



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y LA AUTOESTIMA EN
PACIENTES ADULTOS VARONES QUE RECIBEN
TRATAMIENTO RESIDENCIAL DE ADICCIONES, EN EL
CENTRO ESPECIALIZADO DE TRATAMIENTOS DE ALCOHOL Y
OTRAS DROGAS (CETAD) EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.
MAYO –AGOSTO 2015.**

AUTOR (ES):

**VALLEJO CABELLO, KARLA STEPHANIA
ZUMBA JURADO, SAIRA NATHALY**

**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
LICENCIADO (A) EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

GRANJA ARMENDÁRIZ, ADRIANA MARÍA MERCEDES

**Guayaquil, Ecuador
2015**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Karla Stephania Vallejo Cabello** y **Saira Nathaly Zumba Jurado**, como requerimiento para la obtención del Título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**.

TUTOR (A)

Psic. Adriana Granja Armendáriz

COORDINADOR (A)

Dr. Ludwig Álvarez Córdova

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Martha Celi Mero

Guayaquil, a los veintiséis días del mes de Septiembre del año 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Karla Stephania Vallejo Cabello

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Relación del estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial de adicciones, en el centro especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Guayaquil, previo a la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los veintiséis días del mes de Septiembre del año 2015

EL AUTOR (A)

Karla Stephania, Vallejo Cabello



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Saira Nathaly Zumba Jurado

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación Relación del Relación del estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial de adicciones, en el centro especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Guayaquil, previo a la obtención del Título de Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los veintiséis días del mes de Septiembre del año 2015

EL AUTOR (A)

Saira Nathaly, Zumba Jurado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Stephania Vallejo Cabello

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Relación del estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial de adicciones, en el centro especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los veintiséis del mes de Septiembre del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

Karla Stephania, Vallejo Cabello



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Saira Nathaly Zumba Jurado**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Relación del estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial de adicciones, en el centro especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los veintiséis del mes de Septiembre del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

Saira Nathaly, Zumba Jurado

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar en cada de uno de mis pasos, gracias por ser mi guía siempre.

A mi madre Clara por su infinito amor y paciencia.

A mi familia entera mis hermanas, tíos y primos por ser el mejor pilar en mi vida y apoyarme en cada paso.

A mi amiga y compañera de tesis Saira Zumba por su amistad, cariño y esfuerzo en todo el proceso de nuestra carrera.

A mis amigos Cynthia, Andrea, Carlos, Cesar y Michelle por sus consejos y apoyo en cada situación, gracias por ser parte de mi vida.

A mi novio Juan Carlos por su amor, paciencia y apoyo.

Karla Vallejo Cabello

DEDICATORIA

A los pacientes del Centro Especializado de Tratamientos de Alcohol y otras Drogas por su colaboración, enseñanzas y cariño brindado.

Clara y Rigoberto, mis abuelos que desde el cielo me siguen brindando su amor y cuidado.

Mi madre por su sacrificio, amor y apoyo incondicional.

Karla Vallejo Cabello

AGRADECIMIENTO

A Jehová Dios por estar siempre en cada paso de mi vida, siendo mi guía,
dándome paz y sabiduría.

A mi madre Cecilia por ser la luz de mi vida, por su compañía, amor y paciencia.

A mi papá, por ayudarme y apoyarme en lo necesario.

A mis hermanos Fernando y Noelia, por guiarme, enseñarme y aconsejarme.

Ellos son los principales pilares de mi vida, gracias por nunca fallarme.

A mis tíos, tías y primos ayudándome directa o indirectamente para hacer
posible mí trabajo.

A mi enamorado y amigo incondicional Tomás, por creer en mí, por brindarme
todo su amor, por siempre estar ahí convirtiéndose en mi mejor amigo y
consejero.

A mis colegas, cómplices y amigas: Andrea, Cynthia gracias por su cariño y
consejos, y a Karla, amiga y compañera de tesis, gracias por el esfuerzo, por
cada momento compartido, aprendido y vivido entre sonrisas, las quiero.

Al Econ. Victor Sierra por ayudarme y guiarme en el trabajo, aportando toda su
paciencia y conocimiento.

A mi tutora, Adriana Granja, gracias por brindarme su apoyo.

A las autoridades y colectivos del Centro Especializado de Alcohol y otras
drogas "CETAD" por permitirme realizar mi trabajo de titulación, en especial a la
Dra. Jacqueline y La Lcda. Betty por siempre recibirme con un gran saludo y
cordial sonrisa.

A los chicos en tratamiento del lugar, por permitirme compartir con ellos.

Saira Zumba Jurado

DEDICATORIA

A Dios, quien nunca me ha dejado caer siendo siempre mi fortaleza.

A mi madre, dueña de cada triunfo, a mis hermanos por su amor, sacrificios y enseñanzas, sin ellos nada de esto sería posible.

A mi abuelito Teófilo, que aunque ya no esté con nosotros en vida me apoyó en todo momento y añoraba este momento. Por todas las enseñanzas que me dejaste, por tus sabias e inspiradoras palabras. Sé que pronto nos volveremos a ver y celebraremos juntos este y más momentos.

A los pacientes del CETAD, en quienes va enfocado este trabajo ya que parte de la motivación fue de ellos.

Saira Zumba Jurado

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PSIC. ADRIANA GRANJA ARMENDÁRIZ
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DRA. MARTHA CELI MERO
PRESIDENTE

DRA. ALEXANDRA BAJAÑA GUERRA
SECRETARIO

ECON. VICTOR SIERRA NIETO
OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	
Certificación.....	
Declaración de Responsabilidad.....	
Autorización.....	
Agradecimiento	VII
Dedicatoria.....	VIII
Tribunal de sustentación	XI
Índice de tablas	XV
Índice de gráficos	XVI
Índice de anexos	XVII
Resumen.....	XVIII
Abstract	XIX
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	3
1.1 Formulación del problema.....	8
2. Objetivos	9
2.1 Objetivo general.....	9
2.2 Objetivos específicos	9
3. Justificación	10
4. Marco teórico.....	13
4.1 Marco referencial	13
4.2 Marco teórico	16
4.2.1 Nutrición en el adulto	16
4.2.1.2 Cambios fisiológicos en la edad adulta.....	17
4.2.1.3 Valoración del estado nutricional	19
4.2.1.3.1 Peso y Talla	19
4.2.1.3.2 Pliegues Cutáneos	20
4.2.1.3.3 Perímetros	21
4.2.1.3.4 Indicadores Antropométricos	22
4.2.1.3.5 Indicadores de distribución de la grasa corporal	22
4.2.1.3.5.1 Índice cintura/cadera.....	22
4.2.1.4 Riesgos nutricionales	23
4.2.1.5 Recomendaciones dietéticas	23

4.2.1.5.1 Macronutrientes y micronutrientes	25
4.2.1.6 Recomendaciones de actividad física	26
4.2.2 Autoestima	26
4.2.2.1 Concepto.....	26
4.2.2.2 Componentes de la autoestima	27
4.2.2.2.1 Componente cognitivo	27
4.2.2.2.3 Componente comportamental, conductual o conativo	28
4.2.2.3 Dimensiones de la autoestima	28
4.2.2.3.1 Autoestima física.....	29
4.2.2.3.2 Autoestima general	29
4.2.2.3.3 Autoestima de competencia académico/intelectual	29
4.2.2.3.4 Autoestima emocional.....	30
4.2.2.3.5 Autoestima de relaciones con otros significativos	30
4.2.2.4 Factores de desarrollo	30
4.2.2.4.1 Formas de expresión de baja autoestima	31
4.2.2.4.2 Formas de expresión de una adecuada autoestima	31
4.2.2.4.3 Formas de evitar una autoestima negativa	32
4.2.2.5 Autoconcepto	33
4.2.2.5.1 Formación del autoconcepto	33
4.2.3 Adicciones	34
4.2.3.1 Concepto.....	34
4.2.3.2 Tipos de adicciones	35
4.2.3.3.1 Factores familiares.....	36
4.2.3.3.2 Factores comunitarios.....	38
4.2.3.3.3 Factores individuales	38
4.2.3.3.3.1 Factores Biológicos.....	38
4.2.3.3.3.2 Factores Psicológicos y Conductuales.....	38
4.2.3.3.3.3 Rasgos de personalidad	39
4.2.3.4 Prevalencia de sustancias consumidas	39
4.2.3.5 Consecuencias	40
4.2.3.6 Tratamientos	40
4.3 Marco legal.....	42
4.3.1 Constitución de la República Del Ecuador.....	42
4.3.1.1 Capítulo segundo. Derechos del buen vivir. Sección primera. Agua y alimentación.....	42

4.3.1.2 Capítulo segundo. Derechos del buen vivir. Sección séptima. Salud ...	42
4.3.1.3 Capítulo tercero. Sección novena. Personas usuarias y consumidoras	43
4.3.2 Reglamento Centros de Recuperación. Capítulo cuarto. Condiciones y requisitos para alimentación, higiene, infraestructura y seguridad de los Centros de Rehabilitación.....	43
5. Formulación de hipótesis	45
6. Identificación y clasificación de variables	46
7. Metodología de la investigación	48
7.1 Justificación de la elección del diseño	48
7.2 Población y muestra	48
7.2.1 Criterios de inclusión.....	49
7.2.2 Criterios de exclusión.....	49
7.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos.....	49
7.3.1 Técnicas.....	50
7.3.2 Instrumentos	50
8. Presentación de resultados	52
8.1 Análisis e interpretación de resultados	52
9. Conclusiones	66
10. Recomendaciones.....	67
11. Presentación de propuestas.....	68
11.1 Título.....	68
11.2 Fundamentación	68
11.3 Justificación	72
11.4 Objetivos.....	73
11.4.1 Objetivo general.....	73
11.4.2 Objetivos específicos	73
11.5 Descripción y actividades de la propuesta	74
11.5.1 Plan de alimentación nutricional para pacientes con Síndrome de Abstinencia	74
11.5.2 Presentación de Menús	75
11.5.3 Análisis químico de cada menú	77
11.5.4 Recomendaciones generales.....	83
Bibliografía.....	84

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción estadística de IMC.....	52
Tabla 2. Descripción estadística de porcentaje de grasa corporal.....	53
Tabla 3. Descripción estadística de índice cintura- cadera (ICC)	53
Tabla 4. Porcentaje de Índice de masa corporal en las diferentes fases de seguimiento.....	54
Tabla 5. Porcentaje de Índice cintura/cadera en las fases de seguimiento	56
Tabla 6. Porcentaje de grasa corporal estimadas en el seguimiento	58
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de nivel de autoestima	60
Tabla 8. Porcentaje relación IMC y Autoestima	61
Tabla 9. Porcentaje de relación entre grasa corporal y autoestima	63
Tabla 10. Porcentaje de relación entre ICC y Autoestima	64
Tabla 11. Margen de grasa corporal para adultos normales.....	92
Tabla 12. Relación peso/estatura: índice de masa corporal	92
Tabla 13. Cocientes en la obesidad: índice cintura/cadera distribución de grasa corporal.....	92
Tabla 14. Enfermedades y sus factores de riesgo nutricionales	93
Tabla 15. Necesidades estimadas de energía (ERR), consumos dietéticos recomendados (RDA) y consumos adecuados (AI) y consumos adecuados (AI) para energía y nutrientes energéticos.....	94
Tabla 16. Consumo dietéticos recomendados de vitaminas.....	94
Tabla 17. Consumo dietéticos recomendados de minerales.	95
Tabla 18 Caracterización del promedio de la población de estudio	96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. % de IMC en las fases de seguimiento	54
Gráfico 2. % de ICC en las fases de seguimiento	56
Gráfico 3. % de Grasa Corporal estimadas en el seguimiento	58
Gráfico 4. Porcentaje de nivel de autoestima	60
Gráfico 5. % de relación entre IMC y Autoestima	61
Gráfico 6. % relación de grasa corporal - autoestima	63
Gráfico 7. % de relación ente ICC y Autoestima	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Carta de permiso para el desarrollo de investigación	90
Anexo 2. Autorización para el desarrollo del trabajo de investigación	91
Anexo 3. Margen de grasa corporal para adultos normales	92
Anexo 4. Relación peso/estatura: índice de masa corporal	92
Anexo 5. Cocientes en la obesidad: ICC distribución de grasa corporal	92
Anexo 6. Enfermedades y sus factores de riesgo nutricionales.....	93
Anexo 7. Necesidades estimadas de energía (ERR), consumos dietéticos recomendados (RDA) y consumos adecuados (AI) y consumos adecuados (AI) para energía y nutrientes energéticos.	94
Anexo 8. Consumo dietéticos recomendados de vitaminas.....	94
Anexo 9. Consumo dietéticos recomendados de minerales.	95
Anexo 10 Caracterización del promedio de la población de estudio	96
Anexo 11. Historia clínica nutricional (formato).....	96
Anexo 12. Cuestionario	100
Anexo 13. Encuesta Psicosocial y familiar.....	101
Anexo 14. Instrumentos para evaluación nutricional y dietética.....	102
Anexo 15. Antropometría	103
Anexo 16. Pesaje de alimentación	104
Anexo 17. Realización de Test de Rosenberg	105
Anexo 18. Realización de encuesta psicosocial y familiar	105
Anexo 19. Charla nutricional	106

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado para determinar la relación entre el estado nutricional y autoestima de pacientes adultos varones del Centro Especializado de alcohol y otras drogas “CETAD”.

Se desarrolló mediante enfoque cuantitativo, el diseño metodológico de investigación no experimental, de tipo transversal, y alcance correlacional de manera que se alcanzó el objetivo planteado. Se utilizó técnicas e instrumentos como test de autoestima, entrevistas, mediciones antropométricas, pesaje de alimentación, cálculo de menús con el fin de obtener información que validen el objeto de estudio, a través del cual se obtuvo como resultado que los pacientes que presentan autoestima adecuada (33%) presentan un 5% de sobrepeso, mientras pacientes con autoestima baja (67%) presentan sobrepeso en un 23%, obesidad 5% y 13% de bajo peso.

Este estudio permitió conocer los diferentes factores que influyen en el estado de salud como hábitos de alimentación inadecuados, antecedentes patológicos familiares, factores biopsicosociales, entre otros. Concluyendo que existe una relación significativa entre el estado nutricional y el tipo de autoestima, ya que se evidenció que los problemas de autoestima se reflejan en estos pacientes con momentos de ansiedad alterando así su estado de salud física y emocional, comprobando así la relación entre las variables.

PALABRAS CLAVES: estado nutricional, autoestima, ansiedad, sobrepeso, obesidad, adicciones.

ABSTRACT

The following research was realized to determine the relationship between nutritional status and self-esteem issues in adults male patients of the specialized center for alcohol and other drugs "CETAD".

A method of study with a quantitative approach was developed, not experimental, correlative, cross-sectional research which helped to reach the stated objective. Techniques and instruments such as self-esteem test, interviews, food weighing, menus 's calculation was used in order to get information to validate the object of study. Through the study was obtained as a result that patients with adequate self-esteem (33%) have a 5% of overweight, while patients with low self-esteem (67%) present a 23% overweight, 5% obesity and 13% underweight. This study allowed to know the different factors influencing health status as inadequate eating habits, family medical history, biopsychosocial factors, among others.

Concluding that there is a significant relationship between nutritional status and the type of self-esteem, as it became clear that the self-esteem issues are reflected in these patients that presented anxious moments which are altering their physical and emotional health, thus proving the relationship between variables.

KEY WORDS: nutritional status, self-esteem, anxiety, overweight, obesity, addictions.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas en el individuo se ha incrementado últimamente por lo cual al estudiar a este grupo, las consecuencias que se observó son los diferentes cambios corporales que presentan, ya sean estos durante el consumo o en el abandono de dichas sustancias.

El estudio realizado permitió conocer los diferentes factores que se encuentran en relación nutricional y psicológica para identificar las características de esta población y poder realizar una valoración indicada. Teniendo en cuenta que la evaluación del estado nutricional permite detectar situaciones de exceso o deficiencia a nivel alimentario siendo necesaria para proponer las actuaciones dietéticas adecuadas en la prevención de enfermedades en personas sanas y la corrección en personas enfermas.

Debido a que el consumo de sustancias es un problema de comportamiento, los conocimientos a nivel psicosocial del paciente permitieron relacionar síntomas durante el tratamiento que afecten a su estado nutricional.

De este modo en el desarrollo de la investigación se planteó una interrogante que permite darle sentido al estudio, la cual fue ¿Existe relación entre el estado nutricional y autoestima en pacientes adultos varones en tratamiento de adicciones?, para lo cual se fijaron objetivos para el logro de la investigación.

Se determinó el estado nutricional mediante la valoración de medidas antropométricas, además se pudo identificar los factores que afectan a nivel

nutricional y psicosocial. Analizando también las necesidades y requerimientos energéticos de la población.

Logrando estos objetivos se permite individualizar la alimentación para este grupo, mediante la elaboración de una guía nutricional que permita mejorar la calidad de vida durante su tratamiento residencial.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adultez es una etapa de la vida que al igual que las otras requiere de una adecuada nutrición, instaurando una correcta alimentación para así contribuir a la calidad de vida.

Las principales preocupaciones nutricionales en la vida adulta son la reproducción, control de peso y el bienestar. Se hace énfasis en el estado fisiológico y no en el crecimiento. El gasto calórico energético alcanza su cifra máxima durante la adolescencia tardía y el comienzo de la edad adulta, luego disminuye alrededor del 20% con el transcurso de la vida (Beate, 2010).

“En 1960 investigadores del *Baltimore longitudinal study on aging (BLSA)* informaron que el consumo calórico en varones disminuía 22%, de 2700 a 2100 calorías” (Beate, 2010). Esto se debe a la disminución del metabolismo y a una posible baja actividad física.

En consecuencia el adulto en su etapa de vida requiere de una alimentación saludable para cubrir sus necesidades de energía. Es evidente que ya no está en periodo de crecimiento, la alimentación será para mantener su estado fisiológico y los patrones de alimentación que adquiera se reflejarán en la etapa futura.

En el desarrollo de la vida de los seres humanos se presentan cambios psicosociales que pueden interferir en su estado de armonía y equilibrio.

Los expertos refieren que en la vida de las personas hay situaciones que pueden provocar el uso y abuso de drogas. Los cuales pueden ser personales o ambientales, de los cuales el primero tiene que ver con la

vida del individuo y el segundo con el entorno social, familiar y físico. Las personas constantemente luchan con aclarar sus inquietudes y al no poder hacerlo tratan de “olvidarse del mundo” o de “ahogar las penas” mediante el uso de diferentes sustancias (Oficina de las Naciones unidas contra la Droga y el Delito, 2012).

El uso de sustancias implica factores de riesgo para el individuo, las cuales ponen su salud en dificultades ya sea a corto o largo plazo. Los factores de riesgos a nivel del individuo son características a nivel de la personalidad. Los de riesgo social, familiar y comunitario se refieren a las influencias del entorno a nivel local, por último los de riesgo macrosocial suponen las influencias socioeconómicas, políticas y legales (Ramón Florenzano, s.f).

El inicio de uso de sustancias puede presentarse en cualquier etapa de vida del ser humano, generalmente en la juventud o adultez. “A partir de la cuarta década se sufren las secuelas del consumo, siendo estas enfermedades o muerte” (Ramón Florenzano, s.f).

