en personas con enfermedad celíaca se han relacionado en otros trabajos con distintos factores sociales, dietéticos e individuales y su ocurrencia puede comprometer en diferente medida la salud de las personas.

En cuanto a los aspectos sociales, estos pacientes refieren encontrarse desorientados al principio del diagnóstico, ya que cuesta adaptarse a la dieta que deben llevar. Hay un cambio total en la vida de estas personas y de todo su entorno (Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010). Por lo cual hacen mucha referencia de sentirse excluidos en distintas situaciones sobre todo en el ámbito social, ya que deben participar de eventos con amigos, de estudio, trabajo, familiares, etc. Resultándole muy difícil no transgredir su dieta (Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010).

Otro de los factores más comentados por estos pacientes, los cuales los llevan a las transgresiones alimentarias son los dietéticos, refiriendo lo difícil que es la disponibilidad de alimentos, el aprendizaje y hábito de la lectura del rotulado de productos. También es complicado el aprendizaje sobre la elaboración de las recetas para cada comida que desean y el costo de los alimentos es muy importante a la hora de realizar la dieta (Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010).

A la hora de salir a comer afuera se ven muy desanimados deben elegir lugares donde tengan variedad como restaurantes los cuales suelen elevar el costo de su salida y si es una salida con amigos los cuales se reúnen en bares es muy complicado ya que estos lugares no se hayan preparados para servir una comida que ellos puedan ingerir (Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010).

También es muy importante analizar lo individual, lo que sienten y como se sienten con esta enfermedad. No desean incorporar nuevos grupos de amigos, su mesa familiar cambio desde que saben que son celíacos, se sienten excluidos de los grupos sociales, les preocupa que su enfermedad le traiga otros problemas de salud, son personas que sienten soledad y depresión, les molesta enfrentar nuevos grupos de personas y tener que explicar porque no pueden comer lo que comen todos(Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010).

Todo esto sumado a que en muchos lugares de atención en salud no estan debidamente formada para poder ayudar a los pacientes celíacos, refieren que la fuente mas importante para el aprendizaje sobre su dieta y la preparación de sus comidas es su nutricionista, si es que tienen la suerte de tener uno ya que muchos asisten a lugares de atención primaria en salud y estos muchas veces no cuentan con este profesional(Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010 Abriendo Puertas:conociendo a un paciente celiaco).

Es por esto que es importante plantear estrategias para identificar aquellas situaciones que podrían contribuir a la presencia de las trasgresiones alimentarias, de manera de ayudar a la población afectada con esta patología,a transitarla con una mejor calidad de vida, dado que su único tratamiento es dietoterápico(Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010 Abriendo Puertas:conociendo a un paciente celiaco).

En este sentido, este estudio es importante y tiene relevancia social,ya sus resultados serán un aporte que contribuirá al abordaje del paciente celíaco, a que busque reducir las trasngresiones alimentarias y mejorar su calidad de vida.

En este estudio se encontraron más antecedentes internacionales referidos al tema en estudio, que nacionales por lo cual es importante la realización de este proyecto en Argentina-provincia de Tucumán. En todos los antecedentes encontrados no existen trabajos relacionados solo a las transgresiones alimentarias en celíacos y a que podrían deberse, por este motivo es conveniente realizar este proyecto, para poder conocer cual o cuales son los factores que llevan a los pacientes celíacos a transgredir su dieta.

Los nutricionistas deben tener una posición activa frente al abordaje de esta enfermedad, y así poder tratar de manera interdisciplinaria al paciente celíaco, ya que no solo se trata de preparar al paciente para saber sobre su enfermedad y como alimentarse (que comer, que no comer, como preparar sus comidas, donde conseguir sus alimentos, que es la contaminación cruzada y como evitarla etc.) sino también son pacientes que necesitan de un acompañamiento psicológico, que los ayude a aceptar su enfermedad, y como sobrellevar situaciones que antes eran placenteras, como comer fuera de casa con amigos, en reuniones familiares y cualquier evento social en el que participaban, y desde que fueron diagnosticados como celíacos no lo perciben de la misma manera, si no que ven estas situaciones como un problema.

1.2 INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

En personas celíacas:

- Los factores sociales, individuales y dietéticos ¿son factores de riesgo de TA?
- ¿Que factor de riesgo de TA predomina?
- ¿El sexo, edad y la antigüedad en el diagnóstico se relacionan con la presencia de TA?

1.3 OBJETIVOS

General:

Analizar los factores de riesgo presentes que pueden llevar a una TA en personas con enfermedad celíaca.

Específicos:

- 1.1 Determinar los factores de riesgo para TA presentes en la población bajo estudio.
- 1.2 Conocer el tipo de factor que predomina en el riesgo de TA.
- 1.3 Conocer Asociación entre tipo de riesgo de TA con: sexo, edad y antigüedad de la enfermedad.

1.4 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a los antecedentes internacionales relacionados con este proyecto de tesis, se puede mencionar el estudio realizado en España, titulado *Abriendo puertas: conociendo a un celíaco*. Los autores (Ferre Rovira & Latorre Fernandez, 2010) se propusieron Conocer cómo afecta el seguimiento de la dieta sin gluten en la vida cotidiana del celíaco para mejorar su calidad de vida. Hicieron Entrevistas abiertas semiestructuradas al paciente celíaco y a su entorno más cercano (madre y amigos), así como al enfermero y al trabajador social de su Centro de Salud. Encontraron que el seguimiento de la dieta sin gluten afecta tanto a la dimensión personal, familiar, social y económica de la persona celíaca.

Este antecedente fue considerado importante para este trabajo ya que el tratamiento se centra, únicamente, en tomar una dieta libre de gluten de por vida. Teniendo en cuenta que el trigo es el cereal de consumo mayoritario en países occidentales, adherirse a esta dieta puede ser realmente difícil.

En otro antecedente se puede mencionar el estudio realizado en la Habana cuba, titulado *Importancia de los aspectos psicosociales en la enfermedad celíaca*. Los autores (Trini Fragoso Arbelo, Tamara Díaz Lorenzo, Elvira Pérez Ramos, Rebeca Milán Pavón y Ernesto Luaces Fragoso 2012) se propusieron en su estudio cualitativo proporcionar información y orientación, así como mejorar el conocimiento y la asimilación de la enfermedad en sus distintas fases y en los diferentes ámbitos (personal, familiar, social, entre otros). Servirá para apoyar psicológicamente a los afectados y familiares. Organizaron actividades de convivencia que propiciaron la relación y foros de encuentros que permitieron un intercambio de experiencias y conocimientos entre los asociados, tanto niños, como jóvenes, como adultos (fiestas infantiles, campamentos de verano, reuniones, asambleas). Este trabajo fue

considerado importante ya que enfatizar sobre los aspectos psicosociales que influyen en el tratamiento y trazar pautas generales acerca del manejo integral de los pacientes afectados, es de gran importancia para el cumplimiento de la dieta sin gluten.

En otro antecedente se puede mencionar el trabajo llevado a cabo en Argentina, titulado Análisis de aceptabilidad, aspectos culturales e impacto personal del diagnóstico. Los autores (Eduardo Cueto Rua, Luciana Guzmán, Cecilia Zubiri, Gabriela Inés Nanfito, María Inés Urrutia, Leopoldo Mancinelli 2013) se propusieron saber quiénes y cómo eran los que concurrían a las distintas asociaciones y para ello se averiguó sexo, edad, instrucción, cantidad de celíacos en el hogar, y años que llevaban haciendo la dieta, el nivel de cumplimiento, con qué cuadro clínico habían iniciado el tratamiento, que cosas le fastidiaban de la vida cotidiana, cuáles eran sus deseos frente a esta singular dolencia, sus fantasías y su expectativa real.

Hicieron encuestas de “Aceptabilidad de la condición celíaca” donde puntualizó la incidencia de los distintos reclamos de la comunidad escuchados en las reuniones previas en las que participaron invitados como expertos. Este trabajo fue considerado importante ya que en las encuestas se vio que las palabras utilizadas por el médico y la instrucción del paciente no juega un rol importante en tiempo que asume aceptar la celiaquía y que las palabras utilizadas por el médico impactan de un modo en el adulto celíaco de otro modo en la madre del niño celíaco, y que estas palabras favorecen las sensaciones en los grupos de autoayuda, pero entorpecen la aceptación.

En otro antecedente relacionado con el proyecto de tesis, se puede mencionar el estudio realizado en Universidad de Zaragoza, España, titulado Revisión actualizada de la enfermedad celiaca. Autocuidado en el enfermo celíaco. Los autores (Beatriz Gallego Llera, Ana Caballero Navarro, Manuel Bueno-Lozano, Teresa Jiménez Bernadó 2014), se propusieron evidenciar el impacto de la enfermedad celíaca, la percepción de la salud en la esfera emocional en personas diagnosticadas y la mejoría al seguir una dieta adecuada. Hicieron un estudio observacional, transversal, retrospectivo en pacientes con enfermedad

celíaca mediante la administración de cuestionarios de CVRS, SF-36 y Goldberg. Encontraron que la enfermedad celíaca afecta negativamente a la calidad de vida, pudiendo definir la percepción del estado de salud como regular. Ésta percepción afecta a esferas tan importantes como la emocional.

En otro de los antecedentes relacionados con este proyecto de tesis, realizado en España Barcelona, titulado Claroscuros en la enfermedad celíaca. Los autores (F. Casellas Jordá y J. R. Malagelada Benaprés2013), se propusieron ver los aspectos especialmente relevantes de la enfermedad celíaca la diversidad de su expresión clínica, ya que el diagnóstico "enfermedad celíaca" puede referirse tanto a un individuo asintomático cuya intolerancia al gluten se diagnostica por cribado serológico, como a un paciente con clínica celíaca clásica que presenta diarrea, malabsorción, malnutrición y otras anomalías manifiestas. Evidentemente se trata de situaciones muy distintas que, probablemente, requieren un manejo diferente. Hicieron el cribado serológico y la obtención de biopsias duodenales ha incrementado la demanda de pruebas para detectar enfermedad celíaca.

Encontraron una baja tasa de positividades de los anticuerpos antiendomiso y la falta de relación entre los mismos y los síntomas. Hay experiencias publicadas que apuntan que la enfermedad celiaca diagnosticada por cribado serológico tiene menor repercusión sobre la salud de los pacientes que cuando es diagnosticada por la existencia de síntomas. Es imperativo matizar el diagnóstico de enfermedad celiaca y ponderar sensatamente la evidencia clínica y de laboratorio antes de recomendar una dieta sin gluten.

En otro antecedente con relación en este proyecto de tesis, realizado en la ciudad de Esperanza Santa Fe Argentina, titulado Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, hábitos y dificultades para el seguimiento de la dieta sin gluten en adultos celíacos de la ciudad de Esperanza. Los autores (Aarón Castellanos Facultad de Bioquímica y Cs. Biológicas, Ciudad Universitaria) se propusieron evaluar las dimensiones: hábitos de consumo de alimentos, dificultades para el seguimiento de la dieta, bienestar físico, emocional y social, y la adherencia al tratamiento. Se

realizó un estudio Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en 19 adultos celíacos diagnosticados con biopsia duodenal de la ciudad de Esperanza en el año 2011, a través de un cuestionario auto administrado en donde se evaluaron las dimensiones: hábitos de consumo de alimentos, dificultades para el seguimiento de la dieta, bienestar físico, emocional y social, y la adherencia al tratamiento. De este estudio se concluyó que la población estudiada presentó un deterioro de la CVRS. Sin embargo, los celíacos que siguieron una dieta sin gluten con “adherencia buena” (13 encuestados) tuvieron mejor evaluación de todos los dominios estudiados y finalmente mejor CVRS que los que tenían “adherencia parcial/mala”.