El consumo de drogas a nivel mundial, “se calcula que en el 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita” (UNODC, 2014).

En el Ecuador según la encuesta nacional de salud y nutrición, menciona que “la población de 20 a 59 años la prevalencia de personas que han

consumido alcohol en el último mes es de 41,3%, siendo 56,5% en hombres y 25.4% en mujeres” (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición , 2011 - 2013).

En lo que respecta al consumo de tabaco de “la población ecuatoriana de 20 a 59 años el 55,1% declara haber probado tabaco alguna vez en la vida, esta prevalencia en hombres es 80,8% y en mujeres 30,9%” (Ensanut , 2011 - 2013).

“Otro aspecto de interés que aumenta el riesgo de consumo es la baja autoestima como un trastorno de conducta, la cual se presenta con impulsividad, con alta necesidad de búsqueda de novedades, o con una mayor debilidad del Yo” (Ramón Florenzano, s.f).

“Por otra parte y como punto importante se haya las variables psicopatológicas tales como: ansiedad, depresión, estrés, así se presentan las llamadas “crisis”, llevando a un mayor consumo” (Ramón Florenzano, s.f).

Es necesario identificar el tipo de ansiedad que puede tener el individuo en la etapa de recuperación. La incorporación de una dieta normal puede ser difícil si se ha presentado una demanda de pérdida de peso, además el apetito puede aumentar durante la recuperación, lo que puede producir una tendencia a comer en exceso.

Los adictos y alcohólicos a menudo olvidan cómo es la sensación de tener hambre y en su lugar la interpretan como un deseo vehemente por la droga. El consumo de marihuana puede aumentar el apetito, de tal manera que algunos de los consumidores habituales pueden presentar sobrepeso (Oberman, Resnisky, & Zajarchuk, 2008).

Los pacientes en la etapa de recuperación se enfrentan de manera inconsciente ante un problema de ansiedad y al no disponer de las sustancias tendrán un mayor deseo por comer o momentos de atracones. Es claro que son sujetos con trastornos de conductas y patologías sociales, son individuos que generalmente tienen un estrato socioeconómico bajo, hogares disfuncionales, problemáticas sociales, entra aquí los problemas de autoestima y conductas, reprimiéndose con ansiedad, en donde si hay una óptima alimentación / nutrición y peso adecuado, ayudará a mejorar el estado de ánimo y de salud, haciendo más probable que no se presente una recaída.

También es necesario el apoyo psicológico como parte del tratamiento. Según un estudio realizado en un Instituto de Salud Mental se encuentra que:

Existe relación significativa entre el nivel de satisfacción personal y las buenas relaciones de los padres dentro del matrimonio durante un tratamiento de adictos a las drogas. Se encontró que el 61% presentó un nivel de satisfacción personal de nivel medio, y 41,18% de los pacientes provienen de familias nucleares cuya manutención proviene de ambos padres. Facilitando la relación de la familia y el adicto en el tratamiento (Velasquez Carranza & Pedrao, 2005).

Estos comportamientos sugieren que los individuos que usan sustancias pueden estar en riesgo de estado nutricional deficiente.

La ingesta crónica de alcohol y el abuso de drogas pueden reducir el apetito, lo que conduce a bajo consumo de proteínas, energía, vitaminas,

minerales y fibra. Entre otros efectos nutricionales adversos están: malabsorción de nutrientes, aumento/pérdida de peso inadecuado, anemia por deficiencia de hierro, entre otros (Stang, 2010).

Por lo citado anteriormente, se puede inferir que el diagnóstico del estado nutricional del adicto, es primordial para identificar riesgos nutricionales, y de esta manera poder plantear programas de intervención para su promoción y prevención.

El Ministerio de Salud Pública en la ciudad de Guayaquil tiene dentro de sus servicios un centro para tratamiento de adicciones en adultos varones “Centro Especializado de Tratamientos de Alcohol y Otras Drogas (CETAD)”. El cual tiene el compromiso en brindar atención integral a los adultos en situación de carencia o fragilidad de la red familiar-social. El objetivo es facilitar el acceso a la desintoxicación y recuperación psicológica, reintegrándolos a su familia y a la sociedad, en un ambiente adecuado que satisfaga sus necesidades de protección.

Debido a la importancia de la nutrición en este grupo de estudio, el presente trabajo de investigación pretende valorar su estado nutricional y poder enriquecer dicho tratamiento.

Es trascendental transmitirle a los pacientes que una correcta alimentación es esencial para una óptima recuperación tanto del aspecto psicológico como nutricional. Mejorando su calidad y expectativa de vida. “Es un primer paso en su recuperación completa y, por tanto, un objetivo primario dentro de los diferentes modelos de intervenciones en los tratamientos de los drogodependientes” (Oberman et al, 2008).

1.1 Formulación del problema

Con estos antecedentes nos realizamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe relación entre el estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones en tratamiento de adicciones?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial de adicciones en el CETAD.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el estado nutricional mediante criterios antropométricos y dietéticos de la población.
- Analizar las necesidades y requerimientos nutricionales en la población de estudio.
- Medir el nivel de autoestima de los pacientes.
- Conocer los factores que afectan la autoestima de los pacientes.
- Elaborar un plan de alimentación saludable para los individuos.

3. JUSTIFICACIÓN

En referencia ante el fenómeno social del consumo problemático de sustancias psicoactivas que actualmente enfrenta la provincia del Guayas, se decidió abordar dicho tema de investigación. Puesto que hoy en día el consumo de sustancias o dependencia afecta a mayor parte a adolescentes y adultos prevaleciendo el sexo masculino, formando así parte de un grupo vulnerable en nuestra sociedad. De ahí la importancia de intervenir para mejorar su calidad de tiempo en el transcurso de su tratamiento.

Ante el diagnóstico de situación se pudo observar que existen falencias en la parte nutricional dado que la alimentación brindada aparentemente no cubre las necesidades y requerimientos de dicha población. Por otra parte hay que tener en cuenta que las adicciones engloban un conjunto de carácter biopsicosocial, es decir que no solo se verán cambios a nivel físico sino también a nivel emocional. Estos factores repercuten en su estado nutricional porque para mantenerse en un estado óptimo se necesita estar bien anímicamente.

Es por esto que hemos decidido realizar una investigación en el CETAD, en el cual acuden pacientes adultos varones para tratamiento residencial de adicciones.

El ser humano no es solo un organismo físico, sino, es un sistema que se encuentra íntimamente relacionado entre su organismo, cuerpo y mente, más aún en la población escogida ya que según la constitución del Ecuador en el art. 364 describe que:

Las adicciones son un problema de la salud pública. Al estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias

estupefacientes y psicotrópicas: así como ofrecer tratamientos y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos, en ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerara sus derechos constitucionales. El estado contralará y regulará la publicidad del alcohol y tabaco (Asamblea Nacional, 2010).

Por otra parte la Ministra de Salud Pública en el Reglamento de Centros de Recuperación también respalda a su alimentación para que sea la adecuada teniendo así el art. 14 que refiere condiciones para la alimentación:

Las personas con algún tipo de adicción, tendrá derecho a recibir una alimentación y nutrición, dietas especiales, dietas para adictos con enfermedades adicionales, adecuada y suficiente que responda en cantidad, calidad y condiciones de higiene adecuada. Dicha alimentación será brindada en horarios regulares (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios), y su suspensión o limitación como medida disciplinaria está totalmente prohibida. Se respetara aspectos filosóficos, culturales, de dichas personas determinadas por su situación en particular. Los CR contarán para el efecto con el personal de nutrición adecuada (Abarca Durán, 2010).

En lo planteado es evidente que él adicto es una problemática social, la cual actualmente está siendo tratada con mucha más atención por el Gobierno de la República del Ecuador; es por eso que buscamos conocer la situación alimentaria de estos pacientes y poder implementar en ellos los conocimientos

requeridos para que logren desarrollar una alimentación saludable y una óptima recuperación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO REFERENCIAL

Son diferentes los estudios que se enfocan en el tema propuesto. Entre ellos analizamos dos investigaciones en las cuales caracterizaban las adicciones, estado nutricional y autoestima.

La primera se realizó en los pobladores de la ciudadela Manuel Aguirre piedra de la ciudad Huaquillas, de la provincia del oro en el periodo 2012. En el cual se analizó que:

El origen de las adicciones es multifactorial, en los que se puede mencionar factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales, que llevan al individuo a no ser capaz de controlar la actividad que está realizando, por la cual se eligió el tema de CARACTERIZACIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA AUTOESTIMA, la cual tuvo como objetivo general realizar un estudio para caracterizar los problemas de adicciones y su relación con la autoestima; y como específicos, caracterizar las adicciones y su prevalencia en los habitantes, así como determinar niveles de autoestima y su relación con las adicciones. La población investigada fue de 400 personas, y los métodos empleados fueron; el método científico, método inductivo, método deductivo, método analítico, método estadístico-descriptivo que estuvieron presentes en todo el desarrollo del proyecto, como técnica se utilizó, una encuesta estructurada por el macroproyecto de 22 ítems a fin de caracterizar las adicciones, un test de “ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOERSMIT” que está formado por 25 ítems para medir los niveles de autoestima. Dicha investigación llegó a concluir que: Las adicciones psicotrópicas de mayor incidencia en las personas son el consumo de alcohol, cigarrillo, cemento de contacto y en las adicciones

comportamentales tenemos la adicción al internet, a la televisión y a los juegos electrónicos. Que el factor fundamental que influye en el consumo de las diversas adicciones son, el factor económico y familiar; siendo las principales causas para que se desarrollen las adicciones la falta de comunicación con los padres y las malas amistades. Además las personas que tienen una autoestima media baja son mayormente los que consumen alcohol, drogas y cigarrillo (Rodriguez Valdez, 2013).

Por otro lado se realizó un estudio en la Fundación San Carlos con el fin de evaluar el estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones. Esta investigación refiere lo siguiente:

Fueron evaluados 46 individuos de sexo masculino, con edades entre 15 y 50 años, los cuales se encontraban clasificados en 3 categorías (fase A, B y C) según la etapa del tratamiento en la que se encontraban. Se realizaron mediciones antropométricas: peso, talla, circunferencia de cintura (CC), pliegue tricípital y perímetro braquial, a partir de los cuales se construyeron los indicadores índices de masa corporal (IMC) y circunferencia muscular del brazo (CMB).

Los resultados indicaron que el 15,22% de la muestra presentó obesidad, el 39,13% sobrepeso, mientras que un 45,65% de la misma presentó normopeso. El 39,14% presentó riesgo en base al valor de su CC. Se observó que un 40% de los pacientes de la fase A, un 62,5% de la fase B y un 70% de la fase C presentaron $IMC \geq 25$. Con respecto a la CC, en la fase C un 60% presentó riesgo cardiovascular ($CC \geq 94$ cm.) superando a

las demás fases. Se encontró una relación significativa entre el IMC y la CC, ya que el R² fue de 0,77.

Estos datos permiten afirmar que conforme se evoluciona en las etapas de tratamiento de rehabilitación de adicciones, se produce un aumento de peso acompañado de un incremento del riesgo cardiovascular. Se requiere profundizar en el estudio del estado nutricional antropométrico en pacientes en rehabilitación de adicciones en otras instituciones para poder realizar inferencia en la población (Oberman et al, 2008).

De acuerdo a los estudios se puede evidenciar que los cambios que se presentan en pacientes adictos no solo son de manera física y nutricional, sino que además los ámbitos psicológicos se verán afectados mostrando niveles no adecuados de autoestima o ansiedad. De esta manera se puede generar estrategias para que el tratamiento sea una relación de manejo nutricional y psicoeducacional, con un esquema terapéutico que contemple las actuaciones necesarias.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Nutrición en el adulto

La edad adulta se define a la etapa de vida que va alrededor de los 20 años hasta los 60 años de edad. Si se presentan adecuados genes y hábitos alimentarios entonces se podrá extender hasta los 60 años.

Los años de la vida adulta se pueden dividir teniendo en cuenta los cambios de las necesidades nutritivas:

Edad adulta temprana: alrededor de la segunda década. El desarrollo de la densidad mineral ósea de los adultos continúa hasta cerca de los 30 años y el crecimiento de la masa muscular se mantiene siempre que usen los músculos (Beate, 2010).

Madurez: durante la cuarta y quinta década, fisiológicamente la composición corporal va cambiando con lentitud junto con los cambios hormonales, pudiendo ser por disminución de la actividad. En promedio, los individuos comienzan a ganar peso a partir de los 40 años de edad.

Momento oportuno para revalorar los hábitos alimenticios y nutricionales anteriores (Beate, 2010).

Por lo tanto los individuos que presentan una buena alimentación y adecuados hábitos de vida como ejercicios físicos, llegan a su vejez alcanzando los 60 años de vida o más. Ya que los adultos cosechan los frutos de sus hábitos de vida pasados.

4.2.1.1 Importancia de la nutrición

La nutrición y alimentación en ésta etapa resalta la importancia de la dieta para mantener el estado de salud en adecuadas condiciones y así evitar enfermedades.

Cuando nos referimos a la alimentación, “en todas sus variantes culturales y en un sentido amplio, nos fijamos en que ésta define la salud de las personas, su crecimiento y su desarrollo” (Calañas, 2012)(p.3). Para que los individuos estén sanos y en sus óptimas condiciones tanto físicas como mentales, es necesario que su alimentación aporte una adecuada nutrición. Es por esto que “la alimentación diaria de cada individuo debe contener una cantidad suficiente de los diferentes macro y micronutrientes para cubrir la mayoría de las necesidades fisiológicas” (Calañas, 2012)(p.3). Las cuales deben estar indicadas para cada individuo influyendo en diferentes factores como el sexo, la edad, el estado fisiológico, la composición corporal, el nivel de actividad física, entre otras características.

Entonces es lógico mencionar que al trabajar en conjunto la alimentación y la nutrición, se presenta la alimentación saludable la cual mantendrá en adecuadas condiciones al ser humano tanto físicas como fisiológicas por lo que incluye patrones correctos de hábitos.

4.2.1.2 Cambios fisiológicos en la edad adulta

En la edad adulta se presentan importantes cambios fisiológicos. “El cambio fisiológico sobresaliente (...) es el aumento de peso, que implica desplazamientos en la composición corporal con una reducción de la masa corporal magra y una acumulación de reservas de grasa de mayor magnitud”

(Mathai, 2001)(p.297). En esta etapa de vida el crecimiento y desarrollo ya están completos. “El énfasis nutricional cambia para mantener la estabilidad física, en especial la fuerza muscular y evitar el exceso de grasa, sobre todo alrededor de la cintura” (Beate, 2010).

Cuando se es niño, es posible recordar la necesidad de una buena nutrición puesta que se está en pleno crecimiento. “En la vida adulta es menos fácil apreciar que la reparación y reemplazo celular continuo dependen del adecuado aporte de nutrientes” (Beate, 2010).

El ser humano no presta atención a su parte interna, muchas veces cree que se mantiene o que todo está perdurando y se olvidan de los patrones alimentarios adecuados. Generalmente “en el adulto alrededor del 5% de las células se reemplazan a diario y esta varía según el tipo celular” (Beate, 2010).

Es por esto que uno de los “factores que conducen a un aumento de peso son el consumo excesivo de calorías, el cual lleva a mayores reservas de grasa, además de una escasa actividad física, dando como resultado una declinación en la masa corporal magra” (Mathai, 2001)(p.297).

Por lo tanto esta variación fisiológica que se presenta luego del aumento de peso tendrá consecuencias importantes para la salud. El adulto puede presentar padecimientos crónicos en donde estará inmerso el estado de su salud.

En un informe (Rippe, 1998) menciona tales padecimientos: “la diabetes mellitus 2, alteraciones en la tolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, apnea de sueño,

enfermedades en la vesícula biliar, osteoartritis (...), disminución en la fertilidad y algunos cánceres” (Mathai, 2001)(p.297).

4.2.1.3 Valoración del estado nutricional

En la edad adulta se concluye la fase de crecimiento, por lo tanto la evaluación del estado nutricional se basa en la antropometría, la cual es la estimación del peso para la estatura que se haya alcanzado y la estimación de las proporciones que en ese peso corresponde al tejido magro, fundamentalmente el integrado por la masa muscular, y la que corresponde al tejido graso. En lo que se refiere al peso del adulto en relación con la estatura, se utiliza la relación peso para la talla de la cual existen distintos índices, de todos ellos el índice de masa corporal IMC o índice de Quetelet es el más utilizado para determinar el estado nutricional (Berdasco Gómez, 2002).

En el 2005 Mataix Verdú & López Jurado refirieron que “las principales medidas antropométricas son peso, talla, pliegues cutáneos, circunferencias y diámetros corporales, a partir de los cuales se construyen diversos indicadores que permiten realizar el diagnóstico antropométrico final” (p.753).

4.2.1.3.1 Peso y Talla

La talla junto con el peso, es una de las dimensiones corporales más utilizadas, debido a que su registro es de manera sencilla. La talla se expresa en centímetros, midiendo la distancia entre el vértex y el plano de apoyo del individuo, el peso se expresa en kilogramos (Mataix Verdú & López Jurado, 2005)

4.2.1.3.2 Pliegues Cutáneos

Para que sea más precisa la valoración del contenido de grasa corporal, se miden pliegues cutáneos mediante el lipocalibre. Los pliegues cutáneos son medidas del tejido adiposo en la región subcutánea, puesto que en esta zona está localizado uno de los mayores depósitos de grasa en humanos. Las medidas de pliegues han demostrado ser bastante aproximadas para la grasa subcutánea de un lugar o zona determinados, y existe evidencia que apoye hecho de que la suma de varios pliegues obtenidos en diferentes sitios del cuerpo da una buena medida de la grasa subcutánea total.

Los pliegues cutáneos que se utilizan más frecuentemente en antropometría son:

Pliegue tricpital (PT). Se mide en el punto medio entre el borde inferior del acromion y el olecranon, en la cara posterior dl brazo. El pliegue es vertical y va paralelamente al eje longitudinal del brazo (Mataix Verdú & López Jurado, 2005).

Pliegue bicipital (PB). Se mide en el punto medio acromioradial, en la parte anterior del brazo. El pliegue es vertical y corre paralelamente al eje longitudinal del brazo (Mataix Verdú & López Jurado, 2005).

Pliegue Suprailíaco (PI). Se localiza justo encima de la cresta ilíaca en la línea medio-axilar. El pliegue corre hacia adelante y hacia abajo en dirección natural del pliegue, formando un ángulo de alrededor de 45° con la horizontal (Mataix Verdú & López Jurado, 2005).

Pliegue subescapular (PS). Se mide en la zona inmediatamente por debajo del ángulo de la escápula en dirección oblicua hacia abajo y hacia afuera, formando el ángulo de 45° con la vertical (Mataix Verdú & López Jurado, 2005)

Pliegue abdominal (PA). Está situado lateralmente a la derecha a 5 cm de la cicatriz umbilical en su punto medio. El pliegue es vertical y corre paralelamente al eje longitudinal del cuerpo (Mataix Verdú & López Jurado, 2005).

Al obtener la toma de los pliegues mencionados, es posible realizar el diagnóstico para otorgar un mejor análisis de los resultados. En la tabla 11 se muestran los márgenes del contenido de grasa y su respectiva clasificación según edad (**ver anexo 3**).

4.2.1.3.3 Perímetros

Las medidas de perímetros también se han utilizado para construir indicadores de grasa corporal, indicadores de masa muscular total y reservas proteicas.

Los lugares que se consideran más importantes para cuantificar y describir la distribución del tejido adiposo son: brazo, cintura y cadera o glúteos, y muslos.

Los perímetros que se utilizan tienen funciones distintas, de esta manera el perímetro de brazo o circunferencia del brazo permite obtener fórmulas que se relacionan con los compartimientos graso y muscular, junto al perímetro muscular del brazo son indicadores del compartimento proteico. El perímetro del brazo es muy utilizado especialmente a nivel hospitalario, puesto que presenta facilidad y rapidez para su determinación, realizándose su medida con

cinta métrica inextensible y flexible, calibrada en milímetros, en el punto medio del brazo, precisamente en el punto donde se mide el pliegue tricípital, y cuidando de no producir ninguna compresión en el brazo.

Por otra parte los perímetros de cintura y cadera se utilizan fundamentalmente para conocer la distribución de la grasa corporal, lo que tiene valor predictivo de riesgos por diversas enfermedades.

4.2.1.3.4 Indicadores Antropométricos

El índice de masa corporal es uno de los indicadores más utilizados por la facilidad de su estimación e independencia de la talla. Se calcula a partir del peso corporal expresado en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla expresada en metros (Mataix Verdú & López Jurado, 2005).

La ecuación de estas dos expresiones nos ayuda a analizar el índice de masa corporal, el cual nos determina si el peso corporal es relativamente proporcional para la talla que se posee. En la tabla 12 se analiza los respectivos diagnósticos del IMC (**ver anexo 4**).

4.2.1.3.5 Indicadores de distribución de la grasa corporal

4.2.1.3.5.1 Índice cintura/cadera

La relación cintura/cadera es un método utilizado para describir la distribución, tanto subcutánea como intraabdominal, del tejido adiposo. Resulta de dividir el perímetro de la cintura (cm) por el perímetro de la cadera (cm). La tabla 13 muestra los rangos para determinar la distribución de grasa corporal, dividiéndola en 3 tipos (**ver anexo 5**).

4.2.1.4 Riesgos nutricionales

Los riesgos nutricionales se presentan dependiendo de los factores en los que se expone el paciente ya sean estos externos o internos, entre los cuales se puede mencionar mala alimentación, sedentarismo, desconocimiento nutricional, hábitos o adicciones, que conllevan a problemas de salud como desnutrición, obesidad, problemas cardiovasculares, diabetes, hipertensión entre otros.

Las adicciones muestran un factor de riesgo nutricional dependiendo de la sustancia que se consuma, el paciente puede presentar bajo peso o sobrepeso, puesto que dejan de comer o comen en exceso.

En la tabla 14 se muestra las posibles enfermedades que puede presentar el adulto si no lleva un hábito saludable y sus posibles riesgos nutricionales (**ver anexo 6**).

4.2.1.5 Recomendaciones dietéticas

El requerimiento de un nutriente se define como la cantidad necesaria para el sostenimiento de las funciones corporales del organismo humano dirigidas hacia una salud y rendimiento óptimos. Los requerimientos nutricionales del ser humano tienen 3 componentes: el requerimiento basal; el requerimiento adicional por crecimiento, gestación, lactancia o actividad física; y la adición de seguridad para considerar pérdidas de nutrientes por manipulación y procesamiento. El requerimiento de nutrientes del ser humano está influido por la esencialidad y función del nutriente, por diferencias individuales, factores ambientales y por la adaptación al suministro variable de alimentos (Hernández Triana, 2004).

Según las organizaciones Dietary Guidelines for Americans desarrolladas por el gobierno estadounidense, Institute of Medicine (IOM) Food and Nutrition Board's Recommended Dietary Allowances y American Heart Association's Diet and Lifestyle Recommendations, Revision 2006, emiten recomendaciones dietéticas con base en su misión y objetivos. Tres perspectivas principales fundamentan los lineamientos y consejos dietéticos.

- Procurar el descenso del riesgo de una enfermedad específica. Por ejemplo, la American Heart Association sugiere reducir la grasa dietética total para disminuir el riesgo de cardiopatía. El National Cancer Institute (y los productores de frutas y verduras) incita a consumir más frutas y verduras para reducir el riesgo de ciertos tipos de cáncer.
- Asegurar el consumo adecuado de nutrientes específicos entre la población. Por ejemplo, los reglamentos de la Food and Drug Administration (FDA) obligan al enriquecimiento de las harinas y productos de grano con vitaminas B, ácido fólico y hierro.
- Ofrecer consejos respecto a qué y cuánto comer: son herramientas dietéticas las cuales se diseñaron para ayudar a los consumidores a decidir qué comer para mantenerse sanos.

4.2.1.5.1 Macronutrientes y micronutrientes

Los macronutrientes son los que constituyen una parte fundamental en la alimentación teniendo así carbohidratos, proteínas y lípidos, ejerciendo de esta manera funciones específicas en el organismo como son de energía, estructura y reserva respectivamente.

En lo que refiere al aporte de cada grupo el hidrato de carbono se recomienda entre 55 y 60%, proteínas entre 25 y 30 % y grasas entre 15 y 25 % del total de la energía de la dieta, proporcionando 4 kcal/g los hidratos de carbono y las proteínas mientras que los lípidos 9 kcal/g. Según la tabla 15, las necesidades estimadas de energía y los diferentes nutrientes varía por grupo de persona, ya sea por edad, género o estado fisiológico (**Ver anexo 7**).

Los micronutrientes se refieren a los complementos de vitaminas y minerales. Estos a diferencia de los micronutrientes no proporcionan al organismo energía, pero son necesarias en determinadas cantidades para tener un buen estado de salud.

Las necesidades de vitaminas y minerales varían de acuerdo a la edad y género. La tabla 16 muestra los valores de referencia de vitaminas para sujetos sanos (**ver anexo 8**).

En lo que respecta a minerales la tabla 17 muestra los valores de ingesta diaria recomendada (**ver anexo 9**).

4.2.1.6 Recomendaciones de actividad física

La actividad física ayuda como medida preventiva para problemas de salud reduciendo el riesgo de ENT y depresión, con el fin de mejorar funciones cardiorespiratorias, musculares y salud ósea, de esta manera se recomienda:

- Realizar 30 minutos diarios de actividad física como mínimo, incluyendo actividades recreativas o de desplazamiento, ya sean de intensidad moderada o vigorosa o alternando las dos, realizando de esta manera 150 minutos semanales.
- La práctica de actividad física aeróbica se puede realizar sesiones de mínimo 10 minutos.
- El objetivo de ir incrementando el tiempo en la actividad física que se realice, permitirá que el paciente obtenga mayores beneficios a su salud.

Las recomendaciones van dirigidas a adultos de 18 a 64 años, sin dolencias médicas que aconsejen lo contrario (Organización Mundial de la Salud, 2015).

4.2.2 Autoestima

4.2.2.1 Concepto

Se puede definir a la autoestima a “como nos sentimos con nosotros mismos. Al concepto que cada persona tiene de sí misma, se verá reflejado cuando se siente buena y valiosa, lo que le proporciona confianza y seguridad” (Oceano Grupo, 2002).

4.2.2.2 Componentes de la autoestima

Los elementos que configuran el concepto que uno tiene de sí mismo son los componentes que guiarán a las personas a organizar las opiniones que tienen sobre sí mismas de una manera cognitivo-afectiva.

Entre estos se asume un triple componente: componente cognitivo o creencia, componente afectivo-emocional y componente comportamental o conativo, que según Triandis (1917), “son los aspectos que concretan las actitudes, lo que el individuo piensa, siente y predispone a distintos comportamientos” (Oceano Grupo, 2002)(p.15).

4.2.2.2.1 Componente cognitivo

Se basa sobre lo que uno cree y conoce de sí mismo. Es la valoración que los seres humanos hacen de ellos mismos, su manera de describirse en donde no se tiene en cuenta si ese conocimiento es verdadero o falso, es decir, es la representación mental o autoimagen (Oceano Grupo, 2002).

Hay varios factores que influyen en lo que uno cree de sí mismo, “como se ve a sí mismo el individuo = autodescripción: formado por aquellos aspectos a los que nos referimos cuando nos autodescribimos, siendo estas identidades sociales o la imagen corporal” (Oceano Grupo, 2002)(p.16).

“Como le gustaría verse al individuo = sí mismo ideal. Constituido por la imagen deseada, lo que nos gustaría pensar acerca de nosotros. Integrado por tres componentes: la imagen irreal, la imagen comprometida y la imagen moral” (Oceano Grupo, 2002) (p.16).

El sí mismo que se muestra a los otros= representación diferente. Lo que las personas muestran a los demás presentándose de distintas maneras en distintos auditorios. Este hecho se produce por dos motivos: proteger y mejorar la propia imagen y autoestima para conseguir metas y objetivos propuestos (Oceano Grupo, 2002)(p.16).

4.2.2.2.2 Componente afectivo

Es la parte emocional o afectiva la cual se da al momento de asociar el componente cognitivo con el objeto sobre el que se va a actuar, dependiendo si ese objeto está relacionado con situaciones satisfactorias o no satisfactorias, la respuesta afectiva será distinta. Este componente está constituido por connotaciones afectivas, emotivas y evaluativas que el individuo tiene de sí mismo (Oceano Grupo, 2002).

4.2.2.2.3 Componente comportamental, conductual o conativo

Este componente hace referencia a la conducta y actitud que posee la persona al momento de actuar frente a distintas situaciones. Entra aquí el autoconcepto que tengan de sí mismas a la hora de actuar. Si se ven de manera positiva, se comportan de un modo diferente a aquellas que se ven de manera negativa, interpretando la realidad de un modo distinto (Oceano Grupo, 2002).

4.2.2.3 Dimensiones de la autoestima

Las dimensiones de la autoestima son magnitudes que intervienen en la valoración global acerca de sí mismo. Son muy significativas y son: A) Autoestima física. B) Autoestima general. C) Autoestima de competencia

académico/intelectual. D) Autoestima emocional. E) Autoestima de relaciones con otros.

4.2.2.3.1 Autoestima física

Incluye la valoración que hacen las personas sobre sí mismas, desde un aspecto de su apariencia física. Evalúa la opinión que tienen los individuos respecto a su presencia corporal (Galdó Muñoz, 2008). De este modo se evalúa si se siente atractivo físicamente o si es fuerte siendo capaz de defenderse.

4.2.2.3.2 Autoestima general

Hace equivalencia a lo que se denomina autoconcepto general, agrupa las percepciones que tienen los sujetos sobre sí mismos de manera general, de cómo se sienten consigo mismo o que piensan de sí. Según Moreno y Cervelló en el 2005 describieron que esta dimensión presenta una estrecha relación con el índice de autoconcepto total, ya que ambos hacen referencia a la suma de percepciones que un individuo tiene sobre sí mismo (Galdó Muñoz, 2008)(p.190).

4.2.2.3.3 Autoestima de competencia académico/intelectual

“Revela cuales son las autopercepciones que tienen los individuos en relación a su rendimiento de tipo intelectual o académico” (Galdó Muñoz, 2008). Se encuentran ante cuestiones de si son listos o capaces de realizar algo.

4.2.2.3.4 Autoestima emocional

Se refiere a como las personas responderán ante determinadas situaciones que pueden provocar estrés. Esta dimensión pone de relieve en qué medida los sujetos responden de forma íntegra y con capacidad de autocontrol ante determinadas situaciones difíciles con las que se encuentran en la vida cotidiana (Galdó Muñoz, 2008).

Por lo consecuente los componentes que intervienen son frases como nerviosismo ante distintas situaciones, o como se siente la persona simpático/antipático, estable/inestable, valiente/temeroso, tímido/asertivo, tranquilo/inquieto, buen/mal carácter, generoso/tacaño entre otros.

4.2.2.3.5 Autoestima de relaciones con otros significativos

Revela cual es la percepción que tienen las personas frente a sus relaciones con otras personas de sus entorno social y principalmente familiar. Los padres son figuras de primera magnitud, de manera que intervienen en la formación de sus percepciones sobre sí mismos (Galdó Muñoz, 2008). Aquí entran ítems como si la persona se siente aceptada o rechazada por los demás, si es capaz de enfrentar diferentes situaciones sociales y de igual manera sentirse solidario con los demás.

4.2.2.4 Factores de desarrollo

La autoestima se va aprendiendo y configurando a través de la valoración que cada persona hace sobre su propio comportamiento, influyendo también la percepción de los demás hacia uno mismo, generando así diferentes tipos de autoestima ya sea baja o adecuada (Oceano Grupo, 2002).

4.2.2.4.1 Formas de expresión de baja autoestima

Según la obra (Oceano Grupo, 2002) describe que entre las características que puede presentar una persona con baja autoestima están:

- No se sienten importantes
- Poseen una falta de credibilidad en sí mismas
- Se muestran inseguras
- Tienen poca productividad
- No alcanzan las metas que se proponen
- No realizan autocríticas constructivas
- Tienen escasas habilidades sociales
- No saben resolver los problemas que se les plantean
- Poseen sentimientos de culpabilidad e inferioridad
- Padecen miedos y temores.

4.2.2.4.2 Formas de expresión de una adecuada autoestima

Entre las características referidas por (Oceano Grupo, 2002) que muestran a una persona con una adecuada autoestima están:

- Creen que son importantes
- Tienen confianza en sí mismas y en sus habilidades
- Superan sus problemas o dificultades personas
- Creen en sí mismas y en sus decisiones
- Afianzan su personalidad
- Son personas creativas
- Son independientes
- Mantienen mejor sus relaciones interpersonales
- Son responsables
- Afrontan los retos con entusiasmo

- Toleran bien las frustraciones.

4.2.2.4.3 Formas de evitar una autoestima negativa

Para mejorar la autoestima (Oceano Grupo, 2002) determina varias claves entre ellas están:

- No idealizar a los demás
- Evaluar las propias cualidades
- Cambiar lo que no gusta de uno mismo
- Controlar los pensamientos
- No buscar la aprobación de los demás
- Tomar las riendas de la propia vida
- Afrontar los problemas sin demora
- Aprender de los errores
- Practicar nuevos comportamientos
- No exigirse demasiado
- Darse premios y recompensas
- Aceptar el propio cuerpo
- Cuidar la salud
- Disfrutar del presente
- Ser independiente.

4.2.2.4.4 Posibles enfermedades de una pobre autoestima

Los seres humanos consecuentemente se encuentran ante la tendencia de valorarse ante ellos mismos, y al hacerlo pueden mostrar pensamientos positivos, lo que ocasionara bienestar y satisfacción personal. Por otro lado pueden mostrar pensamientos negativos el cual “puede aumentar la vulnerabilidad a determinados trastornos y enfermedades teniendo

repercusiones importante sobre su salud, tanto física como psicológica” (Balletano Prieto, s.f.).

Cuando se presentan problemas de autoestima puede “vincularse a patologías y manifestaciones como la depresión, la ansiedad, la anorexia, el insomnio, los trastornos de la personalidad, la inestabilidad emocional, el retraimiento social” (Balletano Prieto, s.f.).

4.2.2.5 Autoconcepto

Los seres humanos tienen la necesidad de conocerse a sí mismo, para así conseguir una vida más plena y agradable. “El autoconcepto se define al concepto o conocimiento que uno tiene de sí mismo, también llamado imagen del sí o autoimagen” (Oceano Grupo, 2002)(p.13).

Es la imagen o representación que se tiene de uno mismo. Proceso mediante el cual cada persona percibe sus propias características y reacciones, la cual está marcada por una serie de factores externos ya sea por percepciones internas o externas, es decir, la influencia del medio y del prójimo y el concepto del propio yo (Oceano Grupo, 2002)(p.14).

4.2.2.5.1 Formación del autoconcepto

Los procesos que afectan a la formación del autoconcepto son: la valoración recibida de los demás, la centralidad psicológica, la comparación social y la auto-atribución.

La valoración recibida de los demás: es importante considerar la valoración positiva de los demás para el desarrollo de una buena autoestima y autoconcepto ya que determinan la estabilidad y el desarrollo emocional de la persona. Dicha valoración se ve influenciada por las actitudes y prácticas educativas de los padres y otros sujetos importantes de la persona. Siendo los padres el más significativo durante la infancia (Oceano Grupo, 2002)(p.19).

“La importancia de los éxitos y los fracasos: el desarrollo del autoconcepto se ve afectado por la interpretación de los éxitos y fracasos. Los valores o aspiraciones de las personas, son importantes puesto que influyen en el desarrollo del mismo, constituyendo la centralidad psicológica” (Oceano Grupo, 2002)(p.20.).

La importancia del grupo social: entra aquí la comparación social entre diferentes grupos de referencia. El sujeto utiliza criterios objetivos de comparación entre un grupo y otro, realizando apreciaciones o estimaciones de sí mismo y así realizar sus propias autopercepciones (Oceano Grupo, 2002)(p.20).

4.2.3 Adicciones

4.2.3.1 Concepto

La adicción es toda conducta que genere un cambio de reproducción de la vida cotidiana además se la considera como un enfermedad compleja de naturaleza bio-psico-social que pueda categorizarse como adictiva. (Brizuela

del Morán Maria Soledad, Fernández Daniela & Murillo Jorge Antonio, 2009). Actualmente los grupos más vulnerables a esta situación son los adolescentes y adultos, en mayor partes hombres.

De acuerdo al concepto de adicción referido podemos decir que adicción es la pérdida de control de una persona hacia algún de tipo de conducta, la cual puede producir dependencia, síndrome de abstinencia, tolerancia, vivir para y en función de esa conducta (Elisardo Becoña et al, 2011).

4.2.3.2 Tipos de adicciones

En cuanto a los diferentes tipos Becoña Elisardo et al. (2011) diferenciaron las adicciones en dos grupos esenciales: la primera que es producida por sustancias químicas y la segunda producidas por conductas, de esta manera están adicciones químicas y adicciones comportamentales. Entre las primeras son la adicción al alcohol, nicotina y drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, drogas de diseño, etc) y entre las comportamentales el juego patológico, el comer impulsivo, sexo, compras, trabajo compulsivo, junto a la adicción de nuevas tecnologías.

4.2.3.3 Factores

Los factores son características las cuales pueden ser personales, sociales y familiares que permiten predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas identificando al sujeto con el grado de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los factores de riesgo interactúan e influyen entre sí, siendo también de carácter probabilístico es decir que la presencia de todos no es necesariamente la producción de alguna tipo de conducta determinada (Laespada, Loseba, & Aróstegi, 2004).

Entre los factores de mayor relevancia están los de ámbito familiar, social, individuales, biológicos, psicológicos y conductuales.

4.2.3.3.1 Factores familiares

Es uno de los más importantes puesto que es el ámbito en que la persona forma sus valores y desarrolla actitudes para formar su personalidad, así de esta manera las experiencias dentro del entorno familiar van a jugar un rol importante como predisposición a esta conducta (Elisardo Becoña et al, 2011).

Dentro del factor familiar también influye el tipo de crianza que está dada por dos dimensiones: control y calidez paterna, de acuerdo a las dimensiones se determina el estilo de crianza de entre los cuatro posibles están: autoritario, con elevado control y baja calidez; permisivo con bajo control y elevada calidez; democrático, con alto control y alta calidez; e indiferente, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000) (Elisardo Becoña, 2011).