Otro de los antecedentes relacionados a este proyecto de tesis, realizado en la Universidad de Cantabria España, titulado adherencia al tratamiento en pacientes celíacos. El autor (Abril Méndez, Carlos 2011) se propusieron demostrar necesario abordar el tema en profundidad, a fin de conocer las características de la adherencia al tratamiento en la enfermedad celíaca, y las estrategias más eficaces que puede utilizar la enfermería, para incrementar la adherencia al tratamiento en las personas que padecen esta patología. Para llevar a cabo su estudio utilizaron técnicas cuantitativas, se recogen las entrevistas multidisciplinares, semiestructuradas, determinaciones bioquímicas y el rastreo directo. Los resultados demuestran lo difícil que es para un celíaco el día en su dieta y también salir a comer fuera una situación tan normal para cualquier persona y también comer leyendo siempre el etiquetado de los productos antes ingerirlos.

Capítulo 2: Marco teórico

2.1 ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELÍACA?

La enfermedad celíaca o enteropatía sensible al gluten es un trastorno inflamatorio del intestino delgado que se debe a una respuesta auto inmunitaria inadecuada, mediada por linfocitos T ante la ingesta de gluten en personas con predisposición genética. En las biopsias del intestino delgado es característica la atrofia vellositaria, hiperplasia de las criptas e infiltración inflamatoria crónica de la submucosa, así como el incremento de los linfocitos intraepiteliales (Herrera María J., Hermoso A. Marcela, Quera Rodrigo 2008).

El termino gluten se refiere a fracciones peptídicas específicas de las proteínas presentes en el trigo, el centeno y la cebada. En el trigo los péptidos desencadenantes son la glutenina y la gliadina, en el centeno secalina y en la cebada las hordeinas. Estas moléculas peptídicas son resistentes a la digestión por enzimas gástricas y su interacción con el sistema inmunitario del tubo digestivo puede desencadenar una respuesta inmunitaria frente a la mucosa del intestino delgado, así como una respuesta inmunitaria sistémica general.

La menor liberación de hormonas por el intestino delgado da lugar a la reducción de las secreciones de la vesícula biliar y el páncreas, lo que favorece en mayor medida la mala digestión ((Herrera María J., Hermoso A. Marcela, Quera Rodrigo 2008).

La enfermedad afecta principalmente las secciones proximales y medias del intestino delgado, aunque también puede afectar a los segmentos más distales (mahan et escott, stump-2009).

2.2 EPIDEMIOLOGÍA:

La enfermedad celiaca afecta tanto a niños como a adultos y la relación entre mujer/varón es de 2:1. La edad mayor de aparición es de 1 a 5 años de edad, siendo los 2 años el rango que más se destaca. En los adultos, el rango de edad más prevalente es entre los 20 y los 40 años en las mujeres y los hombres en edades mayores (torresani, somoza2003).

Está presente no solo en Europa y en los países poblados por personas de ascendencia europea, sino también en oriente medio, Asia, Sudamérica y norte de África, y puede llegar a afectar hasta el 1% de la población en algunos países occidentales (gil Hernández 2010).

La enfermedad celiaca es común a nivel mundial y afecta alrededor de 1:100 y 1:300 personas (Bai, Zevallos, Et Fried,2005). En Argentina la prevalencia de esta enfermedad es del 0,61% y la frecuencia, en niños de 0 a 14 años de 1/1652(torresani,2007).

2.3 ETIOLOGÍA:

La enfermedad celíaca resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales.

Factores genéticos: la enfermedad se transmitiría a través de un defecto genético localizado en el cromosoma 14.

Factores ambientales: la expresión clínica de la enfermedad se produce cuando se ingieren ciertas proteínas alimentarias presentes en el trigo, la avena, el centeno y la cebada(Torresani,2007).

2.4 CLÍNICA:

La enfermedad celíaca se presenta clínicamente de cinco maneras (torresani 2007).

- 1- Forma clásica: comienza entre los 9 y 18 meses de edad y tiene manifestaciones digestivas y extra digestivas.
- 2- Forma precoz: comienza entre los 6 y 8 meses de vida. Con frecuencia existe el antecedente de la introducción temprana de gluten (antes de los tres meses de edad). En sus inicios simula una diarrea persistente, con deposiciones líquidas y vómitos frecuentes.
- 3- Forma atípica: el perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico ocurrido en los últimos años ha permitido reconocer a pacientes celíacos que presentan una signo sintomatología no clásica como baja talla, anemia recurrentes, alteraciones del esmalte dentario, trastornos en la visión, tetania, epilepsia, adenopatías, dermatitis

herpetiforme, dolor abdominal recurrente, retraso puberal, alteraciones del carácter e incluso, constipación, esta sintomatología puede aparecer aisladamente o en forma asociada.

- 4- Forma silente: es una forma totalmente asintomática, o con una sintomatología atípica que pasa prácticamente inadvertida por el propio paciente. Las alteraciones intestinales son aisladas. En estos casos, se dificulta el diagnóstico a través de las biopsias intestinales. Las formas silentes de la enfermedad celíaca pueden permanecer asintomáticas durante años y, en determinado momento, por efecto de algún factor desencadenante, comenzar con los síntomas clásicos.
- 5- Forma latente: se presenta en individuos que en algún momento de su vida fueron diagnosticados (por serología y biopsias intestinales) como enfermos celíacos, y, a pesar de haber mejorado los síntomas con el tratamiento dietético, lo abandonaron sin que se produjera recaída alguna. Lejos de haberse curado esta enfermedad permanece en estado latente. Durante un tiempo variable puede permanecer asintomática hasta que (igual que la forma silente), por efecto de algún factor medioambiental se desencadena una crisis celíaca con riesgo de muerte.

2.5 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la enfermedad celíaca se elabora por medio de una combinación de evaluaciones clínicas, analíticas e histológicas, si bien la biopsia del intestino delgado supone su confirmación final. se establece a través de los siguientes criterios (Girolami, González infantilino 2008):

Historia clínica compatible con enfermedad celíaca: estas enfermedades están asociadas

- Diarrea crónica malabsortiva.
- síntomas secundarios al síndrome de malabsorción (anemia ferropénica)
- síntomas atípicos dermatitis herpetiforme, estomatitis y aftas recurrentes, polineuropatía, epilepsia, hipotiroidismo.

- condiciones asociadas: probable gluten dependencia, diabetes tipo 1, hepatitis autoinmune y síndrome de sjogren.
- Gluten dependiente:
- síndrome de Down
- síndrome de Turner
- Deficiencia de IGA
- Detección de anticuerpos compatibles con enfermedad celiaca:
- AntigliadinalgG-IgA
- AntiendomisiolgA
- Antitransglutaminasa tisular (mayor sensibilidad y especificidad)
- Hallazgos histológicos compatibles con enfermedad celiaca (biopsia duodeno yeyunal)
- Atrofia de vellosidades en distintos grados
- Hiperplasia de criptas
- Aumento de la celularidad de lámina propia (linfocitos, monocitos, etc.)
- Respuesta clínica y serológica a la dieta libre de gluten
- Desaparición de los síntomas
- negativización de la serología

Según (polaco allue 2008), es imprescindible la realización de, al menos, una biopsia intestinal, y el estudio histopatológico de una muestra de la mucosa a nivel duodeno yeyunal. El estudio histopatológico conlleva la identificación de cambios estructurales y alteraciones citológicas, que únicamente en un contexto clínico y serológico adecuado, permite establecer el diagnóstico inicial de la enfermedad celiaca.

2.6 TRATAMIENTO:

La eliminación del gluten de la alimentación representa el único tratamiento de la celiaquía según (mahan et escott stump 2009). La instauración de un régimen alimenticio reduce en gran medida el proceso auto inmunitario y la mucosa intestinal recupera sus rasgos normales o casi

normales. El régimen alimenticio exige una transformación radical del estilo de vida por parte del paciente. La exclusión abarca trigo, centeno, cebada. Existe controversia respecto a la avena, pero conviene retirarla pues aún no se ha demostrado que no sea, toxica para estos pacientes.

El efecto de la dieta produce el cese de los síntomas en pocas semanas según (gil Hernández 2010). La normalización de la mucosa intestinal se produce a partir de los primeros seis meses de tratamiento.

El tratamiento dietético debe hacerse a los pacientes sintomáticos y asintomáticos. Los problemas derivados de la mala adhesión a la dieta sin gluten provocan deficiencias nutricionales (anemia, osteopenia etc.) y el riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes.

Para conseguir una dieta libre de gluten es necesario recurrir a un consumo preferentes de alimentos naturales: carne, huevo, leche, pescado, legumbres, frutas, verduras y cereales permitidos como el arroz o el maíz.

Los objetivos a cumplir en el tratamiento para (Torresani y Somoza 2013), son:

- permitir un crecimiento y desarrollo optimo
- intentar recuperar la mucosa intestinal
- asegurar una motilidad intestinal adecuada y evitar complicaciones

Los pilares del tratamiento para poder cumplir los objetivos son un plan de alimentación adecuado al paciente, unido a una permanente educación. Las estrategias a seguir en el plan de alimentación para (torresani y Somoza 2013) son:

- corrección de las deficiencias nutricionales y restauración del tejido deplecionado.
- eliminación estricta de las prolaminas toxicas de la dieta.

2.7 DIETA LIBRE DE PROLAMINAS TÓXICAS:

El tratamiento consiste en prescindir del trigo(gliadina), avena, centeno (secalina) y cebada(hordeinas), ya que estos cereales dan

lugar a fracciones de prolaminas tóxicas las gliadina, avenina, secalina y hordeinas según (Mahan y Escott-Stump 2009).

El maíz, el arroz y la tapioca pueden utilizarse como sustitutos de los cereales prohibidos, así como también sus harinas y féculas. Cuando se utilicen estas harinas, es importantes que no se hayan contaminado con harinas con gluten durante el proceso de molido. Los usos de estas harinas pueden dar a la diferencia de texturas y sabor en los alimentos habituales, Y las nuevas recetas se aceptan mejor tras la adaptación del paciente.

Los afectados y sus familias han de aprender muchísimo acerca de los alimentos, aditivos alimenticios, recetas, preparación de alimentos, terminología de los alimentos y necesidades nutricionales.

El hábito de comer en cafeterías, restaurantes, casas de amigos y acontecimientos sociales suponen desafíos, limitaciones y frustraciones para los afectados.

Es muy conveniente que el paciente se conecte con asociaciones de celíacos que enseñan a elaborar comidas sin gluten, publican recetarios y actualizan periódicamente la lista de productos comerciales sin TACC según (Girolami et González Infantino 2008).

La dieta debe ser de por vida y sin errores. El consumo esporádico de ínfimas cantidades de prolaminas tóxicas puede acompañarse de trastornos clínicos, biológicos y/o de alteración en las vellosidades intestinales en la mayoría de los casos, lo que provoca alteraciones nutricionales y lo que es más grave, predispone al desarrollo de procesos neoplásicos malignos.

La dieta libre de prolaminas es fácil de prescribir, pero difícil de seguir, especialmente si el paciente no cuenta con el apoyo de su familia. Para conseguir una dieta sin prolaminas es necesario recurrir a un consumo preferente de alimentos naturales: carnes, huevos, leches, pescado, legumbres, frutas, verduras y cereales sin gluten como el maíz o arroz.

Lo que a las personas afectadas les ayuda a combatir la enfermedad celíaca es estar bien informada sobre que alimentos contienen o no contienen gluten, pues debe evitarlos durante toda su vida. Como

norma general deben eliminarse de la dieta los productos a granel, elaborados artesanalmente o los que no estén etiquetados con el símbolo del celíaco y la sigla sin TACC, y los que no se puedan comprobar el listado de ingredientes. Si se sospecha que un producto puede contener gluten, no debe consumirse. Se ha de tener precaución con la manipulación y elaboración de alimentos en bares, restaurantes, comedores escolares, por esto es necesario consultar la forma de elaboración e ingredientes de cada plato para descartar la contaminación con gluten.