En cuanto al clima familiar hay que tener en cuenta la parte emocional negativa, la cual está influenciada por dificultades de control emocional por parte de la madre, conflictos interparentales de carácter destructivo, disciplina familiar, todos estos determinantes pueden fomentar el consumo de sustancias dado que el nivel de emocionalidad negativa es muy alto. (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2001)(David y Murphy, 2007) (Elisardo Becoña et al, 2011).

El factor familiar influye de manera importante ya sea antes o después del consumo, puesto que durante el tratamiento necesitan tener el apoyo de las personas de su entorno, de esta manera se disminuyen conductas de depresión y motiva al paciente para su pronta recuperación. Dado que las personas de su

familia van a ser que se sienta seguro, esto también va a repercutir en su estado de salud, más que todo en su alimentación, ya que cuando presentan estados de depresión o ansiedad, el consumo de alimentos puede variar ya sea en exceso o en déficit, teniendo así un desbalance energético.

Lo más cercano que tienen los seres humanos, es la familia. La familia se encuentra desde el primer momento de nuestras vidas, de ella provienen todas nuestras actitudes y aptitudes que nos forjamos. Cuando se presentan familias disfuncionales, no habrá armonía en el hogar ni en sus participantes puesto que los problemas en el hogar afectan principalmente a los niños y son secuelas que se van guardando y reprimiendo hasta la adolescencia o adultez. Los jóvenes adoptan patrones de conducta para poder intervenir en la sociedad y ser “aceptados”, de manera que se sientan libres y lejos de casa o en palabras “lejos de los problemas”.

He ahí la importancia de una adecuada autoestima, si la persona ha crecido y se ha desarrollado en un ambiente familiar sano, se sentirá seguro de sí y no querrá tomar malas decisiones. La familia influye en la formación de la autoestima desde pequeños, por ejemplo si un niño está aprendiendo a montar en bicicleta, está dando sus primeros pasos, sus guías será sus padres. En ese momento la adecuada decisión de poder hacerlo serán de sus padres, el niño se sentirá seguro de sí y aunque no pudo en la primera con entusiasmo sabe que en la segunda que lo haga, lo podrá hacer o lo hará mejor. Si los padres no le aportan seguridad al niño, tal vez con gritos, miedo o castigo le enseñan al niño, sucederá todo lo contrario y por ende su autoestima no será una adecuada.

La familia es el pilar fundamental en nuestra existencia, es la primera base de estructura que se presenta en la vida.

4.2.3.3.2 Factores comunitarios

En lo que se refiere a factores comunitarios implica todo del ámbito social, es decir el medio en el que se desarrolla el sujeto, el cual se puede ver afectado por el estilo de vida, nivel socioeconómico, creencias de la comunidad acerca de las adicciones y facilidad de obtener este tipo de sustancias. Al presentarse una ideología equivocada de ver todo esto normal no permite que el sujeto abandone este medio provocando una barrera de progreso personal (Elisardo Becoña et al, 2011).

4.2.3.3.3 Factores individuales

4.2.3.3.3.1 Factores Biológicos

Los factores biológicos son los que engloban fundamentalmente lo que se refiere a la genética, este factor trata la predisposición de adicciones, el consumo de los padres y los que realiza el hijo, presentando una mayor heredabilidad en la dependencia que en el abuso (Elisardo Becoña et al, 2011).

4.2.3.3.3.2 Factores Psicológicos y Conductuales

Según Brook et al en el 2001 refiere que: “La aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos tiene una relación bidireccional puesto que estos aumentan la probabilidad de uso de sustancias, además el consumo también aumenta la probabilidad de sufrir algún problema de carácter mental” (Elisardo Becoña et al, 2011). Generalmente lo que también se presencia son trastornos de conductas como déficit de atención, conducta antisocial y conducta agresiva.

Hay que tener en cuenta que las personas tienen una distorsión acerca de los riesgos del consumo, creyendo que tienen autocontrol, por eso la importancia que conocer todos los factores relacionados.

4.2.3.3.3 Rasgos de personalidad

Una personalidad clásica en el tema de adicciones es la impulsividad, dentro de la cual se refieren dos dimensiones. La primera de ellas relacionada con la dificultad para demorar la recompensa y con la necesidad de reforzamiento inmediato, la cual tiene mayor relevancia al inicio del consumo y en la adquisición del consumo de la sustancia, y por otro lado tenemos la impulsividad no planeada, asociada a una respuesta rápida, espontánea e incluso temeraria (Elisardo Becoña et al, 2011).

4.2.3.4 Prevalencia de sustancias consumidas

En el estudio nacional a hogares sobre el consumo de drogas 2007, elaborado por el CONSEP refiere que las drogas lícitas de mayor consumo a nivel nacional son el alcohol y tabaco, mientras que las drogas ilícitas de mayor consumo son marihuana, cocaína y pasta base. La prevalencia de vida de drogas ilícita determina que el consumo de marihuana sigue siendo el más difundido en la población (4.3%), seguida por la cocaína (1.3%), y la pasta base (0.8%). Las demás drogas presentan prevalencia de vida baja puesto que son más difíciles de conseguir, teniendo así la marihuana (23.1%) como la droga más difícil de conseguir mientras que la cocaína presenta (13.5%) y la base (10.1%) (CONSEP, 2009-2012).

4.2.3.5 Consecuencias

El tipo de problema varía de acuerdo al tipo de sustancia y el tiempo que se consume:

- Las drogas estimulantes afectan el SNC, con hiperactividad, locuacidad, aceleración a nivel psíquico y físico entre ellas están la cocaína, anfetaminas, tabaco y café (Ministerio de Salud Pública, s.f).
- Las drogas depresoras disminuyen la actividad del SNC, por lo cual presentan aletargamiento, lentitud en los movimientos y disminución de la función cognitiva, aquí se ubican al alcohol, morfina, barbitúricos, codeína y heroína (Ministerio de Salud Pública, s.f).
- Las drogas alucinógenas son sustancias que en el SNC producen distorsión de la realidad y alucinaciones, acompañadas de cambios emocionales, intensos y variados, y con alteración de la personalidad, entre ellos tenemos marihuana, LSD, mescalina, psilocibina (Ministerio de Salud Pública, s.f).

El elevado consumo de sustancias además de provocar alteraciones del SNC, puede producir también trastornos de ansiedad y afectivos.

4.2.3.6 Tratamientos

Entre el abordaje correcto de estos pacientes deberá contemplar estrategias complementarias ya sean de manejo nutricional y psicoeducacional, con distintos niveles de intervención (ambulatorio, hospitalario, hospital del día), y un esquema terapéutico que contemple las actuaciones necesarias generales y específicas es decir complicaciones, prevención de recaídas, entre otros, y en el cual estén implicados todos los miembros del equipo terapéutico (Gómez, Castillo, Loria, & Rodríguez, 2008).

Para el plan de tratamiento hay que tener en cuenta que la motivación puede fluctuar puesto que en el estado en que ellos reciben la rehabilitación presentan momentos de depresión; la recaída es normal y no es signo de fracaso, y los progresos pueden ser lentos (Gómez, Castillo et al, 2008) de esta manera el equipo terapéutico puede brindar una mejor tratamiento integral.

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 Constitución de la República Del Ecuador

4.3.1.1 Capítulo segundo. Derechos del buen vivir. Sección primera. Agua y alimentación

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

4.3.1.2 Capítulo segundo. Derechos del buen vivir. Sección séptima. Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

4.3.1.3 Capítulo tercero. Sección novena. Personas usuarias y consumidoras

Art. 364.- Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

4.3.2 Reglamento Centros de Recuperación. Capítulo cuarto. Condiciones y requisitos para alimentación, higiene, infraestructura y seguridad de los Centros de Rehabilitación

Art 14.- Condiciones para la alimentación:

Las personas con algún tipo de adicción, tendrá derecho a recibir una alimentación y nutrición, dietas especiales, dietas para adictos con enfermedades adicionales, adecuada y suficiente que responda en cantidad, calidad y condiciones de higiene adecuada. Dicha alimentación será brindada en horarios regulares (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios), y su suspensión o limitación como medida disciplinaria está totalmente prohibida. Se respetara aspectos filosóficos, culturales, de dichas personas determinadas por su situación en particular. Los CR contarán para el efecto con el personal de nutrición adecuada (Abarca Durán, 2010).

Por lo tanto de manera general todas las personas deberán gozar de lo dispuesto por la Constitución, todos los ciudadanos tienen derecho a la salud en sus diferentes ámbitos. La ley garantiza que en la recuperación de este grupo

vulnerable de estudio haya la implementación de profesionales en el área de nutrición los cuales otorguen alimentación y nutrición adecuada que cubran las necesidades y requerimientos de los pacientes con el fin de que tengan una óptima recuperación.

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Existe relación entre el estado nutricional y la autoestima en pacientes adultos varones que reciben el tratamiento residencial de adicciones, en el centro especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas (CETAD) en la ciudad de Guayaquil. Mayo –Agosto 2015.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

Estado nutricional (Variable 1): La medición del estado nutricional, se basó en la recolección de datos antropométricos y dietéticos.

- **Peso:** Fue obtenido mediante una balanza de palanca y plataforma, se tomó el peso en kilogramos. Se colocó al paciente en el centro de la plataforma, frente al medidor en posición anatómica es decir el paciente permaneció de pie con los brazos a cada lado del cuerpo, la cabeza erguida y la espalda recta, sin zapatos y con ropa.
- **Talla:** Se la realizó mediante un tallímetro incorporado en la balanza de plataforma, de forma que el paciente se encontraba en posición anatómica y sin zapatos, obteniendo su estatura en centímetros.

Estas mediciones permitieron determinar el IMC, valorando los respectivos resultados.

- **Circunferencias de cintura y cadera:** Se utilizó una cinta métrica de 150 cm, y la toma de la medida se la realizó estando el paciente en posición anatómica, con el torso desnudo, para la medición de cintura se rodeó la misma con la cinta métrica, a la altura del ombligo y sin presionar, para la medición de cadera se colocó la cinta alrededor del trocánter del fémur.

Tomando en cuenta estas dos circunferencias se realizó la evaluación del índice de cintura y cadera, para medir el tipo de riesgo de síndrome metabólico.

- **Pliegues cutáneos.** Se obtuvo mediante la utilización del plicómetro en el cual se valoró el pliegue bicipital en la parte media frontal de brazo, el pliegue tricpital a la altura media del brazo, para estas dos medidas se le sugirió al paciente mantener el brazo relajado. El pliegue escapular se lo

tomo al paciente con el torso desnudo, en el ángulo interno debajo de la escápula, y por último el pliegue suprailíaco se midió por encima de la cresta ilíaca de 1 a 2 centímetros.

Mediante la valoración de los pliegues cutáneos se determinó el porcentaje de grasa corporal y tipo de distribución que refieren, sea esta aceptable, buena o sobrepeso.

Los datos dietéticos se lo obtuvo con el pesaje de alimentos de las comidas brindadas en el centro, se pesó cada alimento de cada tiempo de comida (desayuno, almuerzo, colación y merienda), con estos datos se realizó la valoración química de la dieta diaria para identificar las calorías y macronutrientes que consumen los pacientes, y de esta manera realizar la comparación con lo que requieren y lo que consumen.

Autoestima (Variable 2): La autoestima se valoró mediante el Test de Rosenberg, se realizó dividiendo a los pacientes en grupos de 5, explicando el desarrollo del test, para que al momento de resolverlo sea de manera más individualizada. Los resultados se obtuvieron mediante la suma de las respuestas de los ítems resueltos, en el cual se determinó el tipo de autoestima que puede ser baja o adecuada.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Justificación de la elección del diseño

El presente estudio sobre la relación del estado nutricional con autoestima en pacientes adultos varones en tratamiento residencial de adicciones del CETAD, se desarrolló mediante el enfoque cuantitativo puesto que los datos fueron analizados numéricamente para la comprobación de los mismos.

El diseño metodológico fue no experimental puesto que no se manipularon las variables dado que se observaron y analizaron los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural y de tipo transversal ya que la recolección de datos se realizó en un solo momento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

El alcance fue de tipo correlacional puesto que las variables de estudio se relacionaron para desarrollar el resultado deseado.

7.2 Población y muestra

La población de estudio corresponde a 39 pacientes adultos varones que reciben tratamiento residencial en el Centro Especializado de tratamientos de alcohol y otras drogas, en el cual todos formaron parte del estudio puesto que la totalidad de los individuos cumplen con los criterios de inclusión y exclusión necesarios.

7.2.1 Criterios de inclusión

Se tomará en cuenta en el proyecto de investigación:

- Adultos varones.
- Edad de 18 a 65 años.
- Pacientes en tratamiento residencial en el CETAD.

7.2.2 Criterios de exclusión

No se tomará en cuenta en el proyecto de investigación:

- Pacientes con alguna patología adicional que pueda alterar los resultados (cáncer, VIH).
- Patología dual crónica (tipo de adicción con un problema de salud mental).
- Pacientes con alteraciones físicas – fisiológicas que impida su valoración antropométrica.

7.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

En la investigación se necesita la aplicación de técnicas e instrumentos que validen el objeto de estudio. Se trata de un conjunto de procedimientos o medios que nos guían en la práctica con el fin de recolectar, conservar, analizar e interpretar información y así validar el conocimiento de estudio.

Las técnicas son procedimientos y recursos fundamentales para la recolección de información, “es la manera de recorrer el camino usando estrategias para recabar la información requerida” (Martínez Godínez, 2013). Estas proporcionan instrumentos y medios para la respectiva recolección e interpretación de los mismos. “Los instrumentos son los que permiten operativizar a la técnica” (Martínez Godínez, 2013).

7.3.1 Técnicas

- **Observación de campo:** Es la técnica más importante para el respectivo análisis de resultados. El investigador usará la observación la cual estará desde el inicio de la investigación hasta el final, la misma que pretende captar cada situación que sea de relevancia, prestando atención a conductas, acciones o comportamientos que tenga el sujeto de estudio, como opiniones y actitudes a través del lenguaje no verbal, teniendo una mirada que capta y describe la realidad. Se aplica en cualquier momento durante el respectivo tiempo de estudio, permitiendo acercamiento lógico y real a las variables de estudio (**ver anexo 10**).
- **Revisión documental:** Permite la revisión y el respectivo análisis de historias clínicas de los pacientes. Recogiendo datos que sean necesarios para el estudio, registrándolos en las historias clínicas nutricionales de la investigación.
- **Cuestionarios:** Técnica que se basa en un conjunto de preguntas, sobre hechos y aspectos de interés para la investigación (Abril, H, s.f). (**ver anexos 11**).
- **Entrevista:** Tipo de encuesta estructurada. Consiste en una serie de preguntas cerradas con la finalidad de obtener datos de los pacientes que refuten el trabajo de investigación (**ver anexo 12**).

Estos conjuntos de técnicas son importantes para el procedimiento de la investigación. Cada una es complementaria de la otra, se combinan entre sí para la obtención eficaz de los resultados.

7.3.2 Instrumentos

- **Historia clínica nutricional:** Por medio de la observación directa y diálogo con el paciente más una correcta anamnesis, se obtienen datos

necesarios para la evaluación del sujeto de estudio. Los cuales se registran en la historia clínica siendo una herramienta fundamental de trabajo (**ver anexo 10**).

- **Balanza de plataforma con tallímetro:** Se trata de una herramienta en la cual se obtiene el peso y la estatura del paciente. (**ver anexo 13 y 14**).
- **Cinta métrica:** Es una herramienta para poder medir perímetros, es de 150 metros de longitud (**ver anexo 13 y 14**).
- **Plicómetro:** Es un tipo de herramienta que permite medir los pliegues cutáneos (**ver anexo 13 y 14**).
- **Encuesta psicosocial y familiar:** Se trata de una encuesta que contiene diez preguntas cerradas con la finalidad de obtener información psicosocial y de la vida familiar del paciente (**ver anexo 12 y 17**).
- **Test de Rosenberg:** Se trata de un tipo de cuestionario para examinar la autoestima personal. Consta de diez ítems, enuncia cinco frases de forma positiva y el resto de forma negativa. De manera que por medio de puntuaciones se pueda calificar la autoestima de cada paciente, siendo ésta adecuada o baja (**ver anexo 11 y 16**).
- **Balanza de alimentos:** Herramienta necesaria para el registro de peso y medidas de alimentos (**ver anexo 13**).

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

8.1 Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1. Descripción estadística de IMC

<i>IMC</i>	
Media	20,70
Mediana	21,43
Moda	16,39
Desviación estándar	3,42
Rango	15,66
Mínimo	14,32
Máximo	29,98
Cuenta	39,00

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de datos

El resumen estadístico de la antropometría referente a IMC refirió que entre los 39 pacientes el valor mínimo presentado de IMC fue de 14,32 que indica desnutrición, mientras que el valor máximo fue de 29,98 pre- obesidad.

La media representó 20,70 kg/m², la mediana 21,43 kg/m² lo que indicó IMC normal, mientras que la moda se presentó 16,39 kg/m² que significa desnutrición.

Tabla 2. Descripción estadística de porcentaje de grasa corporal

<u>% Grasa Corporal</u>	
Media	16,56
Mediana	15,88
Moda	12,97
Desviación estándar	3,27
Rango	13,01
Mínimo	10,83
Máximo	23,84
Cuenta	39,00

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de datos

En lo que refiere al porcentaje de grasa corporal el valor mínimo fue de 10,83 y el valor máximo de 23,84 lo que indica buena y sobrepeso respectivamente.

Tabla 3. Descripción estadística de índice cintura- cadera (ICC)

<u>ICC</u>	
Media	0,97
Mediana	0,96
Moda	0,95
Desviación estándar	0,05
Rango	0,21
Mínimo	0,88
Máximo	1,09
Cuenta	39,00

Adaptado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Análisis e interpretación de datos

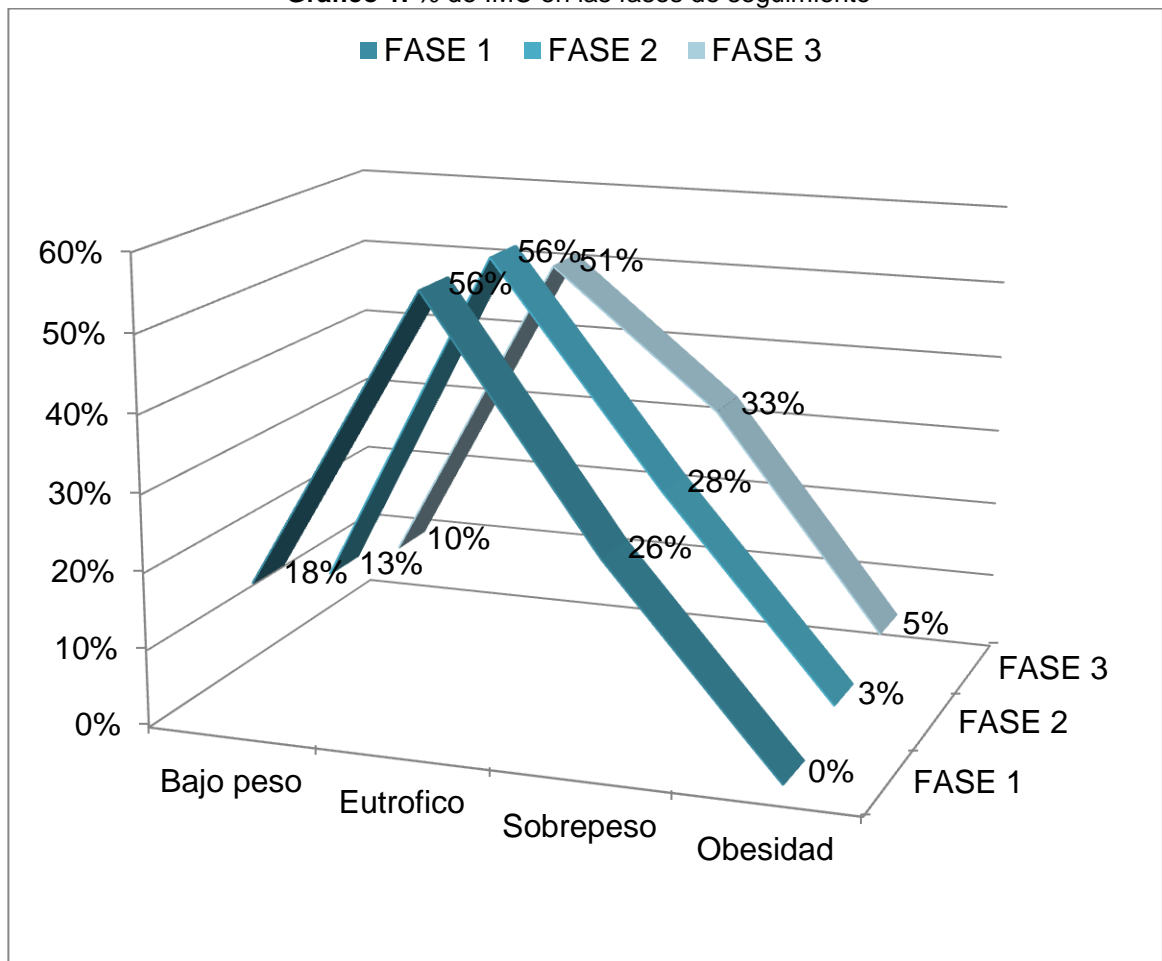
En lo que respecta al índice de cintura/cadera el valor mínimo fue de 0,88 teniendo una distribución de grasa mixta, el valor máximo fue de 1,09 tipo obesidad androide y la media fue de 0,97 siendo una distribución de grasa mixta.

Tabla 4. Porcentaje de Índice de masa corporal en las diferentes fases de seguimiento

IMC	FASE 1	FASE 2	FASE 3
Bajo peso	18%	13%	10%
Eutrófico	56%	56%	51%
Sobrepeso	26%	28%	33%
Obesidad	0%	3%	5%
	100%	100%	100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 1. % de IMC en las fases de seguimiento



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

Para determinar la evolución nutricional durante su tratamiento, se realizó 3 fases de seguimiento de IMC en la cual se valoró su peso y talla, presentando de esta manera en la fase 1, 56% de pacientes eutróficos, 26% en sobrepeso y 18% bajo peso. En la fase 2 se mantuvo 56% de pacientes eutróficos, en sobrepeso se aumentó a 28%, se identificó un 3% de obesidad y bajo peso disminuyó a 13%. En la fase 3 el índice de pacientes eutróficos disminuyó a 51%, se aumentó a 33% los pacientes con sobrepeso, disminuyó a 10% el índice de bajo peso y aumentó a 5% los casos de obesidad.

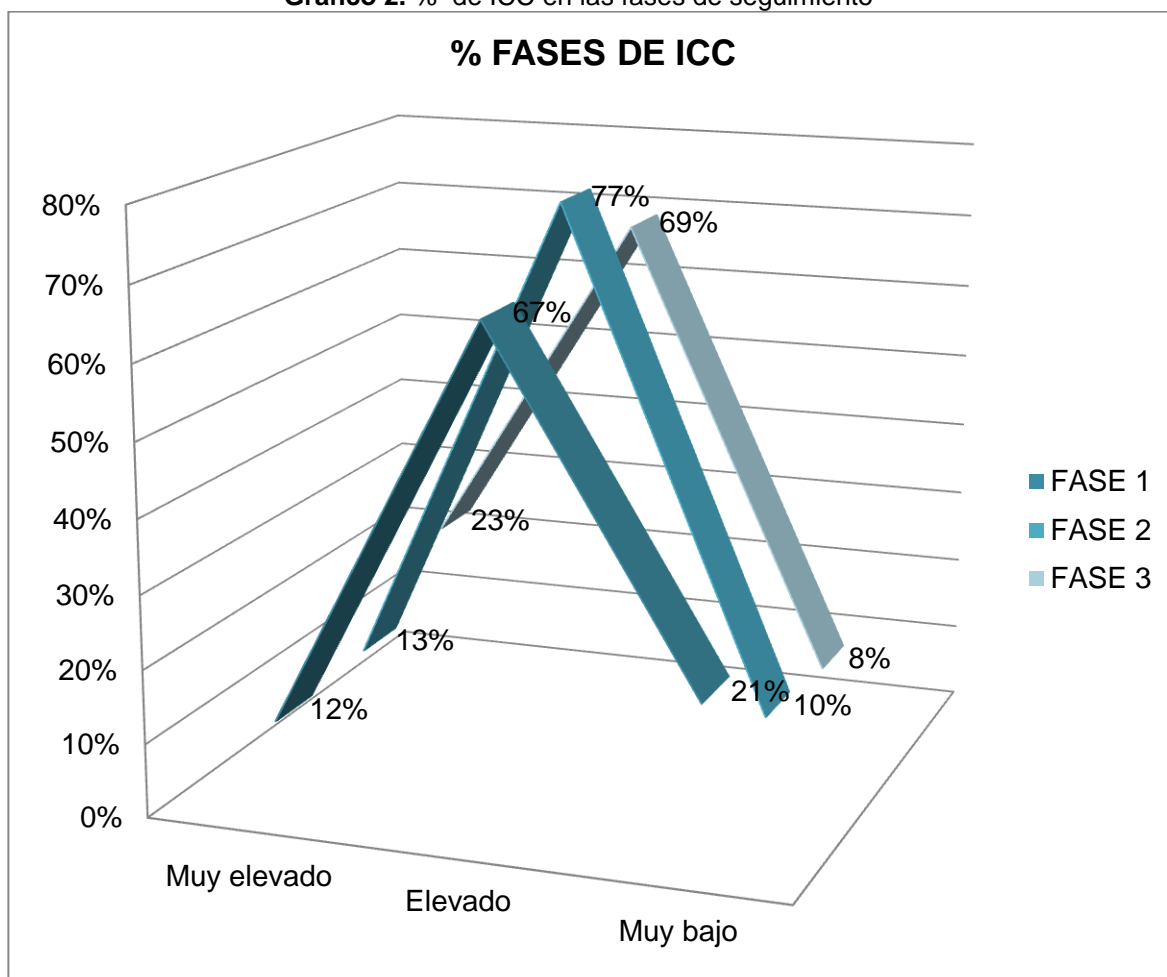
De esta manera se concluyó que durante el tratamiento el incremento de IMC es evidente, ocasionando problemas de riesgo nutricional.

Tabla 5. Porcentaje de Índice cintura/cadera en las fases de seguimiento

ICC	FASE 1	FASE 2	FASE 3
Muy elevado	12%	13%	23%
Elevado	67%	77%	69%
Muy bajo	21%	10%	8%
TOTAL	100%	100%	100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 2. % de ICC en las fases de seguimiento



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

Para poder evaluar el riesgo de síndrome metabólico que puedan presentar los pacientes, se realizó mediciones y seguimientos de circunferencias de cintura y cadera. Divididas en fases en la cual se determinó el índice de cintura – cadera que puede ser de riesgo muy bajo, elevado y muy elevado.

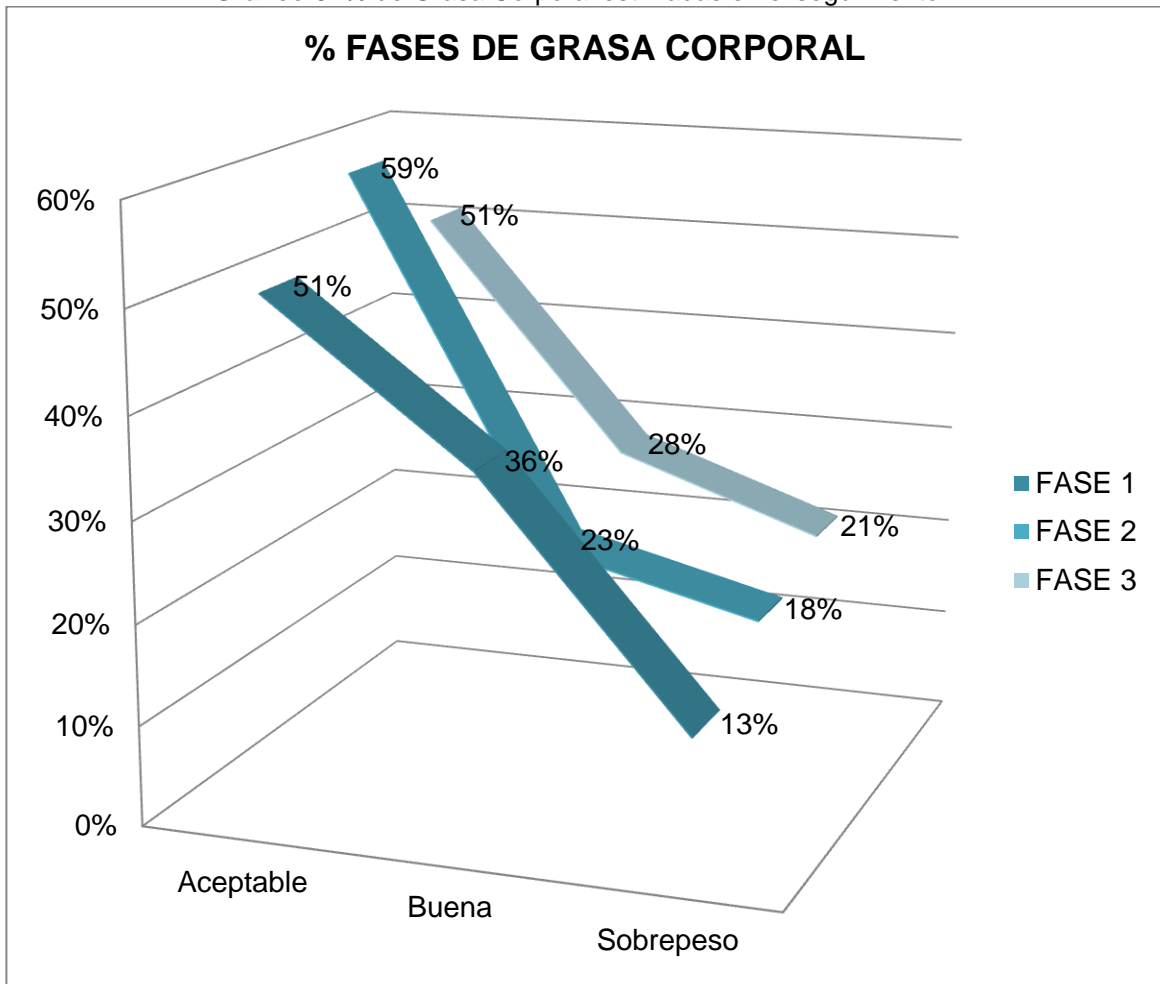
En la primera fase 67% presentaron riesgo elevado, 21% muy bajo y 12% riesgo muy elevado. En la fase 2, el riesgo elevado se incrementó a 77%, el riesgo muy elevado aumentó a 13% y el riesgo muy bajo disminuyó la mitad teniendo 10% en dicho índice. En la fase 3 disminuyó a 69% el índice de riesgo elevado, aumentó a 23% el riesgo muy elevado y disminuyó a 8% el riesgo muy bajo.

Tabla 6. Porcentaje de grasa corporal estimadas en el seguimiento

GRASA CORPORAL	FASE 1	FASE 2	FASE 3
Aceptable	51%	59%	51%
Buena	36%	23%	28%
Sobrepeso	13%	18%	21%
TOTAL	100%	100%	100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 3. % de Grasa Corporal estimadas en el seguimiento



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

Para la valoración antropométrica también se tomó en cuenta la toma de pliegues el cual permitió identificar el porcentaje de grasa corporal en 3 tipos que son: aceptable, buena y sobrepeso, de igual manera tomadas en 3 fases.

En la primera fase el 51% presentó un porcentaje de grasa corporal aceptable, en la segunda fase 59% y en la tercera fase disminuyó a 51%. En lo que refiere a grasa corporal buena la fase 1 empezó con 36%, en la fase 2 disminuyó a 23% y en la fase 3 aumentó a 28%. Como último índice se presentó el sobrepeso en 13%, aumentó en la fase 2 a 18% y en la fase 3 a 21%.

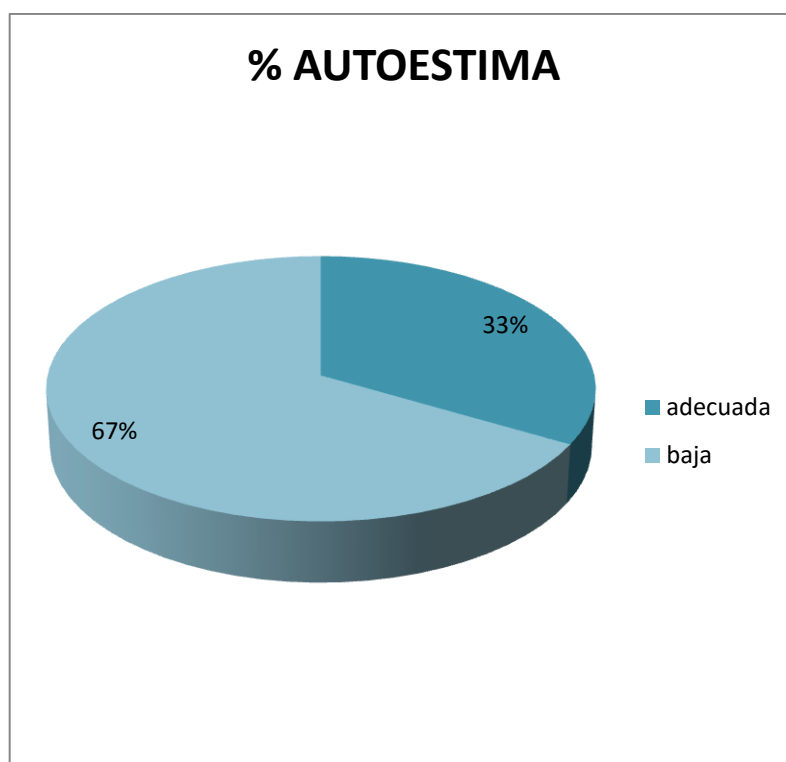
Se concluye que el riesgo cardiovascular aumentó conforme el tratamiento se desarrolló, provocando mayor predisposición a enfermedades de relación cardiovascular.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de nivel de autoestima

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
adecuada	13	33%
baja	26	67%
TOTAL	39	100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 4. Porcentaje de nivel de autoestima



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

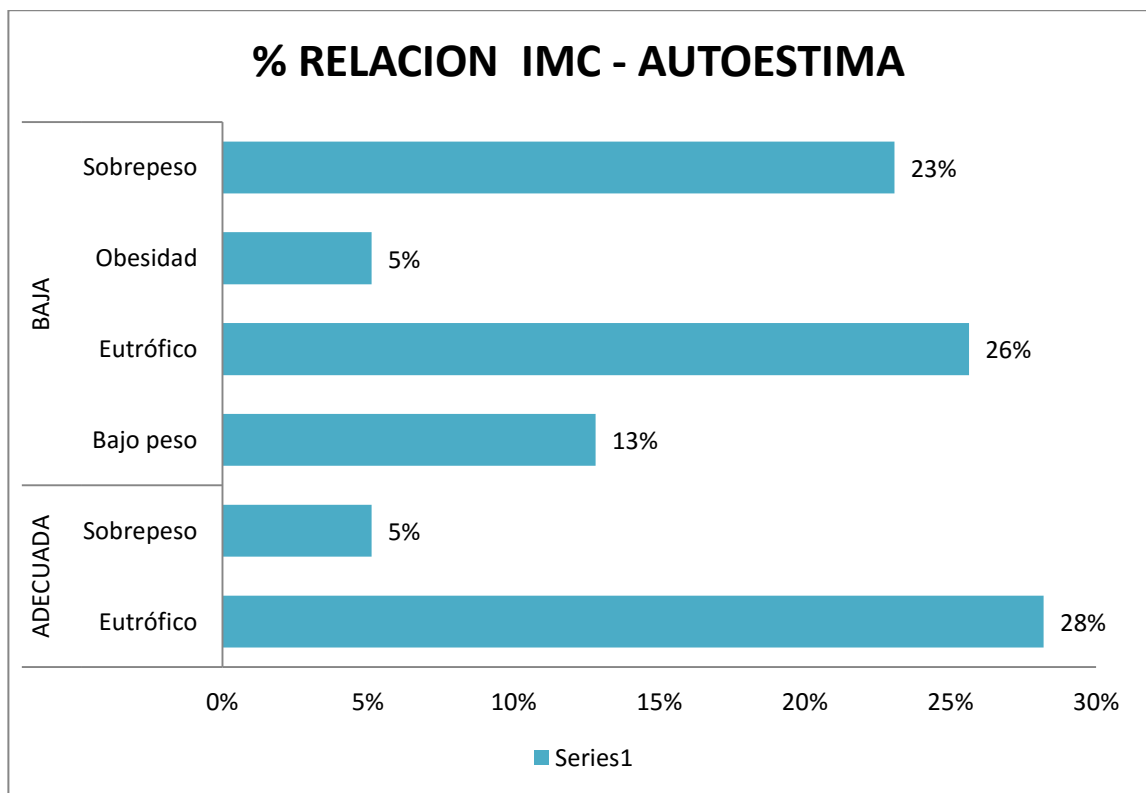
La utilización del test de Rosenberg permitió determinar el nivel de autoestima de la población de estudio dando como resultado una frecuencia de 26 pacientes con autoestima baja representando el 67%, mientras que la autoestima adecuada representó solo 13 pacientes equivalente al 33%.

Tabla 8. Porcentaje relación IMC y Autoestima

AUTOESTIMA	IMC	PORCENTAJE
ADECUADA	Eutrófico	28%
	Sobrepeso	5%
	Bajo peso	13%
BAJA	Eutrófico	26%
	Obesidad	5%
	Sobrepeso	23%
TOTAL		100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 5. % de relación entre IMC y Autoestima



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

En relación a las variables del estudio se determinó dos tipos de autoestima en los pacientes: adecuada y baja, y en lo que se refiere al índice de masa corporal se presentó grados de tipo eutrófico, bajo peso, sobrepeso y obesidad.