Un tratamiento realizado por un equipo que incluya médicos, nutricionistas, y psicólogos, asegurará a estos pacientes un mejor resultado y una mejor calidad de vida. Los grupos de enfermos celíacos son de gran utilidad, tanto para el paciente como para su familia, por lo que deberán ser incluidos dentro del equipo terapéutico.

El paciente celíaco con el tratamiento adecuado tiene una expectativa de vida similar a la de los pacientes no celíacos.

2.8 SELECCIÓN DE ALIMENTOS:

Alimentos permitidos:

- Leche fluida, en polvo de marcas como Serenísima, Verónica, Sancor.
- Huevos frescos y en polvo.
- Yogurt, queso fresco, quesos duros (solo de marcas permitidas Serenísima, Sancor, Manfrey).
- Carnes frescas: de vaca, aves, pescados y mariscos
- Hortalizas y frutas frescas
- Legumbres: porotos, soja, lentejas, garbanzos, arvejas secas
- Frutas desecadas: ciruelas damascos, duraznos, pasas de uvas
- Frutas secas: nueces, almendras, maníes y avellanas
- Cereales: granos de arroz y maíz
- Harinas, féculas y almidón de arroz, maíz, soja, mandioca, papa, garbanzo, lentejas, arvejas, etc.

- Congelados y enlatados: todo tipo de frutas, verduras, carnes y mariscos que se encuentran en estado natural o en aceite y sin aditivos de salsas o cremas, pastas o purés y alimentos sin agregados de rebozados
- Manteca, aceite vegetal, margarinas, crema de leche
- Azúcar, miel mermeladas y confituras caseras
- Café en grano
- Bebidas: gaseosas, vino, ron, coñac, vermouth, sidra y champagne

Alimentos prohibidos:

- Cereales: granos de trigo, avena, cebada y centeno
- Harina de trigo, cebada, avena, centeno y alimentos que los contengan (pan, pastas de sopa, bizcochos, galletas, etc.)
- Almidón de trigo
- Salvado de trigo y avena
- Amasados de pastelería, repostería y postres instantáneos en polvo
- Infusiones y bebidas preparadas con los cereales prohibido: malta, agua de cebada, cerveza, whisky y bebidas malteadas
- Productos manufacturados cuya composición incluya cualquiera de los cereales citados. Se incluirán todos aquellos que no figuren en el listado de publicados por las asociaciones de ayuda al celiaco.

Productos alimenticios especiales para celíacos:

Existen en el comercio productos elaborados especialmente para pacientes celíacos (harinas, panes, pasteles, preparaciones diversas y comercializadas por diferentes marcas elaboradas a partir de almidón de maíz, papa, arroz. Estos tienen la ventaja de permitir cumplir bien el régimen, pero a menudo son costosos.

2.9 FACTORES QUE ATENTAN CONTRA EL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA LIBRE DE PROLAMINAS TÓXICAS:

- ✓ El gluten oculto que se encuentra en los productos alimenticios no analizados o cantidades de gluten no detectadas por los análisis químicos.
- ✓ La contaminación cruzada con gliadina que puede suceder si se fabrican harinas de cereales con y sin prolaminas en los mismos molinos. Cuando no se tienen buenas prácticas de manejo y elaboración de comidas para celíacos. La contaminación cruzada es la situación por la cual un producto libre de gluten pierde esa condición, por haber estado en contacto con otro alimento o sustancia que no está libre de gluten.

Se deberán tomar las siguientes precauciones para evitarlas:

1. Preparar cocinar primero toda comida libre de gluten
2. Reservarla en un lugar separado del resto de las comidas
3. Almacenar o conservar en forma separada los alimentos sin gluten y los que contienen gluten
4. Utilizar diferentes vajillas, recipientes y utensilios durante la preparación y conservación de alimentos
5. No compartir ni los utensilios para servir ya sea con familiares o invitados, salvo que estén perfectamente lavados.

2.10 LAS TRANSGRESIONES ALIMENTARIAS:

Se entiende por transgresión al quebrantamiento de una prescripción, ley, norma o costumbre; Cuando nos referimos a una transgresión alimentaria (TA) hablamos del quebrantamiento de una prescripción médica, en el caso de pacientes celíacos, al quebrantamiento de la dieta prescrita (Diccionario de la lengua española: Real Academia Española).

Estas trasgresiones pueden llevar a la agudización de los síntomas y comprometer la situación nutricional. Estas pueden ser:

- Voluntarias (influenciadas por circunstancias emocionales) causadas por el nacimiento de un hermano, ausencia de la madre en el hogar, incorporación a la escuela, crisis de la adolescencia, separación de los padres, muerte de un familiar, vacaciones, campamentos, viajes largos.
- Involuntarias (ajenas a la decisión del paciente) y pueden ser causadas por la falta de información adecuada, ingesta de alimentos contaminados (por malas prácticas en su manejo y elaboración) como consecuencia del consumo de alimentos adulterados por la industria alimentaria y por el uso de listas de alimentos aptos no actualizadas.

Educación alimentaria:

El pilar fundamental donde se apoya el cumplimiento de la dieta es la educación alimentaria nutricional. Esta se puede definir como la parte de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de hábitos alimentarios saludables, en consonancia con los conocimientos científicos en materia de nutrición, persiguiendo el objetivo último de promoción de la salud del individuo y de la comunidad.

Asociaciones de ayuda al celíaco:

Los problemas prácticos que surgen en la realización de la dieta por parte de los celíacos han impulsado la creación de organizaciones que los agrupan en la mayoría de los países.

Las asociaciones de ayuda al celíaco son entidades de bien público sin fines de lucro formada por personas celíacas y familiares que unen sus esfuerzos para mejorar la calidad de vida, para ello se realizan reuniones mensuales en todo el país para difundir todos los aspectos de la enfermedad; se analizan alimentos y se publican mensualmente los autorizados se presiona sobre el gobierno para el logro de leyes en beneficios de los celíacos, y se coordinan esfuerzos con las empresas alimenticias para lograr la identificación de los alimentos con el símbolo internacional de producto sin gluten.

En la Argentina existen asistencia al celíaco de la Argentina (ACELA) con su sede central en la ciudad de Buenos Aires y Asociación Celíaca Argentina (ACA) con sede en la ciudad de la Plata ambas poseen filiales y subfiliales en todo el país.

Listado de alimentos permitidos para celíacos

Las asociaciones de ayuda elaboran anualmente un listado con todas las marcas de los alimentos que han sido analizados y pueden ser consumidos por los celíacos por no contener prolaminas tóxicas.

Mensualmente se realizan actualizaciones de las marcas, introduciendo algunos alimentos nuevos o en su defecto eliminando del listado otros. Lo que implica que el celíaco debe tener permanentemente contacto con las asociaciones para mantenerse con la información actualizada y no incurrir en transgresiones involuntarias.

Es importante saber que las prolaminas tóxicas forman parte de numerosos productos alimenticios, que la contienen en forma de aditivo, ya sea para mejorar la textura, la estabilidad y la consistencia. En otros casos, es utilizado como adulterante con la finalidad de aumentar el peso del producto agregando un elemento de bajo costo como lo son las harinas (especialmente de trigo). Es por esto que el celíaco debe controlar que todo lo que consuma figure en las listas de alimentos permitidos, cuando consuma alimentos procesados o industrializados.

Símbolos de aptitud para la población celíaca

Existe un símbolo que permite reconocer a los alimentos que están libres de prolaminas tóxicas y que se puede observar en gran parte de los productos alimenticios. Fue diseñado por la sociedad celíaca mundial con la finalidad de proteger a los celíacos, asegurándole la inocuidad de aquellos alimentos que lo presentan en su envase.

Este símbolo exige que el producto no contenga más de 200 ppm. (partes por millón), lo cual es un criterio bastante amplio.

Esto quiere decir que puede contener hasta 200ppm de prolaminas tóxicas igual a 20mg de prolaminas tóxicas cada 100g de producto.

El símbolo consiste en la espiga de trigo atravesada por una valla, y puede presentarse con o sin círculo. Más de 30 países lo están utilizando. El uso de este símbolo se ha extendido en la industria alimentaria.

Muchos alimentos no contienen prolaminas tóxicas y sin embargo no presentan dicho símbolo, por lo cual es necesario consultar los listados nacionales de productos aptos. La ley de nuestro país no obliga a las empresas a colocar el símbolo, pero si aplica penas a aquellas empresas que colocan el símbolo en alimentos que si contienen prolaminas tóxicas.

Aquellas empresas que deciden colocar el símbolo de aptitud para el celíaco en sus productos, deben haber realizado los análisis correspondientes y comprometerse a mantener su producto libre de prolaminas tóxicas. Esto implica que todos sus proveedores también cuenten con productos que mantengan su calidad y marca.



Dificultad para el cumplimiento de la dieta libre de gluten

Lo cereales no se utilizan solo como ingredientes primarios, sino que también pueden añadirse durante el procesamiento o la preparación de los alimentos. Dado que la producción de trigo excede las necesidades directas de los países desarrollados y que su harina tiene numerosas aplicaciones en la industria, es la gliadina la prolamina toxica que más predomina en los productos alimenticios (torresani et Somoza 2013). Se pueden presentar:

- ✓ Como materia prima: harinas con diferentes grosores y sus derivados y en la panificación y amasados de pastelería.
- ✓ Como espesantes: de salsas, cremas, helados, embutidos, lácteos, caramelos, dulces, gomas de mascar, café y cacao instantáneos.
- ✓ Como estabilizantes: aditivos, bebidas, conservas, congelados, extractos y picadillos.
- ✓ Como excipientes: en los medicamentos.
- ✓ Como vehiculizante: en el caso de la levadura artificial.

2.11 CONTROL CLÍNICO Y NUTRICIONAL:

El cumplimiento del plan alimentario requiere un monitoreo periódico y estricto por parte del médico clínico, el gastroenterólogo y el nutricionista en equipo. Se deberán evaluar la evolución de los parámetros antropométricos y bioquímicos, el cuadro clínico y las dificultades que presenta el celíaco para cumplir con su tratamiento.

Es importante que el celíaco concorra con aquellos familiares o personas que estén encargadas de la selección, compra y preparación de los alimentos que consuma diariamente.

2.12 HÁBITOS ALIMENTARIOS:

Hábito: es una acción persistente del comportamiento de las personas que obedece a pautas repetitivas y generalizadas. Puede referirse a las compras o el consumo. Respecto a las compras afecta a las marcas que se adquieren, las cantidades, el precio, criterio de elección del cliente, etc. En cuanto al consumo, constituye a la acción reflexiva, lo que interesa es conocer el cómo y cuándo se consume un producto determinado para estimular en su caso las situaciones que llevan a su compra.

Hábitos saludables:

Son acciones persistentes del comportamiento que sirven para conservar la salud del individuo. Dentro de estos se encuentran los hábitos alimentarios.

Hábitos alimentarios:

Se define como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medioambiente, los cuales se irán transmitiendo de una generación a otra.

2.13 LOS FACTORES DE RIESGO QUE DETERMINAN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SON:

Factores culturales:

La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Los hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Estos se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Las prácticas alimentarias originadas en estos diferentes grupos pueden satisfacer, en alguna medida, las necesidades biológicas básicas.

Uno de los factores culturales que más orientan los hábitos alimentarios lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños.

Otro de los factores que determinan los hábitos los constituyen los tabúes. Cierta creencia limita el uso de alimentos considerados como prohibidos. La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro. Así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, ha hecho que se adopten nuevos hábitos alimentarios.

Factores económicos:

El azar del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros la dificultad para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayores. Es también necesario mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos.

Factores sociales:

El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan los hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social.

Factores geográficos:

Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas, está determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el agua les ofrecen diferentes alimentos.

Factores religiosos:

La alimentación se ve condicionada por las creencias religiosas.

Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos que han ido privándose de ciertos alimentos dando lugar a diferencias nutricionales generalizadas.

Por otra parte, en muchos países las festividades religiosas contribuyen de modo importante a compensar la pobreza de la alimentación, pues para estas ocasiones se acostumbra a realizar comidas especiales.