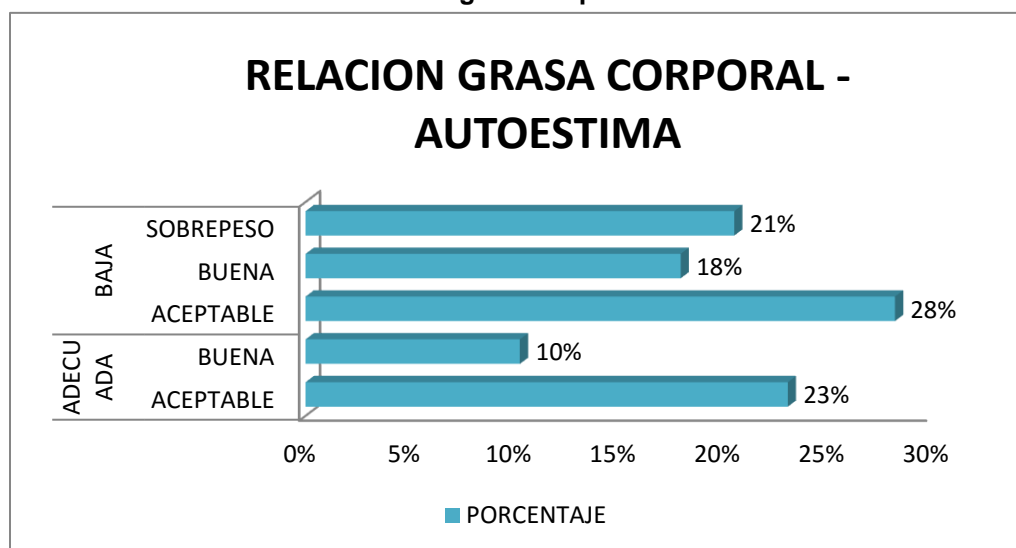
Dando como resultado menores índices de problemas nutricionales cuando el paciente presentó autoestima adecuada, solo se presentó 28% en pacientes eutróficos y 5% en sobrepeso lo cual representó un 33%, mientras lo que refirieron una autoestima baja presentaron tipos de riesgo nutricional entre los cuales estuvieron 26% en eutrófico, 13% en bajo peso, 23% sobrepeso y 5% obesidad, de esta manera el porcentaje fue de 67%

Tabla 9. Porcentaje de relación entre grasa corporal y autoestima

AUTOESTIMA	%GRASA CORPORAL	PORCENTAJE
ADECUADA	ACEPTABLE	23%
	BUENA	10%
	ACEPTABLE	28%
BAJA	BUENA	18%
	SOBREPESO	21%
	TOTAL	100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 6. % relación de grasa corporal - autoestima



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Análisis e interpretación de resultados

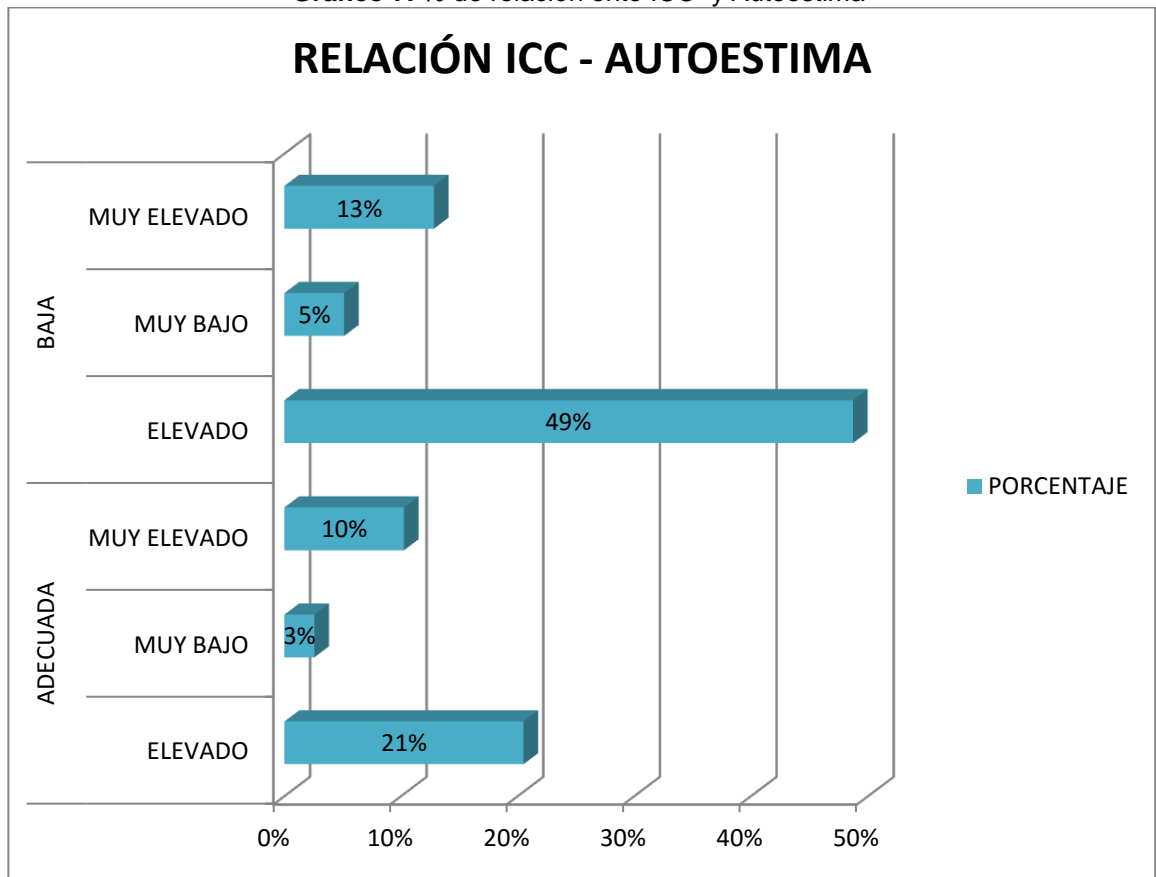
La toma de muestra de los pliegues cutáneos permitió evaluar el porcentaje de grasa corporal y relacionado a la autoestima el resultado fue, que el 33% de los pacientes que presentaron autoestima adecuada su índice de grasa fue buena en un 10% y aceptable en 23%, mientras que los que refirieron autoestima baja presentaron 28% en grasa aceptable, 18% en buena y se observó un 21% de sobrepeso.

Tabla 10. Porcentaje de relación entre ICC y Autoestima

AUTOESTIMA	ICC	PORCENTAJE
ADECUADA	ELEVADO	21%
	MUY BAJO	3%
	MUY ELEVADO	10%
BAJA	ELEVADO	49%
	MUY BAJO	5%
	MUY ELEVADO	13%
TOTAL		100%

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Gráfico 7. % de relación ente ICC y Autoestima



Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética

Análisis e interpretación de resultados

En relación autoestima e índice de cintura cadera, se pudo identificar el riesgo de síndrome metabólico entre los pacientes que presentaron autoestima baja y adecuada. De este modo se identificó en el tipo de autoestima adecuada, 21% de riesgo elevado, 10% muy elevado y 3% muy bajo, mientras que en el tipo de autoestima baja existió 49% de riesgo elevado, 13% muy elevado y 5% muy bajo.

De esta manera se pudo observar que los que presentaron mayor riesgo cardiovascular con índice de riesgo elevado, fueron los que tuvieron autoestima baja, en comparación con el 21% de autoestima adecuada.

9. CONCLUSIONES

- Se concluye que existe un tipo de relación entre el estado nutricional y el nivel de autoestima, dado que la autoestima baja conforma más problemas nutricionales que los que presentan una autoestima adecuada, dando por concluido y verificado la hipótesis planteada.
- En cuanto a las valoraciones dietéticas, el pesaje de alimentos y evaluación energética, permitió detectar el exceso de calorías presentes en los menús diarios, y así también la calidad de la dieta brindada.
- Las valoraciones antropométricas permitieron identificar el estado nutricional, mediante el IMC, ocasionando índices de sobrepeso, obesidad y bajo peso; el ICC, aumentó en poco tiempo riesgo de síndrome metabólico alto; y el porcentaje de grasa corporal, evidenció el índice de sobrepeso.
- El test de autoestima indicó que se puede determinar dos tipos de autoestima en la población de estudio (adecuada y baja), en la cual se evidenció el mayor porcentaje en autoestima baja, pudiendo presentarse síntomas de ansiedad y depresión, de esta manera influyendo en su alimentación y confundir su estado de abstinencia en hambre.
- La relación nutricional y psicológica permitió determinar el grado de influencia que tienen los problemas personales sobre una adecuada alimentación, dado que los niveles de síntomas mencionados, pueden aumentar o disminuir el deseo de alimentarse.
- Ante dichas conclusiones, es necesario elaborar un plan de alimentación para la población de estudio y de esta manera mejorar su estado nutricional y calidad de vida durante el tratamiento.

10. RECOMENDACIONES

- Elaborar una guía de alimentación para el mejoramiento del estado nutricional de los pacientes en el Centro especializado de alcohol y otras drogas “CETAD” en la ciudad de Guayaquil.
- Realizar controles antropométricos y dietéticos para llevar un registro de la evolución del paciente.
- Realizar entrevistas sobre síntomas de ansiedad o depresión que puedan influir en la parte nutricional.
- Establecer un departamento de nutrición y servicio alimentario para controlar problemas de grado o riesgo nutricional.
- Establecer patrones de actividad física para las necesidades diarias de cada individuo.
- Dado los resultados se recomienda realizar la acción en el menor tiempo posible.

11. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

11.1 Título

Elaboración de un plan de alimentación para pacientes adultos varones con Síndrome de Abstinencia en el Centro especializado de alcohol y otras drogas "CETAD".

11.2 FUNDAMENTACIÓN

En la etapa de la edad adulta, los hábitos alimentarios y el estilo de vida por lo general se encuentran definidos. Éstos se van aprendiendo a lo largo de la vida. Los hábitos alimentarios están determinados por el entorno familiar, el entorno social, la biodisponibilidad de los alimentos, entre otros. Sin embargo pueden aparecer distintos cambios en donde influyen criterios como el entorno social en el que se encuentre el individuo.

La edad adulta es una etapa donde se ha dejado la fase de crecimiento y desarrollo. Se trata de mantener al organismo sano para prevenir enfermedades a futuro. Es importante poseer adecuados hábitos y estilos de vida ya que son "factores que tienen mayor influencia para alcanzar una vida larga que los aspectos génicos" (Beate, 2010).

En la vida de las personas hay situaciones en las que se compromete su estado de salud, ya sea física o mental. El uso y abuso de drogas como sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco afectan directamente al organismo, originando cambios nocivos en el estilo de vida.

El abuso de drogas según Farreras lo define como "el uso excesivo persistente de la droga incompatible con una práctica médica aceptable"

(Martínez López , Páez Martín, Valero Sánchez, & Salguero Piedras, s.f). Las cuales tienen características de producir capacidad de dependencia ya sea psicológica, física, tolerancia y toxicidad (Martínez López et al, s.f).

Cuando los individuos suprimen o abandonan el consumo de sustancias psicoactivas se produce el Síndrome de abstinencia o Síndrome de privación a drogas. El cual se define como un “conjunto de signos y síntomas que se dan a raíz de la supresión o reducción del consumo de una droga y que son característicos de cada tipo de droga” (Martínez López et al, s.f).

Martínez López et al, s.f, describen varios tipos de Síndrome de abstinencia:

- Síndrome de abstinencia agudo: Conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen luego de que el individuo abandona el consumo de la sustancia que es dependiente. La intensidad y tipo depende de la sustancia consumida.
- Síndrome de abstinencia tardío: Desigualdades del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten por un largo periodo de tiempo, después de conseguir la abstinencia. Este tipo de abstinencia ocasiona varios trastornos físicos y mentales al paciente, dificultando el desarrollo de una vida saludable y autónoma. Contribuyendo también una posible recaída.
- Síndrome de abstinencia condicionado: Presenta la sintomatología típica de abstinencia aguda, puesto que el paciente ya no consume y al ser re-expuesto a estímulos ambientales de los que fueron restringidos al consumo de la sustancia de la que era dependiente, el paciente se desconcierta. La abstinencia condicionada provoca cuadros de gran ansiedad y miedo pudiendo precipitar un nuevo consumo tóxico como forma de evitar la situación que se encuentra.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo a la sustancia consumida. Sin embargo no es mucha la diferencia entre ellos, siendo rasgos frecuentes de la abstinencia en general. Entre las sustancias que provocan el Síndrome de abstinencia más frecuentes son el alcohol, los hipnóticos sedantes, opiáceos, cocaína y anfetaminas (Martínez López et al, s.f).

Entre los signos y síntomas se encuentra comúnmente: náuseas, vómitos, temblor de manos, insomnio, ansiedad, hiperactividad, depresión, cefaleas, dolor generalizado, alteraciones de la memoria, ataxia, despersonalización, irritabilidad, sudoración, fiebre entre otros característicos por cada tipo de sustancia consumida (Martínez López et al, s.f).

Luego de un profundo análisis y estudios bibliográficos, se determina que la ansiedad en general es uno de los síntomas más frecuentes en el Síndrome de abstinencia. Los pacientes por lo general entran en un cuadro de crisis de ansiedad, nerviosismo y depresión. Esa ansiedad la confunden por un deseo de consumir drogas, sintiendo mucha hambre y apetito. “Durante el consumo de las sustancias psicoactivas se presenta pérdida de peso, mientras que en el tratamiento se observa una rápida ganancia de peso” (Martínez López et al, s.f).

En el Síndrome de abstinencia es necesario el tratamiento nutricional. Los consumidores van deteriorando su organismo desde que inician la adicción, provocando cambios significativos en su estado de salud físico y mental. El abuso de drogas en general sobre el organismo impacta diferentes sistemas y órganos, presentando síntomas frecuentes como: estreñimiento, diarrea, náuseas, vómitos.

Es indispensable que en el tratamiento de los individuos haya una adecuada nutrición estudiando aspectos retrospectivos para prevenir

enfermedades a futuro. Los nutrientes nos otorgan energía y nos brindan sustancias necesarias para el mantenimiento de un cuerpo sano. En la edad adulta, la nutrición apoya un estilo de vida activo, contribuye al mantenimiento de un peso saludable y promueve la salud física y mental y el bienestar (Beate Krinke U, 2010).

Si las personas se sienten bien emocionalmente, entonces es probable que no se presente una recaída, ya que una alimentación nutritiva y saludable ayuda al buen estado de ánimo (Obermann et al, 2008).

Es muy importante que los pacientes con síndrome de abstinencia sean motivados a tener un consumo de una buena dieta, ya que al presentar ansiedad la confunden con deseos de consumir y recaen. “Se debe estimular a la persona para que piense que puede tener hambre cuando los deseos vehementes se vuelven fuertes” (Obermann Gustavo et al, 2008).

11.3 JUSTIFICACIÓN

El presente plan de alimentación para pacientes en tratamiento de alcohol y otras drogas se realizó posterior al análisis e interpretación de los resultados puesto que se determinó que existen problemas de índice nutricional, identificando índices de masa corporal de sobrepeso, obesidad y bajo peso, alteraciones de la grasa corporal y predisposición de riesgos cardiovasculares elevados.

Al realizar este plan, se obtendrán beneficios tanto personal como para la respectiva institución “Centro especializado de alcohol y otras drogas CETAD”. En lo personal nos permitirá conocer la adecuada alimentación para este grupo de pacientes otorgando un adecuado estado nutricional y una mejora en su recuperación, ampliando y enriqueciendo conocimiento.

Para la institución se concede una guía que pueda servir a otras instituciones que tengan el mismo fin. Aplicando las recomendaciones a los tratamientos mejorando la salud de los pacientes. Así mismo, concientizar a la necesidad de equipos de salud necesarios para cada ámbito, como la presencia de nutricionistas.

En base también al art. 14 del Reglamento de Centros recuperación (Abarca Durán, 2010), de condicionar la alimentación para este grupo de estudio, brindándole una alimentación adecuada con todas sus variantes y necesidades.

11.4 OBJETIVOS

11.4.1 Objetivo general

Diseñar un plan de alimentación para pacientes con Síndrome de abstinencia del Centro especializado de alcohol y otras drogas "CETAD".

11.4.2 Objetivos específicos

1. Proporcionar un menú diario de 5 días que cubran las necesidades nutricionales de la población de estudio.
2. Elaborar recomendaciones nutricionales para los adultos varones en recuperación.
3. Concientizar sobre la implementación en dicho tratamiento.

11.5 DESCRIPCIÓN Y ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA

11.5.1 Plan de alimentación nutricional para pacientes con Síndrome de Abstinencia

El plan de alimentación está diseñado a base de las necesidades que la población necesita y requiere, analizando los resultados y revisión científica. En el anexo 7 se aprecian las recomendaciones establecidas por los *Consumos Dietéticos de Referencia (DRI)* establecidas por Brown en el 2010, en cuanto a macronutrientes, estas se han adaptado según la edad de los pacientes.

Como método para obtener los valores recomendados, se sacó un promedio de la población (edad, talla y peso) para obtener calorías, carbohidratos, proteínas y grasas, las cuales no se observan en las recomendaciones del *DRI*, ya que han sido adaptadas por las encargadas del proyecto de investigación, en el cual se aumentó el requerimiento proteico obtenido mediante la constante de 1.5 gramos por peso en kilogramos debido a la situación de estrés de los pacientes, por otro lado el aporte de fibra dietética también se tomó en cuenta para generar saciedad durante el tratamiento, recomendando 30 gramos de fibra dietética al día.

Con esto se consigue una ingesta promedio para todos los pacientes del CETAD, que mejorarán el estado nutricional de dichos pacientes.

El plan tiene 5 menús, el cual consta de 5 comidas para el día, repartiéndola en desayuno, colación, almuerzo, colación y merienda.

11.5.2 Presentación de Menús

Tiempo de comida		Menú 1
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colada de avena con leche ▪ Tortilla de verde con queso ▪ Manzana ▪ Huevo duro 	
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensalada de frutas (melón, sandía y guineo) ▪ Infusión de manzanilla ▪ Galletas integrales 	
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sopa de quinua con col, papa, zanahoria, cebolla, pimienta, cilantro, ajo, y pollo. ▪ Arroz con pollo al vapor y ensalada de verduras con cebolla, tomate, pimienta, pepino ▪ Manzana 	
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tortilla de huevo con queso, galletas integrales e infusión de manzanilla 	
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caldo de verduras con col, zanahoria, cebolla, pimienta, ajo, verde y carne ▪ Arroz con carne al vapor (cebolla, tomate y pimienta) 	
Tiempo de comida		Menú 2
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colada de avena con leche ▪ Maduro hervido con queso ▪ Sandía 	
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Huevo duro ▪ Guineo 	
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sopa de garbanzos con cebolla, tomate, pimienta, ajo, y queso ▪ Moro de frejol con arroz blanco y ensalada de pepino, lechuga, tomate, cebolla, zanahoria, y carne al vapor. ▪ Naranja 	
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yogurt ▪ Manzana ▪ Infusión de orégano 	
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caldo de lenteja con papa, col, cebolla, pimienta y queso. ▪ Arroz con ensalada de melloco con cebolla, tomate, cilantro y pollo al vapor. ▪ Pera 	
Tiempo de comida		Menú 3
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sánduche de queso con tomate y lechuga 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colada de avena ▪ Manzana ▪ Huevo duro
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arroz con leche, pasas ▪ Guineo
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menestrón de queso ▪ Puré de zanahoria blanca con pollo al vapor con vegetales (tomate, zanahoria, coliflor) ▪ Sandía
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infusión de orégano ▪ Guineo ▪ Galletas integrales
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Locro de acelga con zanahoria, zapallo, y queso ▪ Ensalada de veteraba con tomate, zanahoria, arroz y pollo al vapor. ▪ Manzana

Tiempo de comida	Menú 4
-------------------------	---------------

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugo de tomate de árbol ▪ Galletas integrales con queso ▪ Porción de frutas (melón)
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colada de avena ▪ Huevo revuelto
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sopa de quinua con espinaca y choclo ▪ Arroz con carne de cerdo al jugo ▪ Ensalada de tomate, zanahoria, pepino, lechuga y vainitas ▪ Pera
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche con maicena ▪ Tortilla de maíz sabrosa con queso
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensalada de frejol con cebolla, pimiento y tomate y arroz ▪ Pollo asado ▪ Porción de fruta (melón)

Tiempo de comida	Menú 5
-------------------------	---------------

Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avena con leche ▪ Tortilla de verde con queso ▪ Huevo cocido ▪ Pera
Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Yogurt con galletas integrales ▪ Manzana
Almuerzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Locro de legumbres con queso ▪ Arroz revuelto con verduras y carne al vapor

Colación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sandía ▪ Tostadas grille ▪ Huevo revuelto ▪ Guineo ▪ Infusión de orégano
Merienda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moro de lenteja con pollo asado y ensalada de cebolla, pepino y lechuga ▪ Porción de fruta (melón)

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

11.5.3 Análisis químico de cada menú

Consiste en analizar la química de cada alimento dependiendo su cantidad, con el fin de que la sumatoria por grupo de alimento (calorías, proteínas, carbohidratos y grasas) esté dentro del rango normal (90-110%), se obtiene mediante el cálculo de: valor obtenido proporcional al valor esperado por 100. Los valores de obtenido y esperado hace referencia a las calorías totales por menú.

En cada menú se puede observar dicho análisis por alimento. Se trata de aportar una alimentación saludable cumpliendo los criterios de CESA: completa, equilibrada, saludable y adecuada, además de variada y moderada.

Cumple con las necesidades energéticas para este grupo de estudio siendo estas: calorías 2176, carbohidratos 299g, proteínas 96g, y grasas 66,15.

Menú 1

Alimento	Cantidad	Kcal	Cho	P	G	Fibra
Avena	20g	78	13.4	3.24	1.26	3.32
Leche	200ml	138	10,39	6.7	7,6	0.00
Plátano verde	50g	51	11.7	0.5	0.25	2.08
Queso	30g	49.2	1.5	6.09	2.1	0.00
manzana	180g	126	29.7	0.54	0.54	4.88
Huevo	80g	122.4	0.96	9.68	8.88	0.00
melon	30g	8.7	1.98	0.18	0.03	0.03
sandía	30g	10.5	2.16	0.18	0.12	0.09
guineo	30g	28.8	6.6	0.42	0.09	0.83
manzanilla	10g	0	0	0	0	0.00
quinua	20g	70.2	14.86	4.6	1.28	1.08
Col	27g	8.64	1.46	0.62	0.03	0.59
Papa	20g	18.2	4.18	0.34	0.02	0.08
zanahoria	40g	18.8	4.2	0.24	0,12	2.55
cebolla	55g	19.25	4.23	0.44	0.05	0.72
pimiento	50g	14	2.65	0.4	0.2	0.60
cilantro	3g	0.75	0.08	0.08	0.02	0.13
Ajo	6g	3.24	2.17	0.21	0.02	0.10
Pollo	120g	278.4	0	20.04	21.96	0.00
Arroz	200g	708	157.6	14.8	2	4.80
verdura	35g	12.25	2.38	1.09	0.14	0.80
tomate	35g	8.4	1.58	0.35	0.07	0.85
pepino	20g	2.8	0.48	0.18	0.02	0.18
galletas int	60g	258.6	40.92	5.1	11.28	3.42
Carne	100g	251	0	18.3	19.8	0.00
VO		2285.1	304.79	94.32	70.16	27.13
VE		2176	299.2	97.92	65.28	30
% 90 - 110		105	102	98	106	90

Menú 2

Alimento	Cantidad	Kcal	Cho	P	G	Fibra
avena	20g	78	13.4	3.24	1.26	3.32
leche	200ml	138	10,39	6.7	7.7	0.00
maduro	75g	80.25	18.53	1.28	0,15	1.58
queso	35g	57.4	1.75	7.11	2.45	0
huevo	50g	76.5	0.6	6.05	5.55	0
guineo	80g	76.8	16.6	0.96	0.24	1.68
garbanzos	40g	152.4	20.4	8.16	2.68	2
cebolla	70g	24.5	5.39	0.56	0.07	0.91
tomate	70g	16.8	3.15	0.7	0.14	1.68
pimiento	20g	5.6	1.06	0.16	0.08	0.24
ajo	3g	4.86	1.09	0.11	0.009	0.05
arroz	200g	708	157.6	14.8	2	4.80
frejol	30g	106	20.04	5.28	0.51	2.58
pepino	20g	2.8	0.48	0.18	0.02	0.18
lechuga	15g	2.55	0.41	0.15	0.03	0.23
carne	90g	226	0	16.47	18.82	0
naranja	80g	44	8.96	0.8	0.56	2.4
yogurt	200ml	126	14	10.4	3.2	0
manzana	90g	63	14.85	0.27	0.27	1.89
oregano	5g	0	0	0	0	0
lenteja	25g	85	14.68	5.68	0.4	1.3
papa	20g	18.2	4.18	0.34	0.02	0.08
col	15g	4.8	0.81	0.35	0.02	0.27
melloco	20g	10	0.96	0.22	0.04	0.06
pollo	80g	186	0	13.36	15.68	0
pera	80g	55.2	12.72	0.4	0.32	1.84
VO		2348.7	330.7	103.51	62.029	27.03
VE		2176	299.2	97.92	65.28	30
% 90 – 110		107.48	110.6	107.823	93.7702	90.1

Menú 3

Alimento	Cantidad	Kcal	Cho	P	G	Fibra
Pan	40g	154.8	29.52	3.36	2.6	0.64
queso	30g	49.2	1.5	7.09	2.1	0.00
tomate	35g	8.4	1.58	0.35	0.07	0.85
lechuga	15g	2.55	0.41	0.15	0.03	0.23
avena	20g	78	13.4	3.24	1.26	3.32
azucar	5g	19.8	4.96	0	0	0.00
manzana	180g	126	29.7	0.54	0.54	4.88
huevo	50g	76.5	0.6	9.08	5.55	0
arroz	120g	425	95	9.88	1.2	2.28
leche	200ml	138	10,39	6.7	7.7	0.00
pasas	20g	12.2	2.6	0.18	0.12	0.34
guineo	140g	134	30.8	2.09	0.42	2.94
papa	20g	18.2	4.18	0.34	0.02	0.08
frejol b	20g	63	13.4	5.4	0.34	0.96
zanahoria	80g	38	8.4	0.48	0.24	5.04
zanahoria blanca	30g	14.1	3.15	0.18	0.09	1.89
mantequilla	5g	37	0.005	0.04	4.05	0.00
cebolla	10g	3.5	0.77	0.08	0.01	0.13
pimiento	10g	2.8	0.53	0.08	0.04	0.12
ajo	3g	4.86	1.09	0.11	0.009	0.05
albahaca	5g	1.15	0.78	0.89	0.09	0.08
fideo	30g	113.7	25	3.22	0.6	0.27
pollo	160g	371	0	28.09	29	0
coliflor	30g	9.9	1.29	0.96	0.09	0.48
sandia	70g	25	5	0.42	0.28	0.21
oregano	5g	0	0	0	0	0
galletas integrales	30g	129	21	2.52	5.64	1.71
acelga	20g	7.8	0.96	0.85	0.06	0.5
zapallo	20g	5.2	0.86	0.38	0.02	0.22
VO		2068.7	296.49	86.7	62.169	27.22
VE		2176	299.2	97.92	65.28	30
% 90 – 110		95	99	90	94	91

Menú 4

Alimento	Cantidad	Kcal	Cho	P	G	Fibra
tomate de árbol	70g	33.6	5.07	1.4	0.42	1.4
azúcar	10g	39.6	9.91	0	0	0
galletas integrales	30g	129	21	2.52	5.64	1.71
queso	35g	57.4	1.75	7.11	2.45	0
melón	140g	40.6	8.82	0.84	0.14	1.4
espinaca	20g	4.4	0.34	0.58	0.08	0.8
quinua	20g	70.2	14.86	4.6	1.28	1.08
choclo	20g	73.2	14.6	1.58	0.94	0.64
arroz	200g	708	157.6	14.8	2	4.80
carne de cerdo	80g	216	0	23.04	18.08	0
tomate	35g	8.4	1.58	0.35	0.07	0.85
lechuga	20g	3.4	0.54	0.2	0.04	0.3
zanahoria	30g	14.1	3.15	0.18	0.09	1.89
pepino	20g	2.8	0.48	0.18	0.02	0.18
vainitas	20g	12.25	2.38	1.09	0.14	0.98
avena	20g	78	13.4	3.24	1.26	3.32
frejol	20g	106	20.04	5.28	0.51	2.58
pera	80g	55.2	12.72	0.4	0.32	4.22
cebolla	15g	5.2	1.16	0.12	0.015	0.2
pimiento	15g	4.2	0.8	0.12	0.6	0.18
pollo	80g	186	0	13	15	0
leche	200ml	138	10.39	6.7	7.7	0.00
maicena	10g	53	12.7	0.12	1	0.08
harina de maíz	35g	75.6	16	1.61	0.63	0.56
aceite	5g	45	0	0	5	0
VO		2159.2	329.29	89.06	63.535	27.17
VE		2176	299.2	97.92	65.28	30
% 90 - 110		99.226	110.13	92.7708	96.0469	90.567

Menú 5

Alimento	Cantidad	Kcal	Cho	P	G	Fibra
leche	200ml	138	10.39	6.7	7.6	0
verde	50g	62.5	21.15	0.5	0.1	1.5
queso	45g	73.8	2.25	9.13	3.15	0
Huevo	100g	153	1.2	12.1	11.1	0
pera	80g	55.2	12.72	0.4	0.32	4.22
yogurt	200ml	126	14	10.4	3.2	0
Galletas integrales	30g	129	21	2.52	5.64	1.71
manzana	90g	63	14.86	0.27	0.27	1.89
nabo	20g	5.6	0.82	0.8	0.08	0.7
choclo	20g	73.2	14.6	1.58	0.94	0.7
espinaca	20g	4	0.72	0.36	0.08	0.8
aguacate	40g	78.8	2.28	0.56	7.48	1.48
arroz	200g	708	157.6	14.8	2	4.80
verdura	20g	7	1.36	0.62	0.08	0.98
zanahoria	15g	6,3	1.5	0.105	0.03	0.97
carne	80g	124	0	18.56	5.55	0
mandarina	150g	24.12	8.22	0.35	0.08	0.45
lenteja	20g	18.2	4.18	0.34	0.02	0.08
pollo	80g	162.9	0	14.1	9.88	0
cebolla	25g	8.75	1.9	0.2	0.025	0.37
pepino	20g	2.8	0.48	0.15	0.02	0.23
lechuga	20g	3.4	0.54	0.2	0.04	0.3
guineo	80g	76.8	16.6	0.96	0.24	2.14
sandia	70g	25	5	0.42	0.28	0.21
acelga	20g	5.2	0.86	0.48	0.12	0.7
aceite	5g	45	0	0	5	0
tostadas grille	30g	32.28	7.08	11.04	0.024	2.3
agua aromatica	200ml	0	0	0	0	0
melon	70g	20.3	4.41	0.42	0.07	0.7
VO		2225.9	325.72	108.1	63.419	27.23
VE		2176	299	97.92	65.28	30
% 90 - 110		102.29	108.86	110.4	97.1492	90.767

11.5.4 Recomendaciones generales

- Se recomienda comidas habituales diarias.
- Plan alimentario enfocado en una dieta baja en grasas, aumentando el consumo de proteínas, carbohidratos de cadena doble y fibra.
- Dieta rica en fibra con carbohidratos complejos: granos integrales, legumbres, verduras y frutas enteras.
- Durante el periodo de consumo, hay deficiencias de vitaminas, por lo que es necesario el suplemento de vitaminas y minerales en la recuperación (Complejo B, zinc y vitaminas A y C).
- Puede presentarse la deshidratación durante la recuperación, siendo importante recalcar la importancia del consumo de líquidos durante y entre las comidas.
- Se presenta un aumento del apetito en el tratamiento. Es necesario enseñar a los pacientes a consumir comidas y colaciones saludables.
- Realizar actividad física y reposo adecuados, fijándose en la necesidad de cada paciente.
- Reducir el consumo de azúcar y grasas saturadas.
- No se recomienda alimentos que tengan algún tipo de cafeína
- Evitar consumir alimentos dulces procesados en la noche
- Mantenerse hidratado se recomienda 8 a 10 vasos de agua al día.
- Mantener una alimentación saludable y adecuada mejorará el estilo y calidad de vida de los pacientes durante su tratamiento.
- Se recomienda vigilar y controlar los alimentos que los pacientes reciban por parte de su familia, además de educar a los pacientes y a su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca Durán, X. (06 de 09 de 2010). *Reglamentos Centros de Recuperación*.
Obtenido de
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/decreto_339.pdf
- Abril, H. (s.f.). *Técnicas e instrumentos de investigación*. Obtenido de
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/AC102/Unidad%203/lec_37_lecturaseinstrumentos.pdf
- Álvarez Aguirre, A., Alonso Castillo, M., & Guidorizzi Zanetti, A. (Mayo-Junio de 2010). *La escala de autoestima de rosenberg: Consumo de alcohol y sustancia en adolescentes*. Obtenido de
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700021
- Asamblea Nacional. (06 de Septiembre de 2010). *Asamblea Constituyente: Capítulo 4 Condiciones y requisitos para la alimentación, higiene, infraestructura y seguridad de los CR Art. 14 Condiciones para la alimentación*. Obtenido de
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Nacional. (06 de Septiembre de 2010). *Asamblea Constituyente: Título VII: Régimen del buen vivir: Capítulo primero inclusión y equidad: Sección segunda salud Art. 364*. Obtenido de
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (06 de Septiembre de 2010). *Constitución del Ecuador*. Obtenido de
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Balletano Prieto, G. (s.f.). *Autoestima y Salud*. Obtenido de
<http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoAutoestima.pdf>

- Beate, U. (2010). Nutrición del adulto. En J. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (págs. 408-434). México, D.F: Mac Graw Hill.
- Becoña Iglesias, et al. (19 de Agosto de 2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Obtenido de Factores psicológicos en las adicciones:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Berdasco Gómez, A. (2002). *Evaluación del estado nutricional del adulto mediante la antropometría*. Recuperado el 22 de junio de 2015, de Revista Cuba Aliment. Nutri:
http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol16_2_02/ali09202.pdf
- Brizuela del Morán Maria Soledad, Fernández Daniela & Murillo Jorge Antonio. (2009). *Adicciones (Trabajo de Monografía, Argentina)*. Obtenido de Curso de Planificación del Recurso Físico en Salud:
<http://www.aadaih.com.ar/publicaciones/monografias-09/adicciones.pdf>
- Brown, J. (2010). Consumos dietéticos de referencia (DRI). En J. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (págs. 0-2). México, D.F: Mc Graw Hill.
- Brown, J. (2010). Principios de la ciencia de la nutrición. En J. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (pág. 2). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Calañas Continente, A. (2012). Bases científicas de una alimentación saludable. En D. A. de Luis Román, *Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo* (págs. 3,4). Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Calañas, A. (2012). Bases científicas de una alimentación saludable. En D. Luis Román, D. Bellido Guerrero, & P. García Luna, *Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo* (págs. 3-4). Madrid: Díaz de Santos, S.A.
- Cañete Estrada, R., & Cifuentes Sabio, V. (s.f). *Valoración del estado nutricional*. Obtenido de
<http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2000TCA/Cap01.pdf>
- CONSEP. (Marzo de 2009-2012). *Ecuador Plan Nacional de Prevención Integral y Control de Drogas*. Obtenido de Consumo de drogas en el

ámbito nacional:

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/eng/National%20Plans/ECUADOR%202009-2012.pdf

Elisardo Becoña, I. (19 de Agosto de 2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Obtenido de Las adicciones comportamentales:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición . (2011 - 2013). *Factores de riesgo en población de 5 a 59 años* . Ecuador., Quito.

Florenzano, R. (s.f.). *Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Consumo de Drogas*. Recuperado el 9 de Junio de 2015, de Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3l14leccion.html>

Galdó Muñoz, G. (2008). La imagen corporal: Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria. En C. Redondo Figuro, G. Galdó Muñoz, & M. García Fuentes (Edits.), *Atención del adolescente* (pág. 190). España: Publican, Ediciones de la Universidad de Cantabria.

Gómez, C., Castillo, R., Loria, K., & Rodríguez, S. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, trastorno alimentario no especificado y trastorno por atracón. Pautas de intervención: TRATAMIENTOS. En S. Rodríguez , B. Aranceta, & M. Serra, *Psicología y Nutrición* (pág. 106). Barcelona, España: GEA Consultoria editorial, S.L.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). Diseños no experimentales. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & M. Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación* (págs. 149-150). México, D.F: Mc Graw Hill.

Hernández Triana, M. (Septiembre - Diciembre de 2004). Recomendaciones nutricionales para el ser humano: actualización. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*(1561-3011).

- Ladino Meléndez, L., & Velásquez Gaviria, Ó. (2010). Valoración Nutricional Antropométrica. En L. Ladino Meléndez, & Ó. Velásquez Gaviria, *Nutridatos: Manual de Nutrición Clínica* (pág. 230). Colombia, Medellín: Health Book's.
- Ladino Meléndez, L., & Velásquez Gaviria, O. (2010). Valoración Nutricional Dietética y Alimentaria. En L. Ladino Meléndez, & O. Velásquez Gaviria, *Nutridatos Manual de Nutrición Clínica* (pág. 307). Colombia, Medellín: Health Book's.
- Laespada, T., Loseba, I., & Aróstegi, E. (Julio de 2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Obtenido de Factores de Riesgo:
http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf
- Manso Pinto, J. (2010). *Análisis psicométrico de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de estudiantes universitarios*. Obtenido de <http://trabajosocialudec.cl/rets/wp-content/uploads/2010/12/Analisis-Psicomtrico-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg.pdf>
- Martínez Godínez, V. (2013). *Métodos, técnicas e instrumentos de investigación*. Obtenido de http://www.academia.edu/6251321/M%C3%A9todos_t%C3%A9nicas_e_instrumentos_de_investigaci%C3%B3n
- Martínez López, J., Páez Martín, A., Valero Sánchez, M., & Salguero Piedras, M. (s.f). *Síndrome de Abstinencia*. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/mono.pdf>
- Mataix Verdú, J., & López Jurado, M. (2005). Valoración del estado nutricional. En J. Mataix Verdú, *Nutrición y Alimentación Humana vol 2* (págs. 752-769). Barcelona, España: Editorial Oceano.
- Mathai, K. (2001). Nutrición en la adultez: Cambios fisiológicos. En L. Kathleen Mahan, & S. Escott Stum, *Nutrición y Dietoterapia de Kraus* (págs. 297-298). México, D.F.: Mc Graw Hill.