Factores educativos:

el nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado.

Factores psicológicos:

Los hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana, por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicosocial. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicosocial.

Suponiendo que el individuo haya sido motivado a través de diferentes medios para cambiar su conducta en cuanto a que hábitos alimentarios, estos quedarán afectados por el conocimiento adquirido. En este caso el individuo necesita información para elegir los tipos y las cantidades apropiadas de alimentos. Así pues, aunque saber algo de nutrición es indispensable para realizar el cambio deseado, la información es inútil si el individuo no ha aceptado la necesidad de cambiar y no está motivado para hacerlo. De esto se deduce que los factores psicológicos son muy importantes en cualquier modificación que pretenda hacerse de los hábitos alimentarios.

Factores relacionados con la urbanización e industrialización:

Los cambios de estación que en un principio producían modificaciones en la dieta han desaparecido con la ayuda de la industrialización y la tecnología. Esto es posible ya que se logra producir, almacenar y transportar toda clase de alimentos durante toda la época del año.

Los hábitos alimentarios de cada individuo, o la manera de como un individuo o grupo de individuos selecciona o consume alimentos a su alcance, se adquieren desde la infancia y se van modificando con el transcurso de los años, según las circunstancias en que ingieren los alimentos, el prestigio social de los mismos, así como el bienestar y el placer que su consumo supone. El consumo de alimentos es la manifestación de ese hábito y se lo define como la ingesta de diferentes tipos de alimentos, por diferentes pueblos en todas partes del mundo.

Las principales influencias sobre el consumo alimentario en los años del desarrollo son el ambiente familiar, las tendencias sociales, los medios de comunicación, la presión por parte de los compañeros y los padecimientos o enfermedades.

En la enfermedad celíaca se debe manejar la modificación de los hábitos alimentarios de la forma más prudente posible, para permitir la adhesión del paciente a los mismos.

El término prohibido en lo posible, deberá sustituirse por otros menos duros terminantes, tales como desaconsejados, inadecuados o desfavorables.

Al planificar una dieta, todo cambio brusco de alimentación puede afectar, tanto física como psicológicamente, al individuo.

Por lo tanto, es necesario antes de su realización, obtener el más amplio conocimiento acerca del patrón de alimentación habitual del paciente, a fin de que la dieta resulte totalmente personalizada y adecuada a su persona.

Por otra parte, una dieta impresa estandarizada, aunque a veces sea equilibrada en su composición y adecuada a la patología del

paciente, difícilmente se adaptara a sus hábitos, influyendo en forma negativa en el seguimiento de la misma.

De todo esto surge la importancia de insistir en el interrogatorio, encuesta o anamnesis alimentaria, la cual, debe ser exhaustiva y procurar una idea cualitativa y cuantitativa de la alimentación que está realizando el paciente.

Capítulo 3: Materiales y métodos

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Para esta investigación se realizó un estudio descriptivo, de alcance correlacional.

- **Los estudios descriptivos:** *buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. En este estudio se especifican las características y perfiles del grupo de personas celiacas, y se recoge o mide la información necesaria para la investigación.*
- **Estudios de alcance Correlacional:** *este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. En este estudio se asoció a las T.A. con los factores social, individual y dietético.*

3.2 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis 1: Considerando los factores que promueven las transgresiones alimentarias que realizan las personas celiacas, el factor social es el predominante.

Hipótesis 2: En las personas celiacas existen diferencias en los factores que promueven las transgresiones alimentarias según sexo.

3.3 VARIABLES:

Factores que promueven las transgresiones alimentarias:

Definición conceptual: Elementos o causas que impulsan las TA.

Definición operacional: Se evaluarán a través de un cuestionario con 34 preguntas divididas en 3 secciones según los factores Sociales, Individuales y Dietéticos que intervienen.

Para cada factor se consideraron preguntas con tres posibles respuestas, valoradas en una escala likert como nunca, a veces, siempre; donde se le asignó el valor 2 al que representaba mayor riesgo y valor 0 al de menor riesgo según la pregunta.

Para el Factor de transgresión Social (FTAS) se contemplaron 10 preguntas y 12 preguntas para factores Individual (FTAI) y dietético (FTAD) respectivamente.

A partir del máximo puntaje 20 para FTAS y 24 para los FTAI y FTAD. Los puntos de Corte considerados fueron:

$$FTAS = \begin{cases} R.Bajo & si < 5 \\ R.Medio & si 5 \leq FTAS < 15 \\ R.Alto & si FTAS \geq 15 \end{cases}$$

$$FTAI, FTAD = \begin{cases} R.Bajo & si < 7 \\ R.Medio & si 7 \leq FTAI, FTAD < 19 \\ R.Alto & si FTAI, FTAD \geq 19 \end{cases}$$

Factor de riesgo de transgresión Social (FRTS): el riesgo de TA se ve favorecida, al salir del ámbito del hogar y tener que comer fuera de casa. Los problemas que se evidencian son: disponibilidad de alimentos, variedad de platos, accesibilidad a la dieta especial para celíacos ect. Consta de 10 preguntas con un puntaje máximo de 20. (Anexo3)

Factor de riesgo de transgresión Individual (FRTI): indaga la percepción del encuestado frente a su enfermedad: excluido, deprimido, con largos períodos de tristeza, inseguro, ansioso de saber qué comer y como preparar sus comidas, limitado en su interacción social y con miedo a desarrollar una enfermedad secundaria. Consta de 12 preguntas de la 11 -22 con un puntaje máximo de 24. (Anexo3)

Factor de riesgo de transgresión Dietético (FRTD): considera aspectos sobre: disponibilidad, costos y composición a través de la lectura del rotulado de los alimentos, conocimiento sobre la elaboración de las comidas y la contaminación cruzada en la cocina. Comprende las preguntas de 23 -34 con un puntaje máximo de 24. (Anexo3)

3.4 TIPO DE DISEÑO

Diseño no Experimental Transversal según (Hernandez Sampieri, Collado, & Baptista Lucio, 2010).

- **Diseño no experimental:** son las investigaciones que se realizan sin variar intencionalmente las variables independientes.
En esta investigación solo se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural y luego se analizan.
- **Diseño transversal:** estudia los datos en un solo momento. Su propósito es describir variables y analizar su coincidencia e interrelación en un momento dado.
En esta investigación se recolectaron datos en un único momento, el propósito es describir la variable y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Todas las personas con enfermedad celíaca de ambos sexos con edades de 20 o más años que concurrieron a ACELA, durante el primer semestre del año 2016 en San Miguel de Tucumán.

Muestra: 60 personas con enfermedad celíaca de ambos sexos, con edades de 20 o más años que concurrieron a ACELA en el primer semestre del año 2016 de San Miguel de Tucumán.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Celíacos no confirmados
- Personas celíacas que presenten enfermedades asociadas

Consideraciones éticas:

- Se resguardó la identidad del encuestado (Anonimato).
- Se obtuvo el consentimiento informado: información esencial para potenciales sujetos de investigación.
- Se informó a los individuos que son invitados a participar en la investigación, la razones para considerarlos apropiado para ella y que la participación es voluntaria.

- *El encuestado es libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento y sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho.*
- *Se informó sobre el propósito de la investigación, los procedimientos que realizaran el investigador y el sujeto, y una explicación sobre como la investigación difiere de la atención médica de rutina.*
- *Se tomaron medidas para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos.*
- *El investigador debe establecer protecciones seguras de confidencialidad de los datos de investigación de los sujetos, se debe informar a los sujetos de las limitaciones, legales o de otra índole, en la capacidad del investigador para proteger la confidencialidad de los datos y las posibles consecuencias de su quebrantamiento.*

3.7 PRESENTACIÓN DE INSTRUMENTOS

La encuesta cuenta con dos partes: la primera parte recoge datos del perfil de encuestado y su percepción del apoyo profesional e institucional.

La segunda parte recoge los datos de encuesta y sus tres factores de riesgo de TA social, individual y dietético.

3.8 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se aplicarán técnicas de estadística descriptiva, a través de tablas y gráficos.

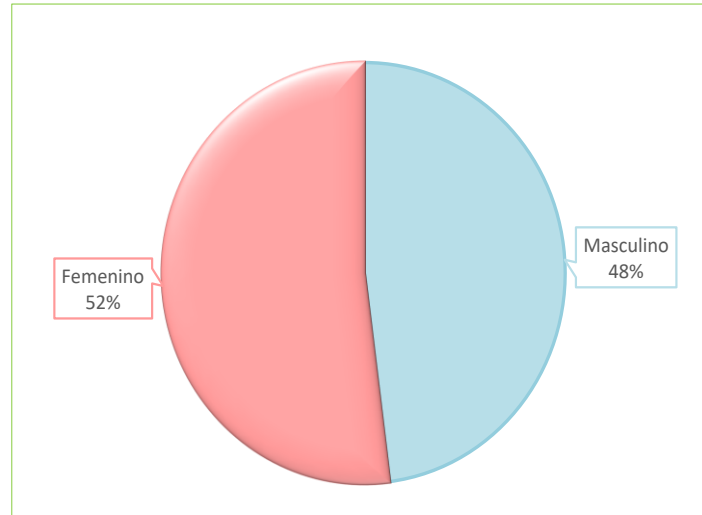
El Cuestionario de riesgo de transgresión se validó a través del estudio de confiabilidad con alpha de CronBach y se analizó la dimensionalidad con el análisis factorial. Se aplicó test “t” para la comparación de la Edad y el test chi-cuadrado para el análisis de asociaciones a un nivel del 5% de significación. Los programas utilizados fueron Excel 2013 y SPSS Versión 22.

Capítulo 4: Resultados

4.- RESULTADOS

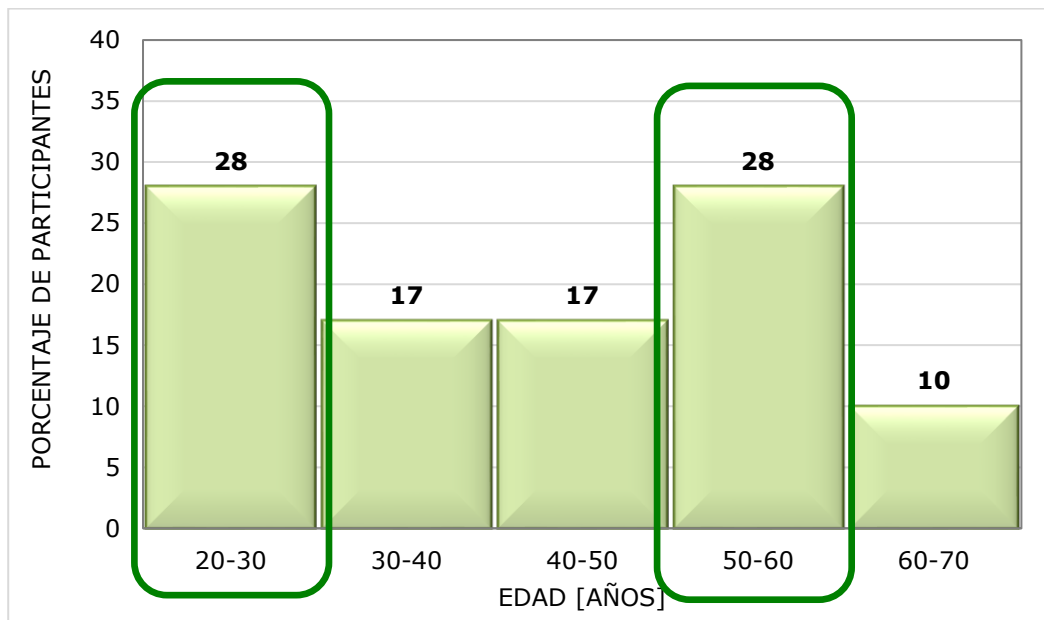
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA BAJO ESTUDIO

GRÁFICO 1: Distribución Porcentual del Sexo Biológico de los Participantes



Se observa que el 52% los participantes fueron de sexo femenino.

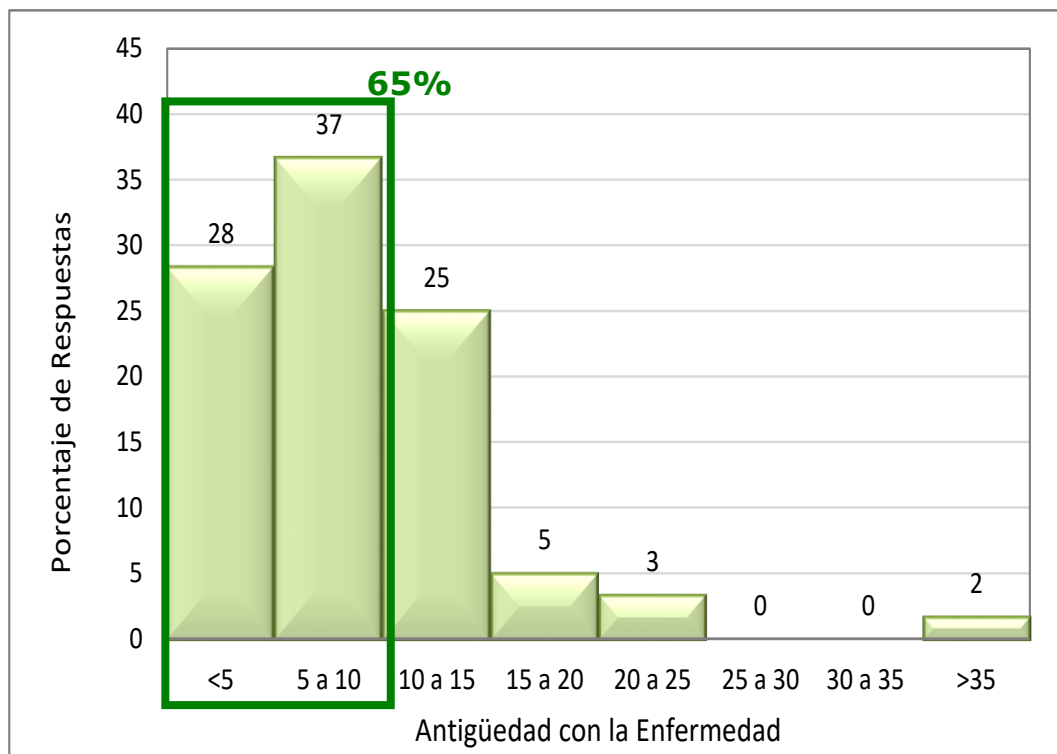
Gráfico 2: Distribución Porcentual de Edad de los Participantes



En cuanto a la edad, los grupos etarios con mayor predominio fueron de 20 a 30 años y de 50 a 60 años con un 28% de casos en cada grupo.

La edad promedio fue de 41 ± 13 años. Al comparar las edades entre los sexos de los participantes, no se observaron diferencias significativas (Test t, $p=0,481$). Edad Promedio: Masculino (40 ± 13 años), Femenino (42 ± 14 años)

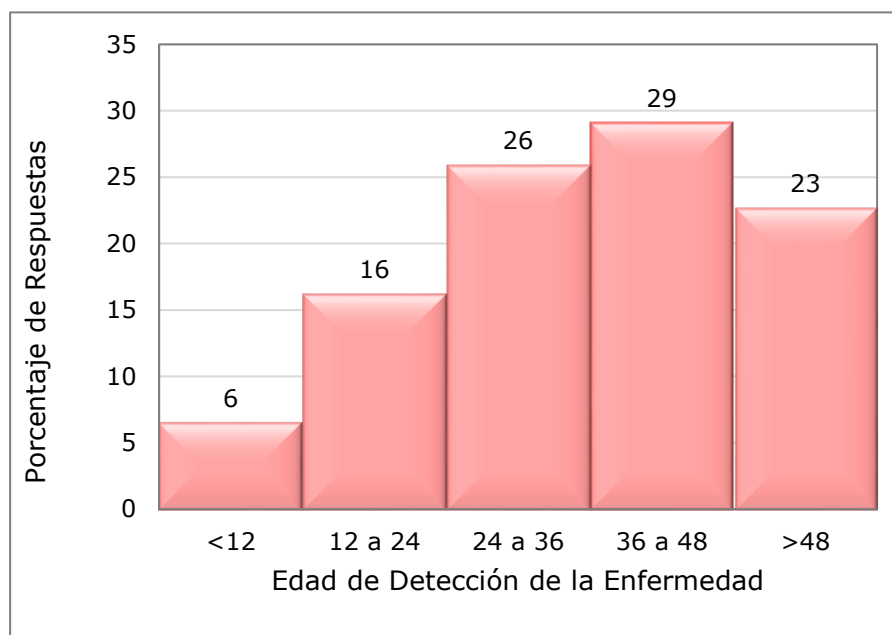
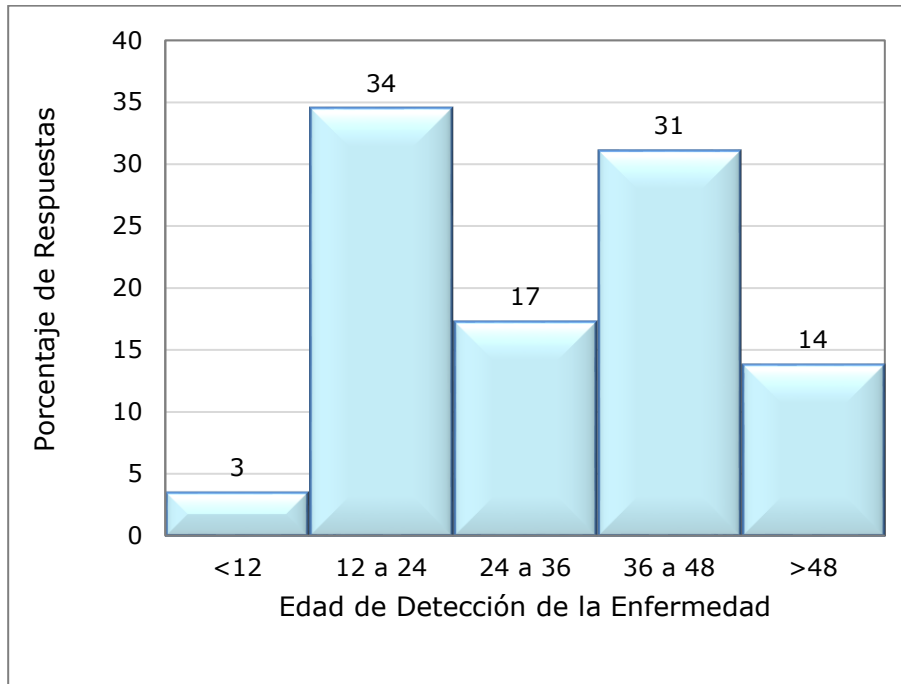
GRÁFICO 3: Distribución de Antigüedad con la Enfermedad (Años)



Al calcular el promedio del tiempo transcurrido con la enfermedad, se encontró que los participantes tuvieron un promedio de 7 años de antigüedad con celiacía.

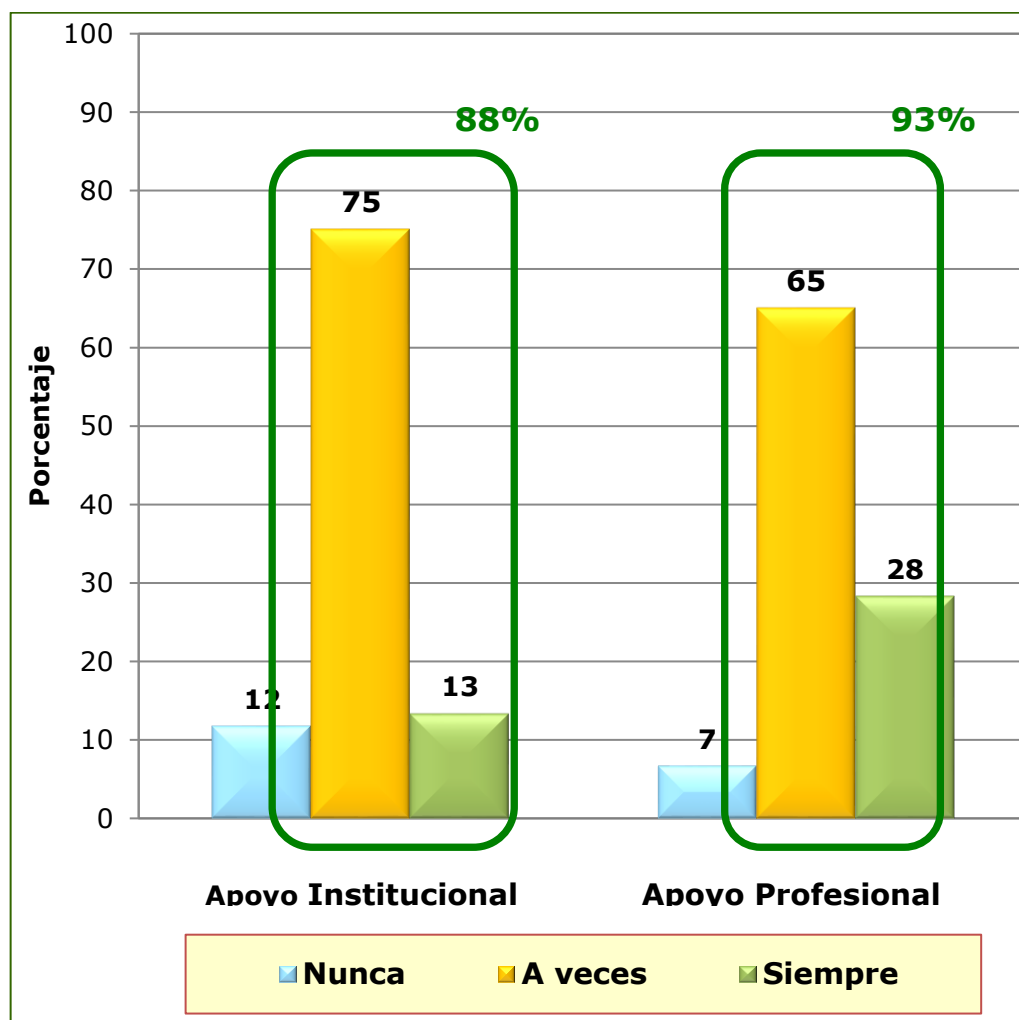
El 65% de los mismos, refirieron que transcurrieron menos de 10 años desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento del estudio.

GRÁFICO 4: Distribución Porcentual de Edad de Detección de Enfermedad discriminado por Sexo biológico



La detección de la enfermedad de celiaquía se realiza más tempranamente en el sexo masculino. En el 34% de los hombres la edad de detección fue en el rango de 12 a 24 años, en el 29% de las mujeres en el rango de 36 a 48 años. Solo en el 3% y el 6% de hombres y mujeres la edad de detección fue de 12 o menos años.

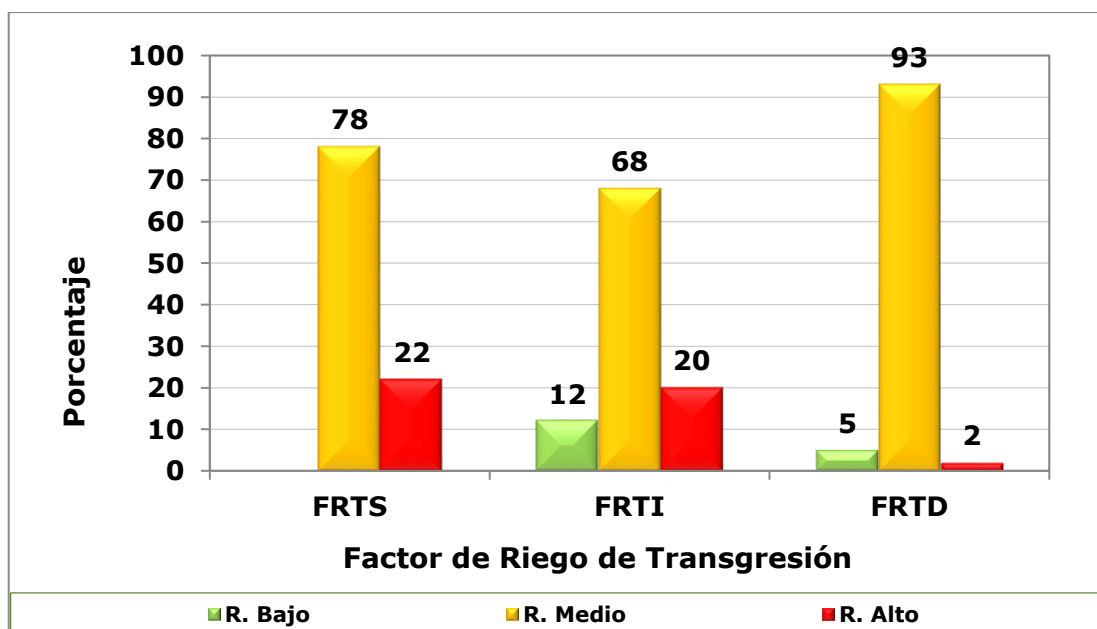
GRÁFICO Nº 5: Distribución Porcentual de Apoyo Profesional e Institucional



. El paciente percibe tener apoyo profesional para su enfermedad en algún grado en el 93% siendo siempre un 28%.

La percepción del paciente sobre el apoyo institucional en algún grado en el 88% siendo sólo un 13% que lo percibe siempre

GRÁFICO 6: Distribución Porcentual de Factores de Riesgo de Transgresión

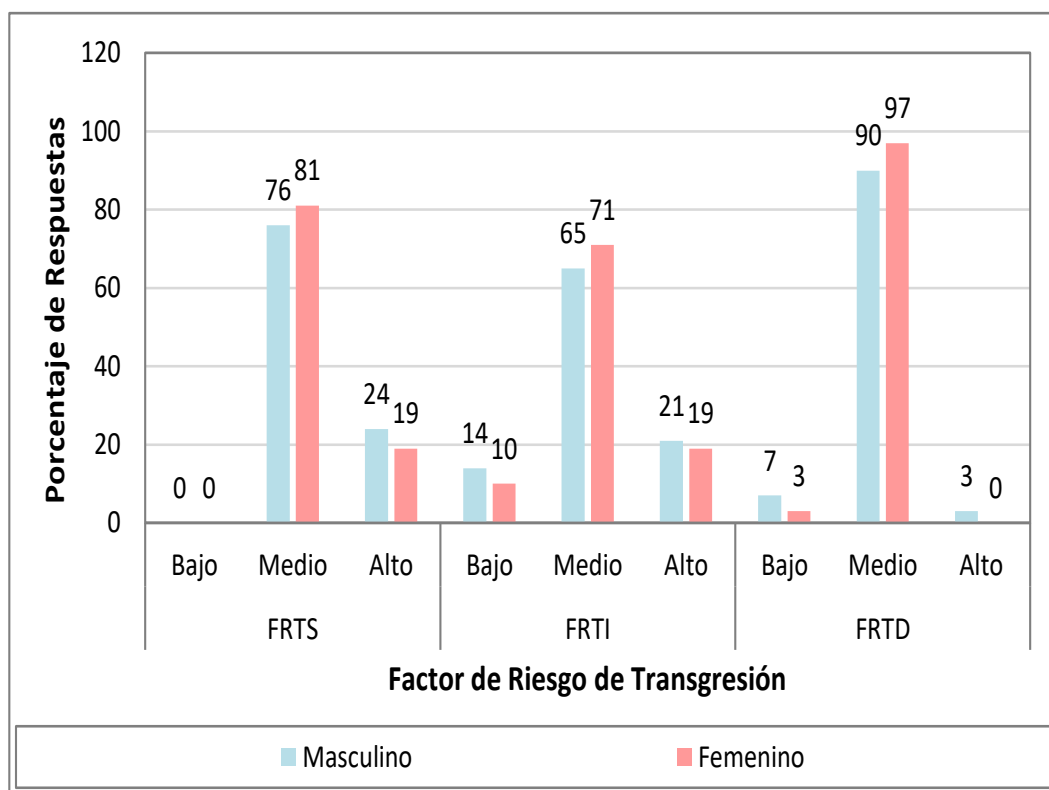


Al analizar los factores de riesgo de TA, de los celíacos estudiados, presentaron:

Riesgo Medio en un 78%, 68% y 93% para FRTS, FRTI y FRTD respectivamente.

Riesgo Alto 22% y 20% de los celíacos presentó para FRTS y FRTI respectivamente.

GRÁFICO 7: Distribución Porcentual de Factores de Riesgo de Transgresión discriminados por Sexo biológico



Al comparar los factores de Riesgo de Transgresión por sexo no se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Test Chi-Cuadrado, FRTS: $p=0,653$; FRTI: $p=0,862$; FRTD: $p=0,46$)

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y PROYECCIONES

5.1 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROYECCIONES

Resulta impactante que, en la época actual, ser celíaco suponga cambios tan importantes en el estilo de vida, porque los alimentos que antes consumían, ahora reconoce que son perjudiciales para su salud. Esto hace que tengan que replantearse muchos aspectos de su día a día, como no poder comer algo sin mirar antes la etiqueta, o ir a cenar a casa de amigos sin prever que pueden no tener alimentos aptos.

El seguimiento de la dieta y evitar la transgresión involuntaria, afectará principalmente a las dimensiones individual, dietética y social del celíaco (familiar y de amistades), como refieren diversos trabajos Abril Méndez (2015), Belén García (2015), Llera Gallegos Beatriz et al (2014), Cueto Rúa et al (2013), Parada A., Araya V.M. (2010), Fornés Vives J., Lluch Canut M.T. (2011), Gonzales A.F., et al. (2013), Aranda E.A., Araya M. (2016), Capellino Cl. Cúneo F. (2012), Ferre Rovira María del Mar y Latorre Fernández Isabel (2010), Arvelo Fragoso Trini, et al. (2002), Sfoggia C., et al.(2013) .

Asimismo, **situaciones sociales** cotidianas como salir a tomar algo a un bar o ir a cenar a un restaurante, se vuelven una odisea. Ya que antes de ordenar el menú, previo a identificarse como celíacos, deben de obtener en detalle los ingredientes que componen la comida, así como su procesamiento. Ésto ocurre con mucha frecuencia ya que todavía son pocos los establecimientos que se hacen eco de esta enfermedad y menos aun los que incorporan un menú específico, variado y seguro para celíacos.

En este estudio, el factor social del paciente con esta afección y su entorno, se detectó como el más predominante en cuanto al riesgo de transgresión alimentaria en la dieta sin gluten. Resultados similares fueron reportados por Abril Méndez (2015), Belén García (2015), Llera Gallegos Beatriz et al (2014), Cueto Rúa et al (2013), Parada A., Araya V.M. (2010), Fornés Vives J., Lluch Canut M.T. (2011), Gonzales A.F., et al. (2013), Aranda E.A., Araya M. (2016), Capellino Cl. Cúneo F. (2012), Ferre Rovira María del Mar y Latorre Fernández Isabel (2010), Arvelo Fragoso Trini, et al. (2002),

Sfoggia C., et al.(2013) donde se refiere que la escasez de alimentos libres de gluten afecta a los hábitos sociales y alimentarios.

En cuanto a la **dimensión individual**, se pudo observar que esta enfermedad se acompaña de una carga emocional muy fuerte. Según Abril Méndez (2015), Belén García (2015), Llera Gallegos Beatriz et al (2014), Cueto Rúa et al (2013), Parada A., Araya V.M. (2010), Fornés Vives J., Lluch Canut M.T. (2011), Gonzales A.F., et al. (2013), Aranda E.A., Araya M. (2016), Capellino Cl. Cúneo F. (2012), Ferre Rovira María del Mar y Latorre Fernández Isabel (2010), Arvelo Fragoso Trini, et al. (2002), Sfoggia C., et al.(2013) la aceptación de la enfermedad es un factor de riesgo individual, que provoca en estos pacientes una percepción de soledad, aislamiento, tristeza, depresión, ansiedad, todo ligado a la restricción de su dieta, sienten preocupación por la posibilidad de desarrollar otra enfermedad ligada a la celiaquía y se sienten excluidos de los grupos sociales por no poder consumir cualquier alimento como los demás. Los estudios utilizados como fuente de información, concuerdan que los aspectos psicosociales, como la depresión y ansiedad, son los trastornos psíquicos más frecuentes en estos pacientes, los cuales inciden negativamente en el seguimiento de la dieta sin gluten, disminuyendo su calidad de vida.

Asimismo, cuando se analizó la **dimensión dietética**, se detectaron diversos factores relacionados con la disponibilidad de alimentos en distintos lugares ya sea en eventos sociales, restaurantes, supermercados, dietéticas etc. Tampoco hay que olvidar, el elevado precio de los productos sin gluten, que hace que además de tener opciones restringidas en cuanto a su alimentación, éstas sean el doble o el triple de caras que las que consumiría una persona sin esta afección. Otro factor importante, es lo azaroso de aprender a elaborar sus comidas y manejar ingredientes diferentes a los acostumbrados, respetando los distintos métodos de elaboración de las mismas, a fin de lograr comidas agradables en todas sus características organolépticas. Otros puntos importantes a tener en cuenta son, la contaminación cruzada en la cocina y el aprendizaje de la lectura del etiquetado de los alimentos. Por todo lo antes mencionado, la

transgresión alimentaria es frecuente. Según lo referido por distintos autores, los alimentos libres de gluten deberían circular con la misma fluidez y ser tan accesibles, económicos y gustosos como los consumidos por la población no afectada por esta enfermedad. El costo de la canasta básica de una familia con un celíaco en ella, es más elevada que el de una familia tipo ya que son productos más caros y además no se cuenta con variedad de marcas y precios que logren hacerla más accesible, como refieren Abril Méndez (2015), Belén García (2015), Llera Gallegos Beatriz et al (2014), Cueto Rúa et al (2013), Parada A., Araya V.M. (2010), Fornés Vives J., Lluch Canut M.T. (2011), Gonzales A.F., et al. (2013), Aranda E.A., Araya M. (2016), Capellino Cl. Cúneo F. (2012), Ferre Rovira María del Mar y Latorre Fernández Isabel (2010), Arvelo Fragoso Trini, et al. (2002), Sfoggia C., et al.(2013).

En el estudio de los factores de riesgo de transgresión alimentaria se observó que, de los tres factores estudiados, el riesgo alto se presenta con mayor frecuencia en el factor social e individual, siendo el más bajo en el factor dietético. También se puede ver que el riesgo bajo no aparece en el factor social, este factor sólo presenta riesgo medio y alto, lo cual indicaría que es el factor más difícil de controlar a la hora de no transgredir la dieta sin TACC. Es aquí donde cobrarían importancia las acciones de las asociaciones de celíacos, referentes a que existan mayor cantidad de establecimientos que cuenten con el reconocimiento oficial para dispensar comida sin gluten con el logo “sin TACC” visible.

La realización del presente trabajo, le dio la oportunidad a la tesista, de reflexionar acerca de la influencia que tiene la celiaquía sobre la sociedad y las personas que la padecen, así como del papel que desempeña el sistema de salud y los profesionales en relación a esta enfermedad. Es aquí donde las asociaciones de celíacos conjuntamente con profesionales deben propiciar el cambio en la accesibilidad de información confiable y continua en forma telefónica o personal. Asimismo, también es de mucha importancia que se controle la aplicación la ley celíaca (26.588), ya está regula cuestiones importantes que tienen incidencia directa en las personas que padecen dicha enfermedad: La ley estableció de interés nacional la

atención médica, la investigación clínica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, su difusión y el acceso a los alimentos libres de gluten.

Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas, premezclas u otros alimentos industrializados en su condición de libres de gluten. A partir de estas leyes y luego con la modificación realizada en el año 2015, las obras sociales y seguros de salud deben cubrir el setenta por ciento (70%) de la diferencia del costo de las harinas y premezclas libres de gluten, sus derivados y/o productos elaborados con las mismas, respecto de aquellas que poseen gluten. Al momento las obras sociales no parecen estar respetando este porcentaje.

La modificación del 2015 estableció, además, cuáles son las instituciones y establecimientos deben ofrecer al menos una opción de alimentos o un menú libre de gluten (sin TACC).

Esta modificatoria (2015) de la ley parece solo la primera etapa en la búsqueda de derechos de estas personas que encuentran continuamente dificultades para lograr una buena adherencia al tratamiento. Con la evidencia científica existente, esta enfermedad solo se trata con una estricta dieta sin gluten, y la facilidad para el acceso a los alimentos parece ser la clave que mejore la realidad de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abril Méndez Carlos. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes celíacos. Trabajo fin de grado. *Escuela universitaria de enfermería. Universidad de Catambria. Repositorio abierto.*
- Bai J., Zevallos E., ET. Fried M. (2005). *World Gastroenterology Organization Practice Guideline*. Recuperado el 31 de octubre de 2013, de www.worldgastroenterology.org.
- Aranda E.A., Araya M. (2016). Tratamiento de la enfermedad celíaca. ¿Cómo medir adherencia a la dieta libre de gluten? *Rev.Chil. pediátrica*. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.007>
- Arvelo Frago Trini, Lorenzo Díaz Tamara, Ramos Pérez Elvira, Pavón Milán Rebeca y Frago Luaces Ernesto. (2002). Importancia de los aspectos psicosociales en la enfermedad celíaca. *Revista Cubana Med. Gen. Integr. Ciudad de la Habana*. 18(3)
- Capellino Cl, Cúneo F. (2012). Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, hábitos y dificultades para el seguimiento de la dieta sin gluten en adultos celíacos de la ciudad de Esperanza. *Facultad De Bioquímica y Cs. Biológicas Esperanza, Santa Fe, Argentina. Revista FABICIB*. 16:179-196
- Casellas Jordá F. y Magdalena Bernaprés J.R. (2008). Claroscuros en la enfermedad celíaca. *Madrid. Scielo Rev.Esp. Enfem.Dig*. 100(1). ISSN1130-0108.
- Cueto-Rúa E, Guzmán L, Zubiri C, Nanfto GI, Urrutia MI, Mancinelli L. (2013). Análisis de aceptabilidad, aspectos culturales e impacto personal del diagnóstico. En Rodrigo L y Peña AS, editores. *Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no celíaca*. Barcelona, España: OmniaScience; 407-431.
- De Girolami, D., & Infantino González, C. (2010). Clínica y Terapéutica en la nutrición del adulto. Buenos Aires Argentina: Editorial: El Ateneo.
- De Girolami D.H. (2008). Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto. Buenos Aires: Ateneo.
- Ferre Rovira María del Mar y Latorre Fernández Isabel. (2010). Abriendo puertas: conociendo a un celíaco. *Scielo- Index de enfermería, Granada*. 19(4). Versión on-line ISSN 1699-5988. Versión impresa ISSN 1132-1296
- Fornés Vives J, Lluch Canut M.T. (2011). Plan de cuidados para la adhesión/colaboración en el tratamiento. Fornés Vives J enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados. 2º Ed. *Madrid: Editorial médica Panamericana SA*; 145-160
- García Recio Belén. Propuesta de un protocolo de actuación: Si eres celíaco yo te informo. Trabajo de fin de grado universidad de Valladolid. Facultad de enfermería. Repositorio documental UVA. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17785>.
- Gil Hernández A. (2010). Tratado de Nutrición. Tomo 4 Nutrición Clínica. España: Editorial medica Panamericana.
- Gonzales A.F, et al. (2013). Informe final de grupo de estudio de enfermedad celíaca. *Diaeta*. 31(145): 31-41. ISSN1852-7337

- Goya Kina Daniela. (2014). Análisis de la eficacia de los encuentros informativos de la Asociación Celíaca Argentina y la adherencia al tratamiento libre de gluten. Trabajo final de investigación. *Instituto universitario fundación H.A. Barceló facultad de medicina carrera de nutrición. Miembro de UNIVERSIA*. Capital Federal- Argentina.
- Hernández Sampieri, R., Collado, F., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación científica. *México: Mc Graw Hill*.
- Herrera María José, Hermoso A. Marcela, Quera Rodrigo. (2009). Enfermedad celíaca y su patogenia. Artículo de revisión. *Revista médica de Chile*. 137(12): 1617-1626. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001200012>
- Lorenzo J., Guidone M., Díaz M., Marenzi M., Lestingi M., Lasivita J., Roggiero E. (2007). nutricio del niño sano. *Rosario-Argentina: corpus. taverni, c. cocina para celiacos*.
- Llera Gallego Beatriz, Navarro Caballero Ana, Lozano Bueno Manuel, Bernadó Jimenez Teresa. (2014). Revisión actualizada de la enfermedad celíaca. Autocuidado en el enfermo celíaco. *Paraninfo Digital. Monográficos de investigación en salud*. ISSN: 1988-3439. Año VIII- N°21. Disponible en <http://www.index-f.com/para/n21/077.php>
- Mahan k., Et Escott-Stump S. (2009). Krausse Dietoterapia. Barcelona: Elsevier Masson.
- Ministerio de salud de Argentina. (2011). Guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca en el primer nivel de atención.
- Mocoso Felipe, Quera Rodrigo. (2015). Enfermedad celíaca. *Revista Médica Clínica Condes. Universidad de Chile*. 26(5):613-627. DOI: 10.1016/j.rmclc.2015.09.007
- Parada A, Araya V.M. (2010) El gluten: su historia y efectos en la enfermedad celíaca. *Rev.Med. Chile*.138(10): 1319-1325
- Pérez Fernández Cynthia. (2016). Dieta sin gluten: composición, calidad de vida y seguimiento. *Repositorio documental UVA biblioteca universitaria. Universidad de Valladolid*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18231>
- Polanco Allue I., (2008). Libro blanco de la enfermedad celíaca. Madrid: Lettergraf.
- Revista para celíacos, Guía nutricional, La alimentación como base del tratamiento, (2002). Fundación Favaloro 1° edición, Evia ediciones, Argentina
- Rumi Gabriel P S, Barredo K. Soledad S., & Cortez, S. (2013). cocina para celiacos.
- Salinas Cruz Elizabeth, Nava Galván María Guadalupe. (2012). Adherencia terapéutica. *Enfermería neurológica, México*. 11(2): 102-104. Disponible en: www.medigraphic.org.mx.
- Sfoggia C, Longarini G, Costa F, Vázquez H, Mauriño E, Bai JC. (2013). Calidad de vida y distrés psicológico en la enfermedad celíaca. *Editores Rodrigo L y Peña AS. Enfermedad celíaca y sensibilidad al gluten no*

- celíaca. Barcelona, España: *OmniaScience*;56cap. 19: 389-406. Doi: <http://dx.doi.org/10.3926/OMS>.
- Torresani M. E. (2010). cuidado nutricional pediátrico. argentina: *Eudeba*.
- Torresani M.E., Et Somoza M.I. (2003). Lineamientos para el cuidado nutricional. Buenos Aires. *Eudeba*.
- Asociación Celíaca Argentina ACA. (2011).*
- Asistencia al celíaco de la Argentina ACELA (2016).*
- Ledesma María Constanza. (2006). *Tesis. Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino.*
- Puertas Andrea Soledad. (2014). Calidad de vida y estado nutricional en personas celíacas. *Tesis. Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino.*
- García Sofía Jimena. (2014). Estado nutricional, conocimientos y prácticas sobre enfermedad celíaca y su tratamiento. *Tesis. Universidad de Norte Santo Tomas de Aquino.*

ANEXOS

**ANEXO 1: VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE FACTORES
DE RIESGO PARA TRANSGRESIÓN ALIMENTARIA
(FRTA)
FACTOR DE RIESGO SOCIAL**

**TABLA N° 1: ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD Y MATRIZ DE
CORRELACIONES ENTRE PREGUNTAS.**

Estadísticas de fiabilidad										
Alfa de CronBach	Alfa de CronBach basada en elementos estandarizados								N de elementos	
0,706	0,729								11	
Matriz de correlaciones entre elementos										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
P1: <i>En los restaurantes tengo opciones y variedad de platos y menús cuando decido salir a comer</i>	1	0,304	0,173	0,030	0,620	-0,260	0,006	-0,181	0-,031	-0,048
P2: <i>En situaciones sociales como cumpleaños, casamientos, recibidas, etc., tengo opciones para alimentarme</i>	0,304	1	0,608	0,223	0,306	0,206	0,248	0,202	0,173	0,164
P3: <i>En diferentes situaciones sociales tengo opciones para alimentarme que me gustan</i>	0,173	0,608	1	0,155	0,289	0,326	0,344	0,104	0,094	0,169
P4: <i>Es complicado estar en una reunión social en donde se ofrecen alimentos</i>	0,030	0,223	0,155	1	0,343	0,089	0-,332	0,099	-0,057	-0,059
P5: <i>En los restaurantes y Bares se ofrece variedad de alimentos aptos que me gustan</i>	0,620	0,306	0,289	0,343	1	-0,012	-0,083	-0,192	0,031	-0,256
P6: <i>En los bares se ofrece variedad de alimentos aptos que me gustan</i>	-0,260	0,206	0,326	0,089	-0,012	1	0,508	0,197	0,205	0,179
P7: <i>Puedo sentarme en un bar a comer alimentos aptos</i>	0,006	0,248	0,344	-0,332	-0,083	0,508	1	0,016	0,026	0,148
P8: <i>En reuniones familiares me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC</i>	-0,181	0,202	0,104	0,099	-0,192	0,197	0,016	1	0,626	0,744
P9: <i>En reuniones de amigos me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC</i>	-0,031	0,173	0,094	-0,057	0,031	0,205	0,026	0,626	1	0,617
P10: <i>En reuniones con personas conocidas me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC</i>	-0,048	0,164	0,169	-0,059	-0,256	0,179	0,148	0,744	0,617	1
Factor de riesgo social	0,310	0,551	0,627	0,332	0,278	0,206	0,080	0,440	0,384	0,517

Las preguntas P2, P3, P10 presentan correlación del 55%, 63% y 52% con el Factor de riesgo social.

TABLA N^o 2: ANÁLISIS FACTORIAL. MATRIZ DE COMPONENTES

	Componente			
	1	2	3	4
P1	0,196	0,684	-0,171	-0,568
P2	0,679	0,388	0,159	0,008
P3	0,677	0,355	0,352	0,095
P4	0,237	0,384	-0,383	0,730
P5	0,230	0,791	-0,147	-0,076
P6	0,444	-0,191	0,578	0,396
P7	0,312	-0,111	0,823	-0,226
P8	0,645	-0,540	-0,338	0,034
P9	0,608	-0,409	-0,303	-0,209
P10	0,673	-0,542	-0,229	-0,201
Factor de Riesgo Social	0,853	0,200	-0,171	0,025

Con el Método de extracción: análisis de componentes principales.

Se identifican cuatro componentes:

Componente 1: P2, P3, P8, P9 y P10.

Componente 2: P1 y P5;

Componente 3: P6 y P7.

Componente 4: P4

a. 4 componentes extraídos. Que corresponden a los diferentes eventos sociales a los que concurren , lugares para comer fuera de casa y disponibilidad de comidas.

FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL

TABLA Nº 3: ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD Y MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE PREGUNTAS

Estadísticas de fiabilidad												
Alfa de CronBach	Alfa de CronBach basada en elementos estandarizados											N de elementos
	0,827	0,829										
Matriz de correlaciones entre elementos												
	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
P11: Prefiero no incorporarme a nuevos grupos sociales para no tener que explicar sobre mi enfermedad	1	0,548	-0,345	0,337	0,061	0,030	0,063	0,328	0,267	0,382	0,327	0,374
P12: Por deseo o tentación consumo alimentos no aptos en reuniones sociales	0,548	1	-0,214	0,228	-0,013	0,086	-0,056	0,373	0,243	0,446	0,325	0,345
P13: Mi enfermedad ha influido en el momento de la mesa familiar	-0,345	-0,214	1	0,057	0,184	0,258	0,250	-0,183	-0,065	-0,261	-0,210	-0,326
P14: Me siento socialmente excluido por ser celiaco	0,337	0,228	0,057	1	0,564	0,405	0,240	0,296	0,334	0,233	-0,132	0,154
P15: Me preocupa que esta enfermedad pueda traerme otros problemas de salud	0,061	-0,013	0,184	0,564	1	0,784	0,426	0,261	0,324	0,099	0,161	0,098
P16: Me afecta estar limitado en mis comidas cuando estoy con amigos	0,030	0,086	0,258	0,405	0,784	1	0,615	0,448	0,499	0,170	0,181	-0,008
P17: Me molesta tener que estar siempre pensando en la comida	0,063	-0,056	0,250	0,240	0,426	0,615	1	0,463	0,514	0,308	0,002	0,171
P18: Ser celiaco me hace sentirme solo	0,328	0,373	-0,183	0,296	0,261	0,448	0,463	1	0,698	0,708	0,238	0,455
P19: Me afecta no poder comer lo que comen todos	0,267	0,243	-0,065	0,334	0,324	0,499	0,514	0,698	1	0,589	0,068	0,116
P20: Esta enfermedad me hace sentir deprimido o triste por periodos prolongados	0,382	0,446	-0,261	0,233	0,099	0,170	0,308	0,708	0,589	1	0,391	0,520
P21: Me siento ansioso por saber sobre mi enfermedad, como preparar mis alimentos y que alimentos puedo comprar	0,327	0,325	-0,210	-0,132	0,161	0,181	0,002	0,238	0,068	0,391	1	0,408
P22: Me pone mal tener que explicar mi enfermedad a personas desconocidas	0,374	0,345	-0,326	0,154	0,098	-0,008	0,171	0,455	0,116	0,520	0,408	1
Factor de riesgo individual	0,354	0,424	0,073	0,376	0,534	0,742	0,637	0,692	0,716	0,474	0,240	0,249

En la matriz de correlaciones se observa que las preguntas P15, P16, P17, P18 y P19 presentan correlaciones de aproximadamente del 50% o más con Factor de riesgo individual.

Tabla Nº 4: Análisis factorial. Matriz de componentes.

Análisis Factorial	Componente		
	1	2	3
P11	0,555	-0,138	0,027
P12	0,565	-0,095	-0,305
P13	0,537	-0,157	0,095
P14	0,584	0,103	0,011
P15	0,585	-0,061	0,199
P16	0,580	-0,194	0,224
P17	0,462	0,697	-0,010
P18	0,345	-0,142	0,396
P19	0,619	0,320	0,103
P20	-0,285	0,560	0,418
P21	0,484	0,240	-0,745
P22	0,361	-0,417	-0,027
Factor de Riesgo Individual	0,675	0,037	0,219

Con el Método de extracción: análisis de componentes principales. Se identifican tres componentes.

Componente 1: P11, P12, P13, P14, P15, P16, P19, P21, P22;

Componente 2: P17;

Componente 3: P18.

a. 3 componentes extraídos. En estos componentes se puede observar como el celiaco percibe su enfermedad y como lo afecta emocionalmente.

FACTOR DE RIESGO DIETÉTICO

TABLA Nº 5: ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD Y MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE PREGUNTAS

Estadísticas de fiabilidad												
Alfa de CronBach	Alfa de CronBach basada en elementos estandarizados										N de elementos	
0,708	0,717										13	
Matriz de correlaciones entre elementos												
	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34
P23: La disponibilidad de alimentos dificulta el cumplimiento de mi alimentación	1	0,525	0,511	0,088	-0,027	0,036	0,078	0,176	0,343	0,005	0,128	0,241
P24: Me resulta complicado realizar la mayoría de las recetas	0,525	1	0,592	0,040	-0,049	0,175	0,075	0,025	0,385	-0,055	0,320	0,152
P25: El costo de los alimentos me dificulta cumplir la dieta	0,511	0,592	1	-0,068	0,008	0,272	0,052	0,130	0,210	0,035	0,120	0,020
P26: Conocer sobre la contaminación cruzada en la cocina es fundamental para mi salud	0,088	0,040	-0,068	1	0,800	0,570	0,206	-0,051	0,200	-0,125	0,369	0,127
P27: Leer las etiquetas de los alimentos para identificar los libres de gluten me resulta sencillo	-0,027	-0,049	0,008	0,800	1	0,677	0,213	0,165	0,126	-0,270	0,231	0,133
P28: El sabor, el aroma, la consistencia y el color de los alimentos que consumo me agradan	0,036	0,175	0,272	0,570	0,677	1	-0,015	0,034	0,081	-0,142	0,192	-0,005
P29: Me gusta aprender nuevas recetas de alimentos que puedo consumir	0,078	0,075	0,052	0,206	0,213	-0,015	1	0,272	0,611	0,006	0,330	0,123
P30: Cuando necesito conocer sobre mi alimentación puedo recurrir a un profesional capacitado	0,176	0,025	0,130	-0,051	0,165	0,034	0,272	1	0,510	-0,325	-0,117	0,271
P31: Mi alimentación es variada y saludable	0,343	0,385	0,210	0,200	0,126	0,081	0,611	0,510	1	-0,094	0,174	0,351
P32: Prefiero elaborar mis alimentos antes que consumir productos específicos para celíacos	0,005	-0,055	0,035	-0,125	-0,270	-0,142	0,006	-0,325	-0,094	1	-0,312	-0,400
P33: Prefiero comprar productos específicos para celíacos antes que elaborar mis propios alimentos	0,128	0,320	0,120	0,369	0,231	0,192	0,330	-0,117	0,174	-0,312	1	-0,015
P34: Eventualmente puedo consumir alimentos no permitidos	0,241	0,152	0,020	0,127	0,133	-0,005	0,123	0,271	0,351	-0,400	-0,015	1
Factor de riesgo dietético	0,492	0,340	0,554	0,291	0,296	0,444	0,227	0,056	0,185	0,089	0,224	0,101

En la matriz de correlaciones entre preguntas se observa que las preguntas P23 y P25 con correlación del 50% con Factor de riesgo dietético.

TABLA Nº 6: ANÁLISIS FACTORIAL. MATRIZ DE COMPONENTE

Componentes	Componente		
	1	2	3
P23	0,555	-0,138	0,027
P24	0,565	-0,095	-0,305
P25	0,537	-0,157	0,095
P26	0,584	0,103	0,011
P27	0,585	-0,061	0,199
P28	0,580	-0,194	0,224
P29	0,462	0,697	-0,010
P30	0,345	-0,142	0,396
P31	0,619	0,320	0,103
P32	-0,285	0,560	0,418
P33	0,484	0,240	-0,745
P34	0,361	-0,417	-0,027
Factor de Riesgo dietético	0,675	0,037	0,219

Con el Método de extracción: análisis de componentes principales.
Se identifican tres componentes.

Componente 1: P23, P24, P25, P26, P27, P28, P31, P33 y P34;

Componente 2: P29, P32,

Componente 3: P30.

Estos corresponden a las complicaciones relacionadas al costo de alimentos, facilidad para realizar las recetas, acostumbrarse a leer la composición de los alimentos, la contaminación cruzada y conocer sobre los alimentos que puede o no consumir.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar voluntariamente, en este trabajo de investigación, conducido por Melina Fernanda Estrada. He sido informado/a que los fines de este trabajo son:

Analizar los factores de riesgo presentes que pueden llevar a una TA en personas con enfermedad celíaca.

- determinar los factores de riesgo que llevan a una TA presentes en la población bajo estudio.
- conocer el tipo de factor predominante en el riesgo de TA.
- conocer asociación entre tipo de riesgo de TA con sexo, edad y antigüedad con la enfermedad.
- conocer si esta población considera como factor protector al apoyo profesional e institucional.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y exclusivo para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar al/el Sr/Srita/Sra. Melina Fernanda Estrada en los siguientes números telefónicos 3814471208.

Apellido y Nombre del Participante

Firma

Fecha

ANEXO N° 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Perfil del encuestado:

Edad: Sexo: Percepción del apoyo profesional e institucional: A-El sistema de salud está preparado e informado para ayudarme a llevar a cabo mi tratamiento

B- Dispongo de profesionales a quien acudir cuando tengo dudas sobre mi enfermedad

Antigüedad con el diagnóstico:

||. Marcar con una cruz la respuesta que cumpla con su opinión

Tipo	Enunciados ¹	Siempre (2)	A veces (1)	Nunca (0)
Social	1) <i>En los restaurantes tengo opciones y variedad de platos y menús cuando decido salir a comer</i>			
	2) <i>En situaciones sociales como cumpleaños, casamientos, recibidas, etc., tengo opciones para alimentarme</i>			
	3) <i>En diferentes situaciones sociales tengo opciones para alimentarme que me gustan</i>			
	4) Es complicado estar en una reunión social en donde se ofrecen alimentos			
	5) <i>En los restaurantes se ofrece variedad de alimentos aptos que me gustan</i>			
	6) <i>En los bares se ofrece variedad de alimentos aptos que me gustan</i>			
	7) <i>Puedo sentarme en un bar a comer alimentos aptos</i>			
	8) reuniones familiares me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC			
	9) En reuniones de amigos me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC			
	10) En reuniones con personas conocidas me resulta complicado realizar la dieta sin TAAC			
Individual	11) Prefiero no incorporarme a nuevos grupos sociales para no tener que explicar sobre mi enfermedad			
	12) <i>Por deseo o tentación consumo alimentos no aptos en reuniones sociales</i>			
	13) Mi enfermedad ha influido en el momento de la mesa familiar			
	14) Me siento socialmente excluido por ser celiaco			
	15) Me preocupa que esta enfermedad pueda traerme otros problemas de salud			
	16) Me afecta estar limitado en mis comidas cuando estoy con amigos			
	17) Me molesta tener que estar siempre pensando en la comida			
	18) Ser celiaco me hace sentirme solo			
	19) Me afecta no poder comer lo que comen todos			
	20) Esta enfermedad me hace sentir deprimido o triste por periodos prolongados			
	21) Me siento ansioso por saber sobre mi enfermedad, como preparar mis alimentos y que alimentos puedo comprar			
	22) Me pone mal tener que explicar mi enfermedad a personas desconocidas			
Dietéticos	23) La disponibilidad de alimentos dificulta el cumplimiento de mi alimentación			
	24) Me resulta complicado realizar la mayoría de las recetas			
	25) El costo de los alimentos me dificulta cumplir la dieta			
	26) Conocer sobre la contaminación cruzada en la cocina es fundamental para mi salud			
	27) Leer las etiquetas de los alimentos para identificar los libres de gluten me resulta sencillo			
	28) El sabor, el aroma, la consistencia y el color de los alimentos que consumo me agradan			
	29) Me gusta aprender nuevas recetas de alimentos que puedo consumir			
	30) Cuando necesito conocer sobre mi alimentación puedo recurrir a un profesional capacitado			
	31) Mi alimentación es variada y saludable			
	32) Prefiero elaborar mis alimentos antes que consumir productos específicos para celiacos			
	33) Prefiero comprar productos específicos para celiacos antes que elaborar mis propios alimentos			
	34) <i>Eventualmente puedo consumir alimentos no permitidos</i>			