- Ministerio de Salud Pública. (s.f). *Protocolos de tratamientos Drogas*.
Guayaquil- Ecuador: MSP.
- Montalván Suárez, M. (2010). Cocientes en la obesidad. En M. Montalván Suárez, *Guía de Nutrición Clínica Práctica* (pág. 27). Ecuador, Guayaquil.
- Montalván Suárez, M. (2010). Relación de peso con estatura. En M. Montalván Suárez, *Guía práctica de Nutrición Clínica* (pág. 24). Ecuador, Guayaquil.
- Oberman, G., Resnisky, J., & Zajarchuk, C. (Diciembre de 2008). Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación programa San Carlos. (Tesis inédita de Licenciatura). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Argentina.
- Oceano Grupo. (2002). Autoestima y Autoconocimiento. En Oceano Grupo, & J. Díaz de Mendivil (Ed.), *Autodominio* (págs. 11-39). Barcelona, España: Oceano.
- Oficina de las Naciones unidas contra la Droga y el Delito. (2012). *Información para jóvenes*. Ecuador: Mantis Comunicación.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La Actividad Física en los Adultos*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/
- Pérez Llamas, F., & Zamora Navarro, S. (2002). Introducción. Definiciones y conceptos básicos. En F. Pérez Llamas, & S. Zamora Navarro, *Nutrición y Alimentación Humana* (pág. p.15). Murcia.
- Ramón Florenzano, U. (s.f). *Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Consumo de Drogas*. Recuperado el 9 de Junio de 2015, de Recuperado de
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion14/m3114leccion.html>
- Rodriguez Valdez, J. (Febrero de 2013). *Repositorio digital (Tesis)*. Recuperado el 20 de Julio de 2015, de Caracterización de las adicciones y la autoestima de los pobladores de la ciudadela manuel aguirre piedra de la ciudad huaquillas, de la provincia de el oro en el periodo 2012:
<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5030/1/July%20Claribel%20Rodr%C3%ADguez%20Valdez.pdf>

- Stang, J. (2010). Uso de sustancias. En J. Brown, *Nutrición en las diferentes etapas de la vida* (pág. 392). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- UNODC. (2014). El consumo de drogas y sus consecuencias sanitarias y sociales. *Informe Mundial sobre las Drogas 2014*, 2.
- Valencia, L. (2010). Valoración nutricional clínica: Historia nutricional para adultos. En L. Ladino Meléndez, & Ó. Velásquez Gaviria, *Nutridatos: Manual de Nutrición Clínica* (págs. 164-166). Colombia, Medellín: Health Book's.
- Velasquez Carranza, D., & Pedrao, L. (Octubre de 2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un Instituto de Salud Mental. *Rev Latino-am Enfermagem*(13), 836 - 44.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de permiso para el desarrollo de investigación

FCM-NDE-240-2015

Guayaquil, 17 de junio del 2015

Doctor
José María Palau
Coordinador Zonal 8
Ministerio de Salud Pública
Ciudad.-

Certificado No CQR-1497

De mis consideraciones:

Por medio de la presente y después de un cordial saludo solicito a usted la autorización correspondiente para que las Srtas. **ZUMBA JURADO SAIRA NATHALY** CI: 0930879296 y **VALLEJO CABELLO KARLA** CI: 0926283359 egresadas de la Carrera de Nutrición Dietética y Estética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil realicen el proyecto de investigación con el tema: **"CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON PROBLEMAS DE AUTOESTIMA EN PACIENTES ADULTOS VARONES EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL DE ADICCIONES, DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE TRATAMIENTOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) DE LA CIUDAD DE GUA YAQUIL, MAYO - AGOSTO 2015"**, el que constituye un requisito fundamental para obtener el título de licenciadas, iniciando desde el mes mayo del presente año hasta el término del proceso de titulación.

Agradeciendo de antemano la atención prestada me despido,

Atentamente,

Dra. Martha Celi Mero
Directora (a)
Carrera Nutrición, Dietética y Estética

COORDINACIÓN ZONAL 8 SALUD
GESTIÓN INTERNA SECRETARÍA ZONAL
RECEPCIÓN

18 JUN 2015 HORA 12:14 D

NOMBRE *Yorane*

ANEXOS *2/2/15*

Cc: Psic. Cl. Lady Álvarez - Responsable de Salud Mental CZ8 - MSP
Archivo

Anexo 2. Autorización para el desarrollo del trabajo de investigación

Ministerio de Salud Pública

Coordinación Zonal 8 – Salud
Despacho

Memorando Nro. MSP-CZ8S-DESPACHO-2015-6922
Guayaquil, 04 de agosto de 2015

PARA: Sra. Dra. Olga Alexandra Matamoros Espinoza
Directora Distrital Salud 09D03

ASUNTO: SOLICITA LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE PARA LA SRTAS. ZUMBA JURADO SAIRA NATHALY Y VALLEJO CABELLO KARLA

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. FCM-NDE-240-2015, suscrito por la Dra. Martha Celi Mero DIRECTORA (E) DE LA CARRERA DE NUTRICION, DIETETICA Y ESTETICA de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, mediante el cual solicita autorizacion para que las Srtas. Zumba Jurado Saira Nathaly C.I 0930872296 Y Vallejo Cabello Carla C.I 0926283359, egresadas de la carrera Nutricion, Dietetica y Estetica de la Universidad antes mencionada, realicen el proyecto de Investigacion "Caracterizacion del estado nutricional en relacion a problemas de autoestima en pacientes adultos varones en tratamiento residencial de adicciones del CETAD".

Con este antecedente, permito poner en su conocimiento la autorizacion para el desarrollo del mencionado proyecto de investigacion, con la finalidad de que los resultados oficiales sean socializados con la gestion interna de salud mental de la coordinacion zonal 8, lo que permitira desarrollar estrategias y lineas de accion para fortalecer el proceso en la atencion integral a personas que reciben tratamiento residencial por consumo problematico de alcohol y otras drogas. Cabe mencionar que las participantes anteriormente mencionadas deberan cumplir conforme lo dispone la Normativa y Reglamento interno del CETAD, caso contrario se procedera de acuerdo a la Ley.

Particular que informo para fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Av. Carlos Luis Plaza Dañin y Francisco Boloña – Edificio del Sector Público Social
Código Postal: 090512 Teléfonos: 593 (4) 2591011
www.salud.gob.ec

* Documento generado por Quipux

1/2

Anexo 3. Margen de grasa corporal para adultos normales

Tabla 11. Margen de grasa corporal para adultos normales

Hombres				
Edad (años)	Bajo en grasa	Saludable	Alto en grasa	Obeso
18 – 39	< 8%	8 – 20%	20 – 25%	>25%
40 – 59	< 11%	11 – 22%	22 – 28%	>28%
60 – 99	< 13%	13 – 25%	25 – 30%	>30%

Basado en las directrices de la OMS. Gallagher et al, del centro de investigación de la obesidad de NY.

Fuente: (Ladino Meléndez & Velásquez Gaviria, Valoración Nutricional Antropométrica, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 4. Relación peso/estatura: índice de masa corporal

Tabla 12. Relación peso/estatura: índice de masa corporal

Clasificación del IMC (OMS)	
IMC	Dx. Nutricional
< 18	Desnutrición
18 – 18,5	Bajo peso
18,5 – 24,9	Eutrófico
25	Sobrepeso
25 – 29,9	Preobesidad
30 – 34,9	Obesidad grado 1
35 – 39,9	Obesidad grado 2
40 ó >40	Obesidad mórbida

Fuente: (Montalván Suárez, Relación de peso con estatura, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 5. Cocientes en la obesidad: ICC distribución de grasa corporal

Tabla 13. Cocientes en la obesidad: índice cintura/cadera distribución de grasa corporal

Tipo de obesidad	Hombre
Obesidad abdominal o androide	>1,00
Mixta	0,85 – 1,00
Obesidad ginoide o ginecoide	<0,85

Fuente: (Montalván Suárez, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 6. Enfermedades y sus factores de riesgo nutricionales

Tabla 14. Enfermedades y sus factores de riesgo nutricionales

Enfermedades de corta duración	Factores de riesgo nutricional
Disminución de la inmunidad, infecciones	Desnutrición, en especial calórica y proteica Consumo bajo de antioxidantes Cifras bajas de vitaminas y minerales Cifras bajas o excesivas de cinc Deshidratación
Enfermedades crónicas	Factores de riesgo nutricionales (inactividad relacionada en la mayor parte)
Cardiopatía	Dieta con contenido elevado de grasa saturada Más de 10% de calorías de grasa saturada Colesterol dietético diario por arriba de 300 mg
Ateroesclerosis	Cualquier ácido graso <i>trans</i> Bajo consumo de ácidos grasos monoinsaturados Consumo bajo de antioxidantes, frutas y verduras Consumo bajo de granos enteros
Cáncer	Consumo excesivo de alcohol Consumo bajo de frutas y verduras Cifras bajas de antioxidantes Consumo bajo de granos enteros, en especial los ricos en fibra Consumo elevado de grasa dietética Nitrosaminas, comida quemada y carbonizada
Hipertensión, accidente vascular cerebral	Obesidad Hipertensión arterial: obesidad, cintura >100 en varones Sodio elevado Potasio bajo Exceso de alcohol
Diabetes	Cifras bajas de antioxidantes Obesidad

Fuente: (Beate Krinke U. , Nutrición del adulto, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 7. Necesidades estimadas de energía (ERR), consumos dietéticos recomendados (RDA) y consumos adecuados (AI) y consumos adecuados (AI) para energía y nutrientes energéticos.

Tabla 15. Necesidades estimadas de energía (ERR), consumos dietéticos recomendados (RDA) y consumos adecuados (AI) y consumos adecuados (AI) para energía y nutrientes energéticos.

Edad (años)	BMI de referencia (kg/m ²)	Estatura de referencia (cm)	Peso de referencia (kg)	Energía (kcal/día)	Carbohidratos RDA(g/día) ^a	Grasa total AL(g/día)	Proteína RDA(g/k g/día)
Varones							
18	20,5	174(68)	61(134)	3152 ^h	130	-	0,85
19 – 30	22,5	177(70)	70(154)	3067 ^h	130	-	0,8
31 – 50				3067 ^h	130	-	0,8
>50				3067 ^h	130	-	0,8

Fuente: Adaptado de las Dietary Reference Intakes Series, National Academies Press. Copyright 1997 – 2004, por la National Academies Of Sciences. (Brown J, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 8. Consumo dietéticos recomendados de vitaminas

Tabla 16. Consumo dietéticos recomendados de vitaminas

Edad (años)	Tiamina RBD(mg/día)	Niacina RDA(mg/día)	Biotina AI(ug/día)	Ácido Pantoténico AI (mg/día)	Vit B ₆ RDA(mg/día)	Folato RDA(ug/día)	Vit b ₁₂ (ug/día)	Vit C RDA(mg/día)	Vit A RDA(ug/día)
Varones									
18	1,2	16	25	5	1,3	400	2,4	75	900
19 - 30	1,2	16	30	5	1,3	400	2,4	90	900
31 - 50	1,2	16	30	5	1,3	400	2,4	90	900
51 - 70	1,2	16	30	5	1,7	400	2,4	90	900

Fuente: (Brown J, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 9. Consumo dietéticos recomendados de minerales.

Tabla 17. Consumo dietéticos recomendados de minerales.

Edad (años)	Sodio AI(mg/día)	Cloro Ai (mg/día)	Potasio Ai(mg/día)	Calcio Ai(mg/día)	Fósforo RDA(mg/día)	Magnesio RDA (mg/día)	Hierro RDA(mg/día)
Varones							
18	1500	2300	4700	1300	1250	410	11
19-30	1500	2300	4700	1000	700	400	8
31-50	1500	2300	4700	1000	700	420	8
51-70	1300	2000	4700	1200	700	420	8

Edad (años)	Cinc RDA(mg/día)	Yodo RDA(ug/día)	Selenio RDA(ug/día)	Cobre RDA(ug/día)	Manganeso Ai(mg/día)	Flúor Ai(mg/día)	Cromo Ai (ug/día)
Varones							
18	11	150	55	890	2,2	3	35
19-30	11	150	55	900	2,3	4	35
31-50	11	150	55	900	2,3	4	35
51-70	11	150	55	900	2,3	4	30

Fuente: (Brown J, 2010)

Adaptado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 10 Caracterización del promedio de la población de estudio

Tabla 18 Caracterización del promedio de la población de estudio

DATOS	PROMEDIO
EDAD	22 años
PESO	64 kg
TALLA	1,67m
IMC	23.03
DX IMC	Eutrófico
CIRCUNFERENCIA CINTURA	85.75
CIRCUNFERENCIA CADERA	88.62
INDICE CINTURA CADERA	0.97
DX ICC	Elevado
PLIEGUES	70.44
% GRASA CORPORAL	16.55
DX GRASA CORPORAL	Aceptable
CALORIAS REQUERIDAS	2176

Elaborado por: Karla Vallejo y Saira Zumba. Egresadas de la carrera de nutrición, dietética y estética.

Anexo 11. Historia clínica nutricional (formato)

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL

Fecha: _____

Fecha de ingreso: _____

Expediente: _____

Institución: _____

Datos generales

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Otros: _____

Motivo de consulta: _____

Indicadores clínicos:

APP: _____

APF: _____

APQ: _____

Historia Alimentaria:

Apetito: Bueno ____ Malo ____ Regular ____

Como entre comidas: Si ____ No ____ A veces ____

¿Se ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses? Aumentado ____
Disminuido ____ Ni mucho ni poco ____

¿En qué momento tiene más hambre? Mañana ____ Tarde ____ Noche ____ Todo el día ____

¿Su consumo aumenta cuando esta triste, nervioso o ansioso? Sí ____ No ____

Alim. Favoritos: _____

Alim. Rechazados: _____

Vasos de agua al día: _____

Intolerancias: _____

Habito intestinal: _____

Masticación: _____

Deglución: _____

Síntomas gastrointestinales: _____

Complemento/suplemento nutricional: _____

Alcohol: _____

Cigarrillo: _____

Otros: _____

Estilo de vida:

Actividad: Muy ligera ____ Ligera ____ Moderada ____ Pesada ____ Excepcional ____

Ejercicio: Tipo _____ Frecuencia _____ Duración: _____

Signos:

Aspecto general (cabello, ojos, piel, labios, encías, etc)

Indicadores antropométricos:

Medición (unidad)	Dato
Peso actual (kg)	
Peso habitual (kg)	
Estatura (cm)	
Pliegue cutáneo tricipital (mm)	
Pliegue cutáneo bicipital (mm)	
Pliegue cutáneo supescapular (mm)	

Pliegue cutáneo suprailíaco (mm)
 Circunferencia de brazo (cm)
 Circunferencia de cintura (cm)
 Circunferencia de cadera (cm)

Evaluación (unidad)	Dato e interpretación
Complexión	
Peso ideal (kg)	
% peso teórico	
% peso habitual	
Índice de masa corporal (kg/m ²)	
Peso mínimo y máximo recomendado por imc (kg)	
% grasa corporal	
Grasa corporal total (kg)	
Masa libre de grasa (kg)	
% exceso o deficiencia de grasa corporal	
Exceso o deficiencia de grasa corporal (kg)	
Pliegue cutáneo tricipital + pliegue cutáneo subescapular (percentil)	
Pliegue cutáneo tricipital (percentil)	
Pliegue cutáneo subescapular (percentil)	
Índice cintura-cadera (cm)	
Circunferencia abdominal (cm)	
Área muscular de brazo (cm ²)	
Masa muscular total (kg)	
Agua corporal total (lt)	

Requerimientos Nutricionales:

Necesidades energéticas y nutrimentales:

A) Para el peso actual

GET=TMR _____ ETA _____ AF _____ Total _____

Nutrimento	Gramos	Kilocalorias	% del get
Carbohidratos			
Proteínas			
Lípidos			

Análisis cuantitativo de la dieta

Análisis cualitativo de la dieta

Diagnóstico nutricional final:

Tratamiento Nutricional:

Fuente: Valoración Clínica Nutricional (Valencia, 2010)

Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 12. Cuestionario

Escala de Autoestima de Rosenberg

Nombre: _____

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación: De los ítems del 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- Autoestima adecuada: mayor a 25
- Autoestima baja: menor a 25

Este test tiene como objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que lo demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				

	A	B	C	D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

Fuente: (Álvarez Aguirre, Alonso Castillo, & Guidorizzi Zanetti, 2010)

Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 13. Encuesta Psicosocial y familiar

Nombre:

¿Con quién vives?

- a) Papá
- b) Mamá
- c) Papá y mamá
- d) Solo
- e) Otros

1. ¿Cómo es la relación con tus padres?

- a) Buena
- b) Mala
- c) Regular

2. ¿Tienes hermanos?

- a) Si
- b) No

3. ¿Cómo es tu relación con tus hermanos?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

4. ¿Pides disculpas con facilidad cuando hieres a alguien?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

5. ¿Aceptas y enfrentas tus errores con sencillez y humildad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

6. ¿Cómo consideras tu infancia?

- a) Feliz
- b) Triste

7. ¿Cómo consideras a tu grupo de amistades?

- a) Influencias buenas
- b) Influencias malas

8. ¿Te gusta estar aquí (CETAD)?

- a) Si
- b) No
- c) Me es indiferente

9. ¿Estás aquí por?

- a) Voluntad propia
- b) Obligado

10. ¿Qué te motivo a estar aquí?

- a) Familia

- b) Mi mismo
- c) Otros

Responsable: _____

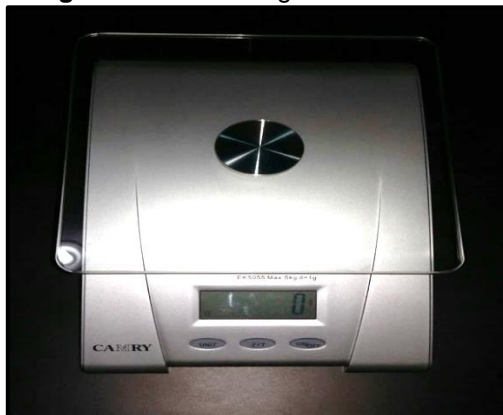
Elaborado por: Adriana Granja Armendáris, Karla Vallejo Cabello & Saira Zumba Jurado, 2015.

Anexo 14. Instrumentos para evaluación nutricional y dietética

Figura 1. Plicómetro, cintas métricas



Figura 2. Balanza digital de alimentos



Anexo 15. Antropometría

Figura 3. Toma de medidas antropométricas (circunferencia, talla, peso, pliegues cutáneos)



Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 16. Pesaje de alimentación

Figura 4. Pesaje de menú (desayuno)



Figura 5. Pesaje de menú (almuerzo)



Figura 6. Observación de alimentación diaria



Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 17. Realización de Test de Rosenberg

Figura 7. Realización de test de autoestima a pacientes



Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 18. Realización de encuesta psicosocial y familiar

Figura 8. Realización de encuesta psicosocial y familiar



Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.

Anexo 19. Charla nutricional

Figura 9. Realización de charla nutricional



Elaborado por: Vallejo Cabello Karla y Zumba Jurado Saira. Egresadas de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética.