

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

**TEMA:**

Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación "ILUMINAR" de la ciudad de Guayaquil - Ecuador.

**AUTORA:**

**Gómez Guanga, Guillermina Lila**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

**TUTOR:**

**Paredes Mejía, Walter Eduardo**

**Guayaquil, Ecuador**

**17 de marzo del 2017**



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

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Gómez Guanga, Guillermina Lila**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada Nutrición, Dietética y Estética**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Paredes Mejía, Walter Eduardo**

**DIRECTOR DELA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Celi Mero, Martha Victoria**

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Marzo del año 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Gómez Guanga, Guillermina Lila**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación: **Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación “ILUMINAR” de la ciudad de Guayaquil - Ecuador**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Marzo del año 2017**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Gómez Guanga, Guillermina Lila**



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

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Gómez Guanga, Guillermina Lila**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquila la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación “ILUMINAR” de la ciudad de Guayaquil - Ecuador**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 17 días del mes de Marzo del año 2017**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Gómez Guanga, Guillermina Lila**

# REPORTE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. At the top, the browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/26212252-951964-795046#DcsxDoMwEETRu7heRbuzNmCuEIFEKCAxOaGMcvf84IV/5Is+d1mfEdUiGibMWCzkCAgJNmIjNmKjbpH0pCc96c>. The document title is "GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA TESIS corregido.orkund.docx (D26432450)".

**Documento:** GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA TESIS corregido.orkund.docx (D26432450)  
**Presentado:** 2017-03-15 14:12 (-05:00)  
**Presentado por:** wparedesm@gmail.com  
**Recibido:** walter.paredes.ucsg@analysis.orkund.com  
**Mensaje:** Fwd: ing aqui las correcciones del urkun [Mostrar el mensaje completo](#)  
4% de esta aprox. 29 páginas de documentos largos se componen de texto presente en 15 fuentes.

**Lista de fuentes:**

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7034/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-175.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7034/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-175.pdf</a>
	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7059/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-202.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7059/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-202.pdf</a>
	<a href="http://docplayer.es/29522123-Facultad-de-ciencias-medicas-carrera-nutricion-dietetica-y-este..">http://docplayer.es/29522123-Facultad-de-ciencias-medicas-carrera-nutricion-dietetica-y-este..</a>
	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7057/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-198.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7057/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-198.pdf</a>
	<a href="http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7065/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-204.pdf">http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7065/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-204.pdf</a>

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

**TEMA:** Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional medido por parámetros antropométricos y bioquímicos de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación "ILUMINAR" de la ciudad de Guayaquil - Ecuador.

**71%** #1 Activo  **Fuente externa:** <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7034/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-175...> **71%**

Trabajo de titulación	Trabajo de titulación
previo	previo
a la obtención del título de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA	a la obtención del grado de LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA
TUTOR: Paredes Mejía, Walter Eduardo	TUTOR:
Guayaquil, Ecuador 2017	Baque, Rosa
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA	Guayaquil, Ecuador 13 de
CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo	del 2016

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por estar siempre a mi lado en todo mi camino de aprendizaje ellos han sido mi guía, mi fortaleza y por enseñarme el valor de la perseverancia, paciencia y prepararme para alcanzar mis metas con dedicación y no quedarme a mitad de camino o sino nunca lograre superarlos, gracias a ellos he conocido que la vida se trata de mantenerse siempre con transparencia, humildad, paciencia y buena voluntad bendecida por Dios, a todos quienes de alguna u otra manera apoyaron mi propósito y confiaron en mí, a los docentes universitarios quienes nos han guiado para formarnos como profesionales con valores inculcándonos que quienes elegimos tratar día a día con pacientes llevamos más responsabilidad sobre nosotros y a toda la directiva de la Carrera de Nutrición, Dietética y Estética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

***Guillermina Lila Gómez Guanga***

## DEDICATORIA

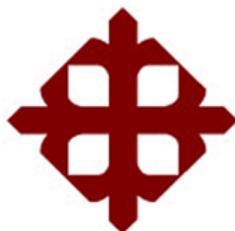
En el camino de la vida siempre encontramos barreras unos más que otros, ahí es donde nosotros tomamos decisión para vencer cada una de ellas.

No será fácil pero cuando tenemos detrás de nosotras a ellos quienes nos impulsan día a día para seguir batallando por nuestro objetivo, cuando pensamos que ya no podemos más hay están presentes su palabras el que no lucha no alcanza son mis padres Beatriz del Roció Guanga Gómez y Carlos Wilfrido Gómez Sánchez.

Los que siempre me han acompañado, son mi pilar fundamental todo se lo debe a ellos por su apoyo constante. Hoy que culmino este largo recorrido me siento feliz por sentir siempre su apoyo, su amor y su insistencia no estaría en este momento disfrutando de su compañía celebrando junto a mi este satisfactorio logro. Agradecida con Dios por tener a mi lado los mejores padres por lo cual todo se lo debo a ellos gracias a su dedicación y su confianza que pusieron en mí.

“No es la especie más fuerte la que sobrevive, ni la más inteligente sino la que responde mejor al cambio”. Charles Darwin

***Guillermina Lila Gómez Guanga***



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

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**WALTER EDUARDO, PAREDES MEJÍA**

TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**LUDWIG ROBERTO, ÁLVAREZ CÓRDOVA**

MIEMBRO I DEL TRIBUNAL

f. \_\_\_\_\_

**DIANA MARÍA, FONSECA PÉREZ**

MIEMBRO II DEL TRIBUNAL

f. \_\_\_\_\_

**CARLOS JULIO, MONCAYO VALENCIA**

OPONENTE

## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	VI
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	VII
AUTORIZACIÓN.....	VIII
REPORTE URKUND .....	V
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS .....	XI
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	XII
RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT .....	XV
INTRODUCCIÓN .....	2
1 Planteamiento del problema.....	4
1.1 Formulación del problema .....	6
2 Objetivos .....	7
2.1 Objetivo general .....	7
2.2 Objetivos específicos .....	7
3 Justificación.....	8
4 Marco teórico.....	9
4.1 Marco Referencial .....	9
4.2 Marco teórico.....	12

4.2.1	Drogas .....	12
4.2.2	Adicciones Y Sustancias Psicoactivas.....	12
4.2.3	Adicciones Y Sustancias Psicoactivas.....	14
4.2.3.1	Cómo funcionan las drogas.....	15
4.2.4	Mecanismo de acción de las adicciones.....	16
4.2.4.1	¿Cómo actúan las drogas sobre el cerebro?.....	16
4.2.5	Factores de riesgo .....	18
	Las personas de cualquier edad, sexo o condición económica pueden convertirse en adictos a una droga. Sin embargo, ciertos factores pueden afectar a la probabilidad y la velocidad de desarrollar una adicción: (Americanos, 2011).....	18
4.2.6	Nutrición y aspectos psicológicos de la drogadicción .....	19
4.2.7	Pruebas y diagnostico.....	22
4.2.8	Examen toxicológico .....	23
4.3	Marco legal .....	26
4.2.9	El objetivo 3 .....	26
5	Formulación de hipótesis .....	27
6	Identificación y clasificación de variables .....	28
7	Metodología de la investigación .....	29
7.1	Justificación de la elección del diseño.....	29
7.2	Población y muestra.....	29
7.2.1	Criterios de inclusión.....	29
7.2.2	Criterios de exclusión.....	29
7.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30

7.3.1 Técnicas .....	30
7.3.2 Instrumentos .....	30
8 Presentación de resultados .....	31
8.1 Análisis e interpretación de resultados .....	31
9 Conclusiones.....	48
10 Recomendaciones .....	49
11 PROPUESTAS NUTRICIONALES.....	51
Bibliografía.....	52
Anexos.....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de la población de estudio.....	31
Tabla 2. Estado nutricional al ingreso a la institución .....	32
Tabla 3. Estado nutricional actual de los adictos a las drogas en base a percentil de índice de masa corporal .....	33
Tabla 4. Riesgo cardiovascular mediante interpretación del índice cintura cadera.....	35
Tabla 5. Tipo de drogas consumida antes de someterse a tratamiento.....	36
Tabla 6. Distribución de ingestas diarias .....	37
Tabla 7. Frecuencia de consumo diario de leche.....	38
Tabla 8. Frecuencia de consumo diario de carnes .....	39
Tabla 9. Frecuencia de consumo diaria de vegetales.....	40
Tabla 10. Frecuencia de consumo diaria de cereales.....	41
Tabla 11. Frecuencia de consumo diario de frutas .....	42
Tabla 12. Frecuencia de consumo grasas y aceites .....	43
Tabla 13. Frecuencia de consumo diaria de azúcares.....	44
Tabla 14. Evaluación del estado nutricional mediante indicadores bioquímicos.....	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual según el estado nutricional al ingreso a la institución.....	32
Gráfico 2. Distribución porcentual del Estado nutricional actual de los adictos a las drogas en base a percentil de índice de masa corporal .....	33
Gráfico 3. Comparación del peso al ingreso institucional con peso actual ..	34
Gráfico 4. Distribución porcentual del riesgo cardiovascular mediante interpretación del índice cintura cadera .....	35
Gráfico 5. Distribución porcentual del tipo de drogas consumida antes de someterse a tratamiento .....	36
Gráfico 6. Distribución de ingestas diarias.....	37
Gráfico 7. Distribución porcentual de la frecuencia del consumo diario de leche .....	38
Gráfico 8. Distribución porcentual del consumo diario de carnes .....	39
Gráfico 9. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de vegetales .....	40
Gráfico 10. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de cereales .....	41
Gráfico 11. Distribución porcentual de la frecuencia del consumo diario de frutas.....	42
Gráfico 12. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de grasas y aceites .....	43
Gráfico 13. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de azúcares .....	44
Gráfico 14. Comparación del valor de kilocalorías esperado vs el observado .....	45

Gráfico 15. Evolución de los parámetros bioquímicos .....	47
---	----

## RESUMEN

La adicción a las drogas es un estilo de vida que puede conducir a problemas sociales y de salud pública. La desnutrición proteica-calórica de muchos adictos está relacionada con factores como, la intensidad de la adicción, la anorexia, la mala alimentación y una alteración de los vínculos sociales y familiares del adicto. Las deficiencias nutricionales pueden afectar severa y permanentemente las diferentes funciones orgánicas. Por este motivo en esta investigación se quiere determinar el efecto de la desintoxicación de drogas sobre el estado nutricional medido por parámetros antropométricos y bioquímicos de varones en la fase final de internamiento en el centro de Rehabilitación ILUMINAR de la ciudad de Guayaquil - Ecuador. El presente proyecto presenta un enfoque metodológico cuantitativo. Diseño no experimental-transversal. Los programas de desintoxicación comúnmente conducen al aumento de peso, en este estudio los resultados reflejan. Principales resultados son IMC al ingreso en promedio se observa  $16,8$  ingreso en promedio se observa  $16,78 \pm 2,34$  y el actual observado es de  $25,70 \pm 3,79$  kg / m<sup>2</sup>, respectivamente. También se evidencia una mejoría y corrección indicadores bioquímicos como hemoglobina, proteínas totales y albumina. Se concluye que para algunos, el aumento de peso es importante debido a la importante desnutrición proteico-energética y bajo IMC como resultado del consumo de sustancias.

**Palabras Clave:** TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS; DESINTOXICACIÓN METABOLICA DE DROGAS; ESTADO NUTRICIONAL; ANSIA DE DROGAS; COMPORTAMIENTO DE BUSQUEDA DE DROGAS; EFECTOS METABOLICOS SECUNDARIOS DE DROGAS Y SUSTANCIAS.

## ABSTRACT

Drug addiction is a lifestyle which can lead to social problems and public health. Many addicts proteica-caloric malnutrition is related to factors such as the intensity of addiction, anorexia, malnutrition and a deterioration of social and families of the addict. Those deficiencies nutritional may affect severe and permanently the different functions organic. This is why in this research is to determine the effect of detoxification of drugs on nutritional status measured by biochemical and anthropometric parameters of males in the final phase of detention in the Centre of rehabilitation of the city of Guayaquil - Ecuador. This project presents a quantitative methodological approach. Not experimental-transversal design. Detox Programs commonly lead to weight gain, in this study the results reflect. Main results are BMI on average income is seen 16, 8 ingreso on average is observed  $16.78 \pm 2.34$  and the observed current is  $\pm 25,70 \quad 3,79 \text{ kg / m}^2$ , respectively. Also evidenced an improvement and correction biochemical indicators such as hemoglobin, total proteins and albumin. It is concluded that for some, weight gain is important because the important protein-energy malnutrition and low BMI as a result of the consumption of substances.

**Key words:** SUBSTANCE-RELATED DISORDERS; DRUG METABOLIC DETOXICATION; NUTRITIONAL STATUS; CRAVING FOR DRUGS; DRUG SEEKING BEHAVIOR; METABOLIC SIDE EFFECTS OF DRUGS AND SUBSTANCES.

## INTRODUCCIÓN

Las drogas y su uso afectan directa así como indirectamente, a la sociedad, las familias y los propios individuos, con costos no solo económicos, también emocionales y de calidad de vida para estas personas, por lo que es considerado un problema social y de salud pública que aqueja a distintos grupos(Cogollo Z A. K., 2011;13(3)).

La drogadicción es una enfermedad de estilo de vida. En los últimos tiempos se ha convertido en un problema universal de la salud pública y social. Ninguna nación es inmune a las consecuencias terribles de consumo de drogas ilícitas. Devastación de los valores familiares y sociales ha alcanzado niveles sin precedentes. Se ha convertido en un desafío a las normas y valores humanos y cívicos tradicionales(Karajibani, Montazer, & Dashipour, 2014). El surgimiento de consumo de drogas ilícitas se ha traducido en una conducta social violenta en todo el mundo. Adultos jóvenes productivos están vadeando en el mar de la experimentación con drogas. La adicción a las drogas induce la deficiencia inmunonutricional. El uso de drogas ilícitas produce múltiples deficiencias de nutrientes o la malnutrición, que es la causa más común de inmunodeficiencia (Serra Majem L., 2004).

Inmunocompetencia es un determinante sensible y funcional del estado nutricional, ya que se altera incluso antes de la aparición de los síntomas clínicos de la desnutrición. Las drogas ilícitas son en sí mismos inmunosupresores(Haque & Bhuiya, 2015). El uso de estas drogas socava el apetito, afecta a los hábitos alimenticios, lo que lleva a desear el consumo de “energía vacía”, los alimentos potencialmente deficientes en nutrientes, y causa la deficiencia de micronutrientes. Por lo tanto, el uso de drogas ilícitas produce deficiencias inmunonutricional e influencias a susceptibilidad a agentes infecciosos, incluida la infección por el VIH (Conrado Manuel Viña Lorenzo, 2004).

En los factores de riesgo conductuales adición de toxicómanos, tales como compartir agujas, relaciones sexuales sin protección, sexo con diferentes parejas, etc. los clasifica en el más alto riesgo de infección por el VIH. Al igual que en el mundo desarrollado, el uso de drogas ilícitas entre los adultos jóvenes también está aumentando (Paul, 2008). También se ha abordado como un problema social y de salud por la Organización Panamericana de Salud (OPS) (OPS, 2016).

ILUMINAR es una clínica de rehabilitación para drogadictos y alcohólicos cuyo propósito es fortalecer la abstinencia y la sobriedad; lograr que el paciente pueda retornar a la sociedad como un ser productivo y autosuficiente. Cuenta con 3 fases de tratamiento: inicial, intermedia y final, a su vez dos modalidades de rehabilitación: internamiento y ambulatorio.

El principal objetivo del presente estudio es investigar el estado nutricional de los toxicómanos referidos a un centro de tratamiento de la drogodependencia después de un año de rehabilitación, la influencia de su adicción a las drogas y los factores de estilo de vida en sus índices nutricionales.

## **1 Planteamiento del problema**

La adicción a las drogas es un estilo de vida que puede conducir a problemas sociales y de salud pública. Muchos estudios sobre adictos han demostrado deficiencias nutricionales, incluyendo pérdida de peso y cambios en patrones dietéticos(Kabrt, Wilczek, & Svobodová, 2013).

La adicción se define como un trastorno cerebral crónico caracterizado por un comportamiento compulsivo y recidivante. Los factores predisponentes para una adicción incluyen la vulnerabilidad psicológica, las anormalidades bioquímicas, la genética y el condicionamiento ambiental. El aislamiento social, la depresión y la ansiedad son comunes entre los toxicómanos y las drogas y/o el alcohol se utilizan a menudo para relevar estos sentimientos negativos porque aumentan la actividad de la dopamina, que alimenta humor(Satz, 2014). Aparentemente, las drogas no afectan la ingesta de energía directamente, pero probablemente afectan la calidad nutricional de las comidas que el adicto elige. La desnutrición proteica-calórica de muchos adictos está relacionada con factores como el sexo femenino, la intensidad de la adicción, la anorexia, la mala alimentación y una alteración de los vínculos sociales y familiares del adicto. Las deficiencias nutricionales pueden afectar severa y permanentemente las diferentes funciones orgánicas; En particular, las deficiencias de energía, proteínas, vitaminas y minerales pueden causar varios trastornos nutricionales. Muchos adictos a las drogas sufren de desnutrición calórica y proteica. Se ha investigado la prevalencia de la malnutrición en los toxicómanos y la influencia de su hábito y estilo de vida sobre sus índices nutricionales(Nazrul, Hossain, & Ahmed, 2012). Muchos estudios han demostrado una relación entre la adicción a las drogas y la educación, el ingreso y el índice de masa corporal (IMC).

La mayoría de los adictos padecen trastornos nutricionales y metabólicos. Es necesario considerar una dieta adecuada basada en las características individuales que conducen a diferentes cambios fisiológicos. Los adictos necesitan buena salud, inspiración, apoyo y nutrición apropiada (Ross LJ, 2012).El consumo crónico de las drogas, el abuso lleva a un estilo de vida

que implica alteraciones de la alimentación diaria, con modificaciones negativas en la cantidad y la calidad. Dependiendo de la droga consumida se puede observar aumento o disminución del apetito produciéndose de esta forma modificaciones en el estado nutricional(Marquez M. R. M., 2001).

Los adictos a menudo olvidan como 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(Serra Majem L., 2004). La salud de una persona drogodependiente, siempre se encuentra afectada en el área psiquiátrica y psicológica con trastornos, y a nivel físico como: enfermedades pulmonar, cardiovascular, accidentes cerebro vasculares y cánceres, derivados del consumo y de malos hábitos saludables(Sciencie., 2014).

Según el Señor Valenzuela director del Centro de Rehabilitación Iluminar (CRI) de Guayaquil es un lugar donde ingresan personas con problemas de adicción a las drogas y al alcohol con diferentes condiciones económicas y sociales. El tratamiento inicial que ellos realizan es desintoxicación y estabilización: Canalizar al paciente y valorar como ingresa a la institución. Fase intermedia; darle al paciente y a sus seres queridos las herramientas y fortaleza para enfrentar y entender la enfermedad de la adicción. Fase final: fortalecer la abstinencia y la sobriedad; lograr que el paciente pueda retornar a la sociedad como un ser productivo y autosuficiente. Ellos cuentan con Médico General, Psicólogo Clínico, Psiquiatra, Trabajadora social, Operadores Vivenciales y Espirituales.

Este proyecto está enfocado al área de nutrición, se pretende observar datos sobre el estado nutricional antropométrico y bioquímico en pacientes adictos que lleven un periodo de recuperación de más de un año, ya que en la actualidad no hay mucha información al respecto, y sería de gran ayuda para mejorar y llevar una vida multidisciplinaria para enriquecer el tratamiento de desintoxicación dentro del Centro de Rehabilitación Iluminar.

## **1.1 Formulación del problema**

¿Cuál es el efecto de la rehabilitación sobre el estado nutricional de varones dependientes de drogas internados por más de un año en el centro ILUMINAR de la ciudad de Guayaquil?

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Determinar el efecto de la rehabilitación por el consumo de drogas sobre el estado nutricional medido por parámetros antropométricos y bioquímicos de varones en la fase final de internamiento en el centro de Rehabilitación ILUMINAR de la ciudad de Guayaquil - Ecuador.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Evaluar el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en tratamiento, mediante indicadores antropométricos y bioquímicos.
- Identificar hábitos alimentarios de los internos por medio de cuestionario de frecuencia de consumo por grupo de alimentos.
- Comparar el estado nutricional obtenido por parámetros antropométricos y bioquímicos actual con el presentado al ingreso a la institución de cada participante.

### **3 Justificación**

El uso y abuso de sustancias psicoactivas representa un verdadero problema que flagela la sociedad ecuatoriana, existen centros de rehabilitación que no dan un tratamiento adecuado a estos enfermos que deseen rehabilitarse, esto lleva a la necesidad de darle una solución arquitectónica adecuada a este problema; con una infraestructura que aloje a médicos, psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y terapeutas certificados para poder brindar un tratamiento adecuado, así como una recuperación a estas personas, evitando que quienes deseen rehabilitarse y cuenten con las posibilidades para hacerlo tengan que recurrir a centros de rehabilitación con mala guía profesional.

En Ecuador, hay pocos estudios que permiten conocer el estado nutricional antropométrico en pacientes que están en tratamiento en una clínica de rehabilitación de adictos a las drogas, esta enfermedad puede arruinar una vida y devastar a la familia, sin distinción de edad, sexo, ni posición social; son progresivas y sin un debido tratamiento muchos mueren al tener problemas de salud debido a su peso.

Al saber en qué estado se encuentran los pacientes realizaremos estrategias para mejorar sus condiciones actuales, como presentar un plan de capacitación y hacer cambios en sus hábitos alimentarios y así puedan lograr una recuperación sana y cambio multidisciplinario a lo largo de su vida.

Este proyecto de investigación que tiene como título efecto de la rehabilitación sobre el estado nutricional de pacientes internos por más de un año en el Centro Iluminar de la ciudad de Guayaquil, permite determinar en qué grado de malnutrición se encuentran después de haber transcurrido un año de recuperación a la drogodependencia y dar conocer si ésta afecta positiva o negativamente al estado nutricional.

## **4 Marco teórico**

### **4.1 Marco Referencial**

El consumo de alimentos y la frecuencia son los elementos esenciales para lograr su IMC adecuado de acuerdo su edad y estatura y así tener una recuperación exitosa.

El consumo de sustancias ilegales en los Estados Unidos ha aumentado descontroladamente. En el año 2011, se observó que 22.5 millones de Estadounidenses comienzan el consumo de algún tipo de droga ilícita a partir de los 12 años de edad, o abusaron de medicamentos psicoterapéuticos (como analgésicos, estimulantes o tranquilizantes). Esto equivale al 8.7% de la población, mientras que en el 2002, el porcentaje fue del 8.3 %. Se observa aumento principalmente sobre el consumo de marihuana, que se consume con más frecuencia o a diario (Lorca, Mi periodico digital, 2016).

En el año 2016 se publicó el Informe Mundial sobre las drogas, donde se expone que 1 de cada 20 personas adultas, consume algún tipo de sustancia psicotrópica (cerca de 250 millones de personas mayores a 15 años y menores a 64, consumen por lo menos una droga). Esta cifra equivaldría a la sumatoria total de la población de los países más influyentes de Europa como son Alemania, Francia, Italia y Reino Unido. Éste mismo informe contempla los trastornos producido por el consumo de estas sustancias, de los cuales, los más prevalentes son los consumidores de drogas por inyección, es así que, el 14% padecen de VIH, el impacto del consumo de estas sustancias en lo que respecta a sus consecuencias para la salud sigue siendo devastador. El número de muertes relacionadas con las drogas, en el año 2014 fue de aproximadamente 207.400. Sigue siendo inaceptable e inevitable el consumo. Las muertes por sobredosis de droga representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las

muerres relacionadas con el consumo de estas sustancias (Delito O. d., UNODC, 2016).

El objetivo de realizar este estudio dar a conocer el problema de drogas y su evolución en la población universitaria de los países andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, se realizó un estudio coordinado por la Comunidad Andina, por medio del Proyecto PRADICAN y ejecutado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA). El análisis se realizó entre mayo y diciembre de 2012 con una muestra representativa de los estudiantes universitarios de cada país, bajo un muestreo en dos etapas. Primero se seleccionó a 12 universidades en cada país y luego a estudiantes en cada una de ellas, incluyéndose a una muestra combinada total de 22.389 estudiantes en los 4 países, de ambos sexos y de diferentes facultades: 10.650 hombres y 11.739 mujeres. Se realizó un cuestionario estandarizado y previamente evaluado, que fue contestado bajo una modalidad en línea. Los principales resultados comparados del estudio son los siguientes: Al observar el uso de drogas entre los cuatro países estudiados se concluye que éste es bastante heterogéneo. En efecto, la prevalencia de último año o consumo reciente de “cualquier” droga ilícita o de uso indebido muestra los siguientes registros: 4,6% en Bolivia; 16,6% en Colombia, 10,1% en Ecuador y 5,6% en Perú. La droga más consumida en todos los países es la marihuana, ya sea de modo exclusivo o combinado con otras drogas. Es importante recalcar el alto porcentaje de estudiantes que presentan signos de abuso o dependencia a drogas ilícitas como marihuana, pasta básica, base y cocaína. Entre un 28% y 30% de los consumidores de drogas de Colombia, Ecuador y Perú presentan esta condición, cifra que sube a 40,9% en los estudiantes de Bolivia (Comunidad Andina, 2012).

El Centro de Rehabilitación de Adicciones, Fundación Programa San Carlos (CRAFPC), 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,C) según la etapa del tratamiento en la que se encontraban. Se realizaron mediciones antropométricas. Los resultados indicaron que el 15,22% de la muestra presento obesidad, el 39,13% sobrepeso mientras que un 45,65% de la misma presento normopeso. El 39,14% presento riesgo en base al valor de su CC. Se observó que un 40% de los pacientes de la fase B y un 70 de la fase C presenta IMC mayor a 25, la fase C un 60 % presento riesgo cardiovascular CC mayor 94 cm(Obermann Gustavo, 2008).

## **4.2 Marco teórico**

### **4.2.1 Drogas**

Las drogas son toda sustancia que introducida en el organismo a través de cualquier vía de administración, altera el organismo de la persona, así también puede alterar el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral (Schuckit, 2006).

Las drogas y su uso afectan directa así como indirectamente, a la sociedad, las familias y los propios individuos, con costos no solo económicos, también emocionales y de calidad de vida para estas personas (Cogollo Z A. K., 2011;13(3)).

Estas sustancias psicoactiva o droga, se refiere a un grupo variado de sustancias, cuyo contenido adictivo, al peligro que representa al momento de reaccionar en cada consumidor es diferente. El comportamiento cambia a dependiendo el tipo de droga, como es diferente para los consumidores farmacológicas particulares, el uso excesivo de estas drogas se vuelve adictiva, la dosis, la vía de administración y la forma que se consume (Hernández, 2016).

### **4.2.2 Adicciones Y Sustancias Psicoactivas**

El uso de psicoactivos con fines terapéuticos, recreativos y sacramentales es tan antiguo como la propia Humanidad. A lo largo de casi todo el siglo XX, el uso de sustancias psicoactivas con fines no médicos ha dado lugar a varias crisis sociales y sanitarias de distinta intensidad. Pero el primer problema que encontramos a la hora de valorar el fenómeno de las drogas es la dificultad para dar una definición adecuada. Los términos drugs (en inglés) y drogue (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción como sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica (Irwin, 2006).

El estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, las drogas son toda las sustancias que se consumen de diferentes formas en el organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. Esta definición es poco útil e inexacta, ya que engloba fármacos de prescripción, sustancia psicoactiva, muchas plantas, sustancias químicas o tóxicas para el organismo (Hernández, Seguridad Publica UnADM, 2016).

El surgimiento de consumo de drogas ilícitas se ha traducido en una conducta social violenta en todo el mundo. Adultos jóvenes productivos están vadeando en el mar de la experimentación con drogas(Serra Majem L., 2004).

Se entiende por drogadicción aquellas sustancias cuyo consumo cause en la persona una dependencia, que se aplican para la estimulación o depresión del sistema nervioso central y que da como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. Se considera a estas sustancias como prohibidas, nocivas para la salud, de las cuales se abusa y que de alguna forma generan un perjuicio individual y social (Abuse, drugabuse.gov, 2008)

El término drogodependencia alude a un conjunto de alteraciones y trastornos como consecuencia del uso continuado de una droga que genera dependencia, la cual puede ser psíquica y/o física. Por tanto existen dos características que hacen reconocible la conducta adictiva: la primera, o dependencia psíquica, se caracteriza por una acción compulsiva de consumo de droga de abuso con una consecuente pérdida de control del límite de su utilización, y la segunda, o dependencia física, se relaciona con el síndrome de abstinencia que se caracteriza, en general, por un perfil farmacológico o sindrómico opuesto a los efectos agudos de las drogas de abuso y se manifiesta por un conjunto de signos y síntomas físicos y motivacionales entre los que se incluye la sensación de disforia, la aversión y el ansia irrefrenable del consumo de la droga (Irwin, 2006).

La evidencia de los graves efectos asociados a los consumos de ciertas drogas ha implicado una marginalidad que afecta directamente al individuo e indirectamente a la sociedad. En muchas ocasiones el consumidor entra en una dinámica de conductas de riesgo que puede llevar a que adquiera diversas patologías asociadas al consumo de drogas de abuso (HIV, hepatitis, tuberculosis) que suponen un problema añadido no solo para el consumidor, sino también para la población en general (Abuse, drugabuse.gov, 2008).

### **4.2.3 Adicciones Y Sustancias Psicoactivas**

#### **Clasificación:**

Las drogas se pueden clasificar según Schuckit múltiples sistemas de categorización, pero en la actualidad, predominan las clasificaciones en función de sus efectos farmacológicos, es decir, en función de los efectos que producen en el Sistema Nervioso Central (SNC) y el cerebro. Una de las clasificaciones más representativas es la que plantea; realiza una clasificación de las drogas en las siguientes categorías: las agrupa en depresoras del SNC (por ejemplo: alcohol), estimulantes o simpatomiméticos del SNC (por ejemplo: cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, disolventes y drogas para contrarrestar otros efectos y otras (Schuckit, 2006):

### Clasificación de las drogas según(Schuckit, 2006):

Clase	
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes o simpatomimeticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, Estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

**Fuente:**Schuckit, M. A. (2006). *Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment* (6th ed). New York, NY: Springer.

#### 4.2.3.1 Cómo funcionan las drogas

Son sustancias químicas que afectan el cerebro al ingresar en su sistema de comunicación e interferir en la manera en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información. Los diferentes tipos de sustancias, son la marihuana y la heroína, pueden activar las neuronas porque su estructura química imita a la de un neurotransmisor natural. Estos componentes engañan a los receptores y permite que esas sustancias se adhieran a las neuronas y las activen. Observa que las drogas imitan a las sustancias químicas propias del cerebro, no activan las neuronas de la misma manera que lo hace un neurotransmisor natural, y conducen a mensajes anormales que se transmiten al cerebro(Abuse, 2008).

#### **4.2.4 Mecanismo de acción de las adicciones**

Las drogas presentan diferencias en cuanto al efecto que producen en el organismo pero los mecanismos psicofisiológicos que subyacen son los mismos. Las drogas producen placer induciendo a los seres vivos a actuar de la misma forma en repetidas ocasiones. El circuito del placer recorre un conjunto de estructuras en torno al sistema límbico y en ellas actúa una serie amplia de sustancias químicas (endorfinas y especialmente dopamina) que se liberan de modo natural al sentir placer. El aumento de dopamina en el cerebro es lo que provoca la sensación de euforia. Aunque se ha comprobado que estos neurotransmisores aumentan también con conductas como por ejemplo, un contacto sexual, un atracón, el placer de comprar por comprar, una charla con los amigos o una puesta de sol, provocando a la larga también, concentraciones altas de dopamina y habituándose por tanto a ellas (Murthy, 2010).

##### **4.2.4.1 ¿Cómo actúan las drogas sobre el cerebro?**

Existen otras drogas, como la anfetamina o cocaína que hacen que las células nerviosas liberen cantidades inusualmente grandes de neurotransmisores naturales o pueden prevenir el reciclaje normal de estas sustancias químicas cerebrales, haciendo que la señal se vea sumamente amplificadas, lo que eventualmente trastorna los canales de comunicación (Abuse, soa\_spanish.pdf, 2008).

La marihuana se extrae de una hierba es una mezcla de color verde, café o gris de hojas trituradas, tallos, semillas y flores secas del cáñamo, la planta *Cannabis sativa*. La personas que fuma marihuana en cigarrillos hechos a mano; muchos usan pipas, pipas de agua o cigarros de marihuana llamados "caños" hechos con cigarros vacíos que se rellenan en parte o totalmente con marihuana. La marihuana se puede usar para preparar té, y usualmente se mezcla con otros alimentos como bizcochos, galletas o

dulces, en particular cuando es vendida o consumida para uso medicinal. El uso de resinas con un contenido alto en los ingredientes activos de la marihuana, incluyendo el aceite de hachís o "aceite de miel" un líquido viscoso, la "cera" o "budder" una sustancia sólida con una textura parecida a la de un bálsamo para labios y el "shatter" una sustancia dura y sólida de color ámbar, se han vuelto aún más populares entre los que usan marihuana para uso recreacional o medicinal (EISohly, 2000).

La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa los efectos de alteración mental que acompañan la intoxicación con marihuana. La cantidad de THC (que también es el ingrediente psicoactivo en el hachís) determina la potencia y, por lo tanto, los efectos de la marihuana. Entre 1980 y 1997, la cantidad de THC en la marihuana encontrada en los Estados Unidos ha aumentado dramáticamente, afectando las emociones, la atención y el aprecio de sus seres queridos. Los efectos que acarrea el consumo de esta sustancia son de gran impacto social ya que incluye, problemas psicológicos como depresión, conducta suicida, etc. (Abuse, 2008);(Bucaramanga, 2015).

La cocaína es una droga estimulante y altamente adictiva hecho de las hojas de la planta de coca nativa de América del Sur. A pesar de que los médicos puedan utilizarla para fines médicos válidos, como la anestesia local para algunas cirugías, la cocaína es una droga ilegal. Como droga de la calle, la cocaína se parece a un blanco, polvo fino, cristalino. Los traficantes suelen mezclar con cosas como el almidón de maíz, talco, harina o para aumentar las ganancias. También pueden mezclar con otras drogas como la Anfetamina estimulante.(Americanos, 2011).

La heroína es una droga opioide a partir de la morfina, una sustancia natural tomada de la vaina de la semilla de la planta de adormidera asiática. La heroína puede ser un polvo blanco o marrón, o una sustancia pegajosa negro conocida como heroína de alquitrán negro. La heroína entra en el cerebro y cambia rápidamente de vuelta a la morfina. Se une a los

receptores opioides en las células situadas en muchas áreas del cerebro, especialmente los que participan en los sentimientos de dolor y placer. Los receptores opioides también se encuentran en la base del cerebro, que controla los procesos importantes, como la presión arterial, la excitación y la respiración.(Americanos, 2011).

El abuso de drogas afecta al cerebro mucho más drásticamente que las interacciones naturales, tales como los alimentos y las salidas sociales. Para lograr la estimulación a un nivel más manejable, el cerebro debe tratar de adaptarse. Una forma en que el cerebro compensa es reduciendo el número de receptores de dopamina en la sinapsis. Además, las neuronas que envían aumentan su número de transportadores de dopamina. Estos cambios hacen que el cerebro sea menos sensible al fármaco, también disminuyen la respuesta del cerebro a las interacciones naturales (Rojas, 2015);(Americanos, 2011).

#### **4.2.5 Factores de riesgo**

Las personas de cualquier edad, sexo o condición económica pueden convertirse en adictos a una droga. Sin embargo, ciertos factores pueden afectar a la probabilidad y la velocidad de desarrollar una adicción: (Americanos, 2011)

**Historia familiar de adicción.** Adicción a las drogas es más común en algunas familias y probablemente implica la predisposición genética. Si un pariente de sangre, como un padre o un hermano, con problemas de alcohol o drogas, existe mayor riesgo de desarrollar una adicción a las drogas.

**El sexo masculino.** Los hombres son más propensos a tener problemas con las drogas que las mujeres. Sin embargo, la progresión de los trastornos adictivos se sabe que es más rápido en las mujeres.

**Tener otro trastorno de salud mental.** Los trastornos de salud mental, como la depresión, déficit de atención/hiperactividad o trastorno de estrés post-traumático, aumentan la probabilidad de convertirse en dependiente de las drogas.

**Presión.** La presión de grupo es un factor importante en el inicio de usar y abusar de las drogas, en particular para los jóvenes.

**La falta de participación de la familia.** Situaciones familiares difíciles o falta de un vínculo con los padres o hermanos pueden aumentar el riesgo de adicción, al igual que la falta de supervisión.

**La ansiedad, la depresión y la soledad.** El uso de drogas puede convertirse en una forma de hacer frente a estos sentimientos psicológicos dolorosos y puede hacer que estos problemas aún peor.

**Tomando una droga altamente adictiva.** Algunos medicamentos, como los estimulantes, cocaína o analgésicos, pueden dar lugar a un desarrollo más rápido de la adicción que otras drogas. Sin embargo, el consumo de drogas considerados menos adictivo - las llamadas "drogas blandas" - puede ser el comienzo de una vía de consumo de drogas y la adicción (Tapia, 2016).

#### **4.2.6 Nutrición y aspectos psicológicos de la drogadicción**

Cuando están bien las personas, es menos probables que se presente una recaída y dada que una nutrición balanceada ayuda a mejorar el estado de ánimo y de salud en el paciente, el consumo de una buena dieta en la persona que se están recuperando de problemas con las drogas (Lobatón, Nutrición clínica en el trastorno por abuso de sustancias , 2014).

El uso de estas drogas socava el apetito, afecta a los hábitos alimenticios, lo que lleva a desear el consumo de "energía vacía", los alimentos

potencialmente deficientes en nutrientes, y causa la deficiencia de micronutrientes(Conrado Manuel Viña Lorenzo, 2004).

Sin embargo, es posible que las personas que acaban de renunciar a una fuente de placer importante no estén listas para realizar otros cambios drásticos en el estilo de vida. Es importante que las personas eviten recaer en el problema que seguir una dieta estricta. No obstante, será importante implementar la incorporación de una buena alimentación en tanto estructura de vida como un objetivo secundario, a largo plazo, y no dejarlo sin trabajo terapéuticamente, ya que no debemos olvidar que la comida es también un bien de consumo, con lo cual muchos de estos individuos pueden deslizar del objeto droga al objeto comida el mecanismo adictivo y así trocar sin rehabilitación del trastorno en sí(Lobatón, Nutricion clinica en el trastorno por abuso de sustancias , 2014).

Las sustancias psicoactivas pueden conducir a problemas psiquiátricos, como las sustancias pueden tener efectos tóxicos sobre la química del cerebro. Antes de desintoxicación, los neurotransmisores se reducen debido a la mala nutrición y la absorción de aminoácidos alterada y utilización. Esto deja a los adictos a la sensación de depresión, agitado, y no reglamentada a principios de recuperación. Se cree que estos desequilibrios desaparecen en un período de semanas, pero pueden durar tanto como un año(Lourdes, 2016).

Para algunos, alteraciones del estado de ánimo y el comportamiento que pueden haber estado presentes antes de que el abuso de sustancias comience. Con un diagnóstico adecuado de los posibles trastornos de salud mental subyacente, una dieta saludable y educación sobre cómo la nutrición influye en el estado de ánimo y la química del cerebro, la recuperación puede ser mejorada (Srisurapanont, 2001).

El papel del dietista en el tratamiento de abuso de sustancias es una parte importante, pero a menudo carecen del proceso de recuperación a largo plazo de los pacientes. Existen cambios que deben ser evaluados por un profesional idóneo quien calcula el tipo, cantidad, tiempo y mecánica de abuso de la sustancia y así, dar respuesta a dichos cambios para disminuir la probabilidad de recaída y generar un proceso de recuperación integral basado en los procesos de alimentación y nutrición (Lobatón, 2014).

Una comprensión de cómo los alimentos afectan el estado de ánimo y el riesgo de abuso de sustancias comienza con los macronutrientes. Los carbohidratos son la principal fuente de energía del cuerpo; sin este macronutriente, el cerebro no puede funcionar correctamente, azúcar en la sangre se vuelve inestable, y los neurotransmisores se perturban, la azúcar en la sangre inestable puede conducir a sentimientos de frustración, ansiedad y antojos.(Domínguez, holguín, & Guerrero, 2015)

Los hidratos de carbono ayudan en la producción de serotonina, lo que facilita el humor estable; ayuda en el sueño; y ayuda a controlar los antojos. Los bajos niveles de serotonina pueden causar problemas de sueño, irritabilidad y depresión.

La liberación de insulina tras la ingesta de hidratos de carbono ayuda a la glucosa entre en las células, donde se utiliza para producir energía y provoca la entrada de triptófano en el cerebro. A continuación, el ácido fólico y vitaminas B6 y B12 ayudan a la síntesis de triptófano en serotonina. Garantizar que los adictos reciban los carbohidratos adecuados y alimentos ricos en triptófano, tales como productos lácteos y carnes, ayuda a estabilizar estas reacciones.(Smith, Kaplan, & Schneider, 2013)

Los aminoácidos, los bloques de construcción de proteínas, también son la base de los neurotransmisores. Los bajos niveles de neurotransmisores, particularmente dopamina, pueden desencadenar un individuo para convertir

a las sustancias para sentirse mejor, como la mayoría de las sustancias impactan notablemente los niveles de dopamina del cuerpo. La dopamina se hace a partir del aminoácido tirosina, y la serotonina se hace de triptófano. Si un individuo carece de cualquiera de estos aminoácidos, la síntesis de la respectiva neurotransmisión se interrumpe, lo que afecta el estado de ánimo, la agresión, y el deseo de drogas o alcohol (Lobatón, 2014).

#### **4.2.7 Pruebas y diagnóstico**

El diagnóstico de adicción a las drogas (también llamado trastorno por uso de sustancias) requiere una evaluación a fondo y con frecuencia incluye una evaluación por un psiquiatra, un psicólogo o un consejero. Sangre, orina u otras pruebas de laboratorio se utilizan para evaluar el consumo de drogas, pero no son una prueba de diagnóstico para la adicción. Estas pruebas se pueden utilizar para el tratamiento de seguimiento y recuperación.

Para el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, la mayoría de los profesionales de la salud mental usan criterios en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, para diagnosticar enfermedades mentales. Los criterios para el trastorno por uso de sustancias incluyen un patrón de comportamiento de consumo de drogas que causa problemas significativos y la angustia, independientemente de qué droga se utiliza (Asociación Americana de Psiquiatría, 2015).

Es posible que un paciente tenga un trastorno por uso de sustancias si al menos dos de estos problemas se producen dentro de un período de 12 meses:

- Toma grandes cantidades de la droga durante un período de tiempo más largo de lo previsto
- Reducir o dejar de fumar, sin éxito

- Impulsos intensos por el fármaco que bloquean cualquier otro pensamiento
- No cumple obligaciones y responsabilidades debido a su consumo de sustancias
- Ignora importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias
- Utiliza la sustancia en situaciones que pueden ser peligrosas, como por ejemplo al conducir o manejar maquinaria
- Desarrolla tolerancia, lo que significa que el fármaco tiene cada vez menos efecto y necesita más de la droga para obtener el mismo efecto
- Tiene síntomas de abstinencia físicos o psicológicos cuando deja de tomar el medicamento, o se toma el fármaco (o un fármaco similar) para evitar los síntomas de abstinencia

#### **4.2.8 Examen toxicológico**

El personal que efectúe las pruebas de drogas debe ser competente en la toma de muestras y, en su caso, en los resultados de lectura. Las pruebas de laboratorio deben hacerse en laboratorios acreditados.

**Las pruebas de detección:** Éstas se llevan a cabo habitualmente en primer lugar. Son rápidos, baratos y fáciles. Por lo general, se realizan mediante inmunoensayo y se puede hacer en el laboratorio o el uso de pruebas de punto de cuidado o de tira reactiva. Los resultados negativos pueden ser aceptados de forma fiable. Los resultados positivos por lo general necesitan ser confirmados mediante un análisis de confirmación.

**Las pruebas confirmatorias:** Éstos tienden a utilizar gas o cromatografía líquida y espectrometría de masas. Son más lento y más caro, pero las drogas y sus metabolitos pueden ser detectados. Es el estándar de oro para las pruebas de drogas.

**Los análisis de orina:** Esto es lo que se lleva a cabo normalmente. Se puede demostrar el uso de drogas en los últimos días y es una prueba no

invasiva. Las muestras de orina pueden ser contaminada (por ejemplo, la adición de productos químicos, la dilución por el consumo de grandes cantidades de líquido), sustituidos, o ser propensos a la pre-colección de la abstinencia de fármacos que pueden producir un resultado erróneo. Sólo muy de vez en cuando es necesario observar directamente una muestra de orina que se dan y se necesita el consentimiento informado del paciente para esto.

**Pruebas de fluido oral:** El fluido oral es más fácil de recoger, pero las drogas están presentes en concentraciones más bajas y sólo se puede detectar un uso muy reciente de drogas en los últimos 24-48 horas. Sin embargo, es menos fácil de adulterar.

**La prueba del pelo:** Puede mostrar el consumo de drogas en los últimos meses. Es pobre en la detección de uso muy reciente. Sin embargo, no establece ninguna diferencia entre el uso continuo y esporádico. También es más complicado y sólo se realiza en algunos laboratorios.

La detección de drogas al azar intermitente es probable que sea la forma más práctica y rentable para proporcionar información fiable sobre el consumo de drogas reciente de una persona.

Los procedimientos escritos deben estar en su lugar para la recogida y almacenamiento de muestras biológicas, como su envío a un laboratorio y la discusión y gestión de los resultados reportados (Plan, 2017).

<b>Tiempo aproximado de detectabilidad de los fármacos seleccionados en la orina</b>	
<b>Droga o metabolito</b>	<b>Duración de detectabilidad</b>
Anfetaminas	2 días
Las benzodiazepinas:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acción ultra corta (vida media de 2 horas - por ejemplo, midazolam).</li> <li>• De acción intermedia (vida media de 6-24</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 horas</li> <li>• 2 – 5 días</li> </ul>

<p>horas - por ejemplo, temazepam, clordiazepóxido).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De acción prolongada (media de la vida 24 horas - por ejemplo, diazepam, nitrazepam).</li> </ul> <p>Buprenorfina y metabolitos.</p> <p>Metabolitos de cocaína.</p> <p>Heroína</p> <p>Los cannabinoides:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De un solo uso.</li> <li>• El uso moderado (tres veces a la semana).</li> <li>• El uso intensivo (todos los días).</li> <li>• el uso excesivo crónico (más de tres/día).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 días o mas</li> </ul> <p>8 días</p> <p>2 – 3 días</p> <p>48 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 – 4 días</li> <li>• 5– 6 días</li> <li>• 20 días</li> <li>• Hasta 45 días</li> </ul>

## **4.3 Marco legal**

Según la ley de plan de buen vivir:

### **4.2.9 El objetivo 3**

**Mejorar la calidad de vida de la población.-** es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del sistema nacional de inclusión y equidad social.

La constitución, en el artículo 66, establece el derecho a un vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

## **5 Formulación de hipótesis**

La rehabilitaciónafecta de manera positiva al estado nutricional de varones dependientes de drogas internados por más de un año en el centro ILUMINAR de la ciudad de Guayaquil - Ecuador

## **6 Identificación y clasificación de variables**

### **Variable Independiente**

Rehabilitación

### **Variable Dependiente**

Estado nutricional

### **Variable interviniente**

Pacientes de género masculino que se encuentren en la fase final del tratamiento de desintoxicación en el centro de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil.

## **7 Metodología de la investigación**

### **7.1 Justificación de la elección del diseño**

El presente proyecto presenta un enfoque metodológico cuantitativo. Diseño no experimental-transversal debido a que no se manipularán variables y la recolección de datos se realizará en un tiempo específico definido. Presenta también alcance descriptivo y correlacional, ya que se describirán distintas variables y a la vez se determinará la relación de las mismas.

### **7.2 Población y muestra**

El estudio se llevó a cabo con 25 hombres con antecedentes de drogadicción de edades comprendidas entre 17 a 48 años, en el periodo de octubre del 2016 y febrero del 2017. Fueron usuarios de drogas múltiples, principalmente heroína, cannabis y cocaína. En terapia de desintoxicación en el centro de rehabilitación Iluminar de la ciudad de Guayaquil.

#### **7.2.1 Criterios de inclusión**

- Hombres sanos no adictos
- Usuarios no activos de ningún tipo de sustancia psicoactiva.
- Pacientes con más de 1 años de internación

#### **7.2.2 Criterios de exclusión**

- Trastornos médicos
- Alcoholismo
- Además, se excluyeron las reinternaciones dentro de un año y el período de internación menor de 1 año.

## **7.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **7.3.1 Técnicas**

Observación directa: El examen visual del cabello, la cara, los ojos, los labios, las uñas, pueden revelar la identificación de la presencia de mal nutrición.

Encuesta: técnica que consiste en obtener información mediante comunicación directa con el encuestado, el mismo que responde preguntas de fácil entendimiento; la entrevista tiene como objetivo recolectar información detallada de temas específicos.

### **7.3.2 Instrumentos**

Los instrumentos de investigación fueron datos antropométricos, un cuestionario administrado por el entrevistador y muestras de sangre.

El cuestionario fue desarrollado y pre-testado entre los drogadictos hospitalizados, que fueron excluidos de la población de estudio. Se diseñó para incluir: datos antropométricos como altura y peso; Información socioeconómica como educación, ocupación, edad, estado civil, tamaño de la familia. El tipo de drogas consumido y el período de adicción. Incluye, información antropométrica, historia de ingesta dietética, recordatorio de 24 horas, hábito alimenticio, frecuencia de consumo por grupo de alimentos. Después de informar a los sujetos del presente estudio y tener consentimiento por escrito, se registró información en el cuestionario y se recogieron muestras de sangre de cada uno de los sujetos del estudio. Se mantuvo la privacidad de los pacientes. El permiso ético fue tomado del director del centro de rehabilitación ILUMINAR

El peso corporal y altura se midieron sin usar calzado. Las muestras de sangre se extrajeron por el personal autorizado y fueron analizadas en el laboratorioclínico "INTERLAB" de la ciudad de Guayaquil, se tomaron en cuenta valores de proteína sérica total y la albúmina para determinar estado nutricional bioquímico.

## 8 Presentación de resultados

### 8.1 Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

Variable	Media $\pm$ DE	Mínimo – Máximo
Edad (años)	23 $\pm$ 7,32	17 – 45
Talla (cm)	168,42 $\pm$ 6,53	154,50 – 179,50
Peso al ingreso (kg)	47 $\pm$ 5,98	32 – 58
Peso actual (kg)	73, 08 $\pm$ 12,69	43,8 – 105,06
IMC al ingreso (kg/m <sup>2</sup> )	16,78 $\pm$ 2,34	11,47 – 20,42
IMC actual (kg/m <sup>2</sup> )	25,70 $\pm$ 3,79	16,02 – 35,07
Tiempo de adicción (años)	5,17 $\pm$ 4,1	1 – 15
Tiempo de internación (años)	1,5 $\pm$ 0,48	1 – 2,7

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

#### Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos, De los 25 adictos a las drogas, el 100% eran hombres, con edades comprendidas entre 17 a 45 años. La media de la edad y la altura de 23  $\pm$  7,32 años; 168,42  $\pm$  6,53 cm; respectivamente. El peso al ingresar a la institución de los participantes tiene una media de 47  $\pm$  5,98 kg y el actual es de 73, 08  $\pm$  12,69 kg. Así también el IMC al ingreso en promedio se observa 16,78  $\pm$  2,34 y el actual observado es de 25,70  $\pm$  3,79 kg / m<sup>2</sup>, respectivamente. Por último el tiempo de internación de cada paciente varía entre 1 y 2 años con 7 meses.

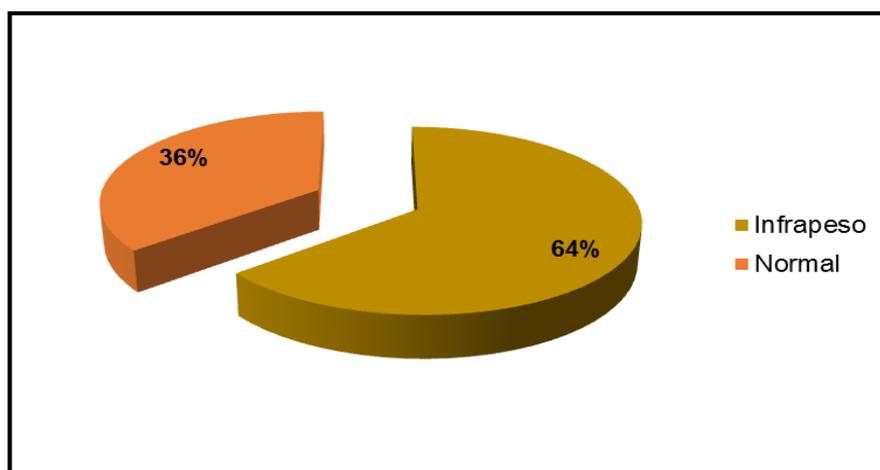
**Tabla 2. Estado nutricional al ingreso a la institución**

Concepto	Número de personas	Porcentaje
Infrapeso	16	64%
Normal	9	36%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 1. Distribución porcentual según el estado nutricional al ingreso a la institución**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

Según los datos otorgados por el director de la institución el IMC al ingreso de los individuos se dividía en 2: 64% presentaron IMC menor a 18 lo que según la OMS se interpreta como Infrapeso, el 36% restantes presentaron IMC entre 18 y 20 lo que significa que su estado nutricional según el percentil de masa corporal era normal.

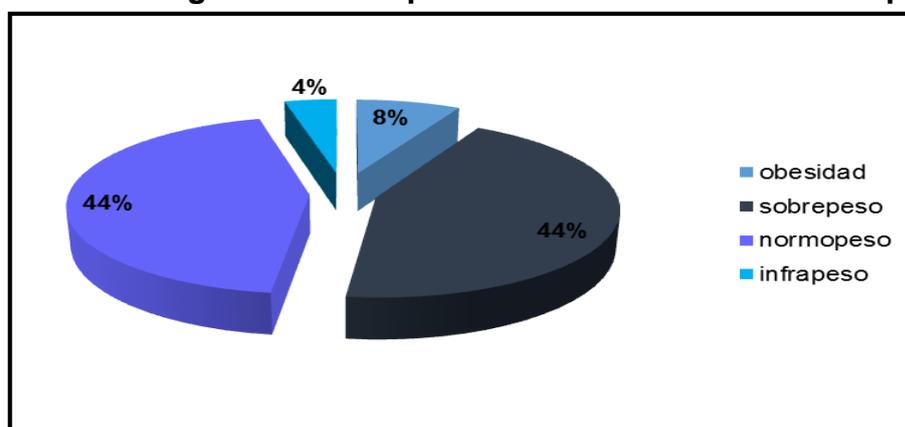
**Tabla 3. Estado nutricional actual de los adictos a las drogas en base a percentil de índice de masa corporal**

Concepto	Resultado	Porcentaje
Obesidad	2	8%
Sobrepeso	11	44%
Normopeso	11	44%
Infrapeso	1	4%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 2. Distribución porcentual del Estado nutricional actual de los adictos a las drogas en base a percentil de índice de masa corporal**



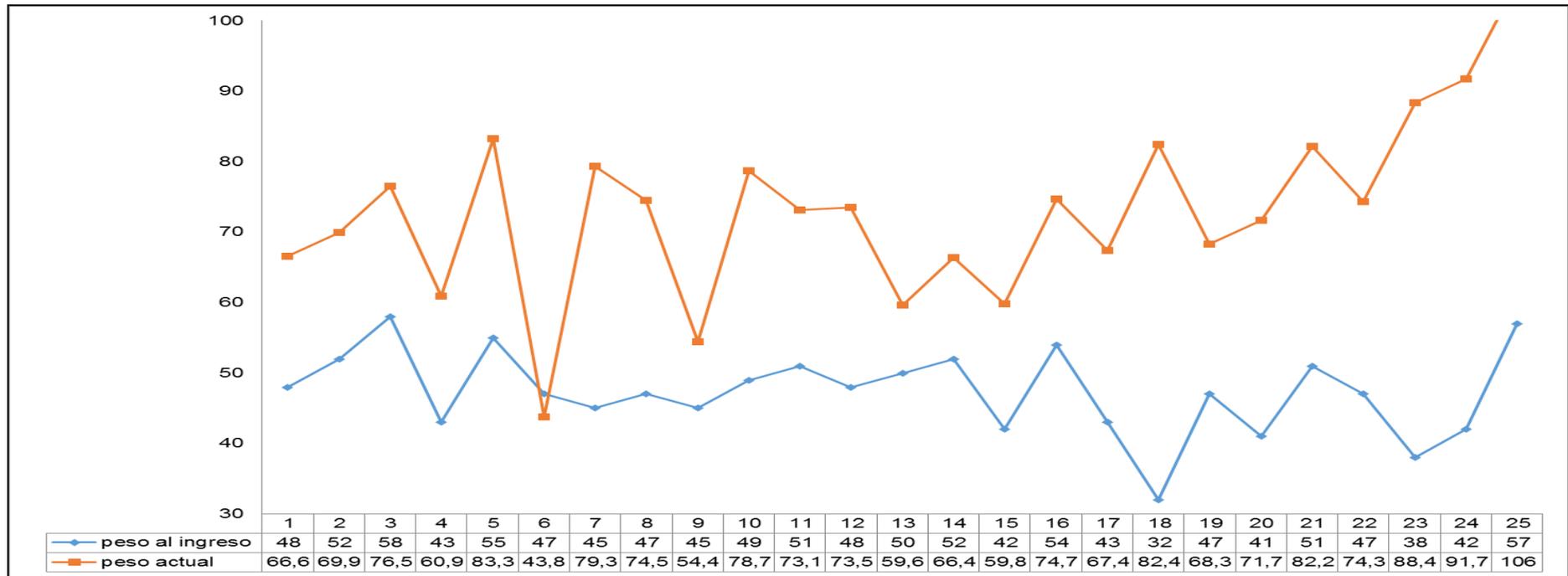
Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

Los resultados mostraron que el IMC de 44% de los participantes se encuentra en sobrepeso; otro 44% en normopeso, que representa a la mayoría de la población estudiada, seguidos del 8% los pacientes que según su IMC presentan obesidad. Con un mínimo porcentaje encontramos la desnutrición representada por un solo participante.

**Gráfico 3. Comparación del peso al ingreso institucional con peso actual**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR  
 Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación**

Se observa el cambio de peso que los participantes han obtenidos desde su internación hasta la actualidad, en su mayoría han tenido un aumento de más de 15 kilogramos en lo que va de su rehabilitación. Se observa solo un sujeto que ha presentado pérdida de peso.

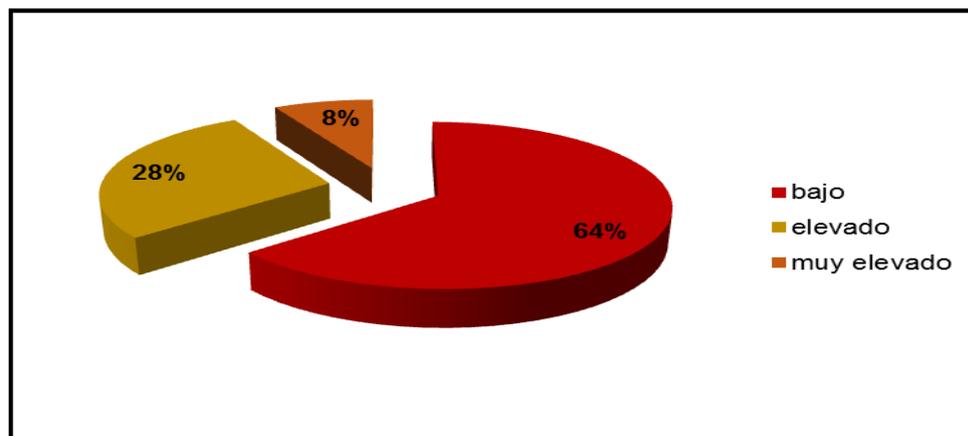
**Tabla 4. Riesgo cardiovascular mediante interpretación del índice cintura cadera**

Riesgo	Número de personas	Porcentaje
Bajo	16,00	64%
Elevado	7,00	28%
Muy elevado	2,00	8%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 4. Distribución porcentual del riesgo cardiovascular mediante interpretación del índice cintura cadera**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

#### **Análisis e interpretación:**

Según el índice cintura cadera, encontramos que el 64% de participantes presentan bajo riesgo cardiovascular, seguido del 28% que representa un riesgo cardiovascular elevado y en última instancia encontramos el 8% de pacientes con riesgo cardiovascular muy elevado, responde a los pacientes que padecen obesidad.

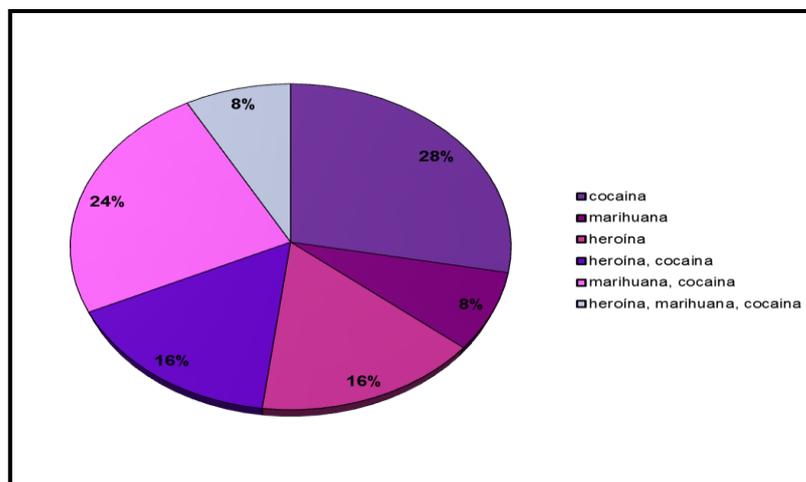
**Tabla 5. Tipo de drogas consumida antes de someterse a tratamiento**

Tipo	Número de personas	Porcentaje
Cocaína	7	28%
Marihuana	2	8%
Heroína	4	16%
Heroína, cocaína	4	16%
Marihuana, cocaína	6	24%
Heroína, marihuana, cocaína	2	8%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 5. Distribución porcentual del tipo de drogas consumida antes de someterse a tratamiento**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación**

Del total de participantes el 28% consumía cocaína, seguido del 24% que consumían marihuana y cocaína, también encontramos que el 16% prefería consumir heroína o en combinación con heroína, el 8% restante consumía los 3 tipos de drogas más comunes.

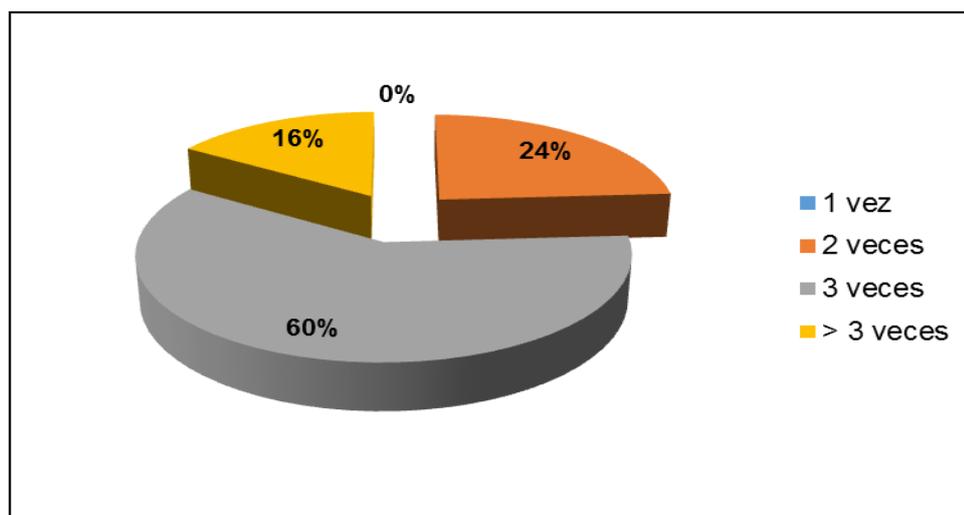
**Tabla 6. Distribución de ingestas diarias**

Numero de ingestas	Número de personas	Porcentaje
1 vez	0	0%
2 veces	6	24%
3 veces	15	60%
> 3 veces	4	16%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 6. Distribución de ingestas diarias**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

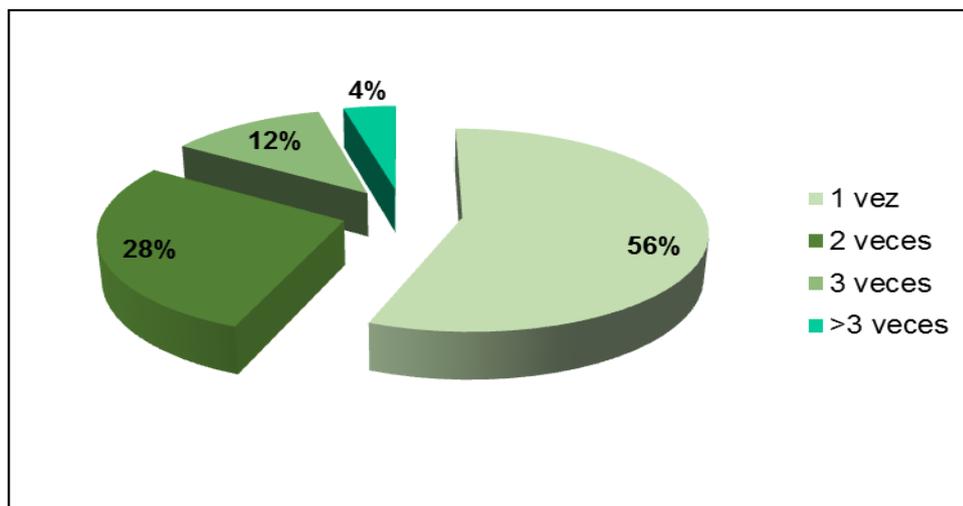
En cuanto a la cantidad de comidas realizadas al día, la mayoría de los pacientes (60%) realizan 3 ingestas, seguido del 24% que representa a los que realizan 2 comidas diarias, y el 16% realiza más de 3 comidas diarias. Vale recalcar que la institución otorga una dieta que consiste en 3 tiempos de comida (Desayuno, almuerzo y merienda; 7am – 1pm – 7pm)

**Tabla 7. Frecuencia de consumo diario de leche**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	14	56%
2 veces	7	28%
3 veces	3	12%
>3 veces	1	4%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR  
Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 7. Distribución porcentual de la frecuencia del consumo diario de leche**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR  
Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación.**

Se observa que el 56% de los encuestados consumen solo una vez al día una porción de leche, generalmente en el desayuno, en contraste encontramos que el 4% consume más de 3 veces al día, señalando que la ingieren derivados lácteos principalmente en forma de queso o yogurt.

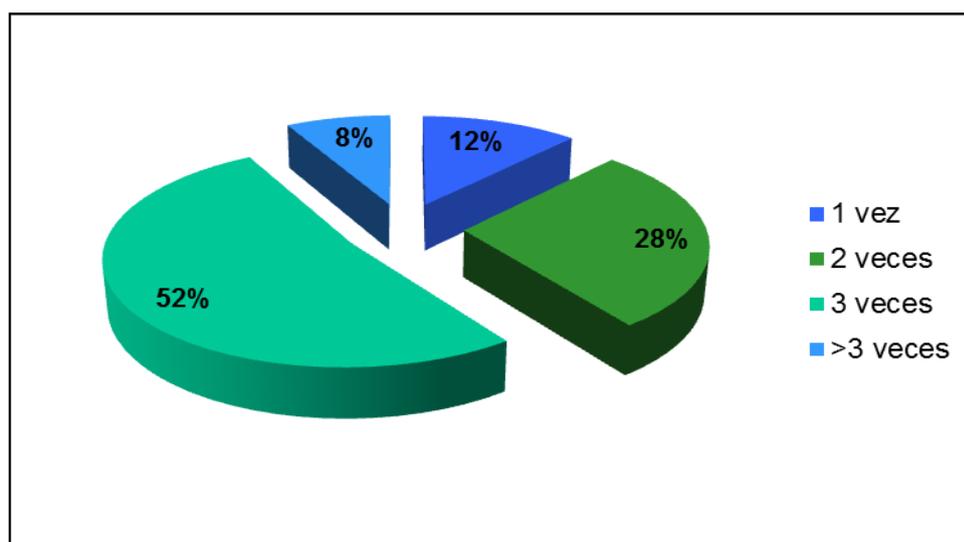
**Tabla 8. Frecuencia de consumo diario de carnes**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	3	12%
2 veces	7	28%
3 veces	13	52%
>3 veces	2	8%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 8. Distribución porcentual del consumo diario de carnes**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

La mayoría de los participantes consumen 3 veces al día productos cárnicos, divididos en las 3 comidas principales, siendo así el 52% de la población la que lleva este estilo de vida, seguido del 28% que prefiere ingerir carnes en el almuerzo y merienda; el 8% la consumen en más de 3 ocasiones.

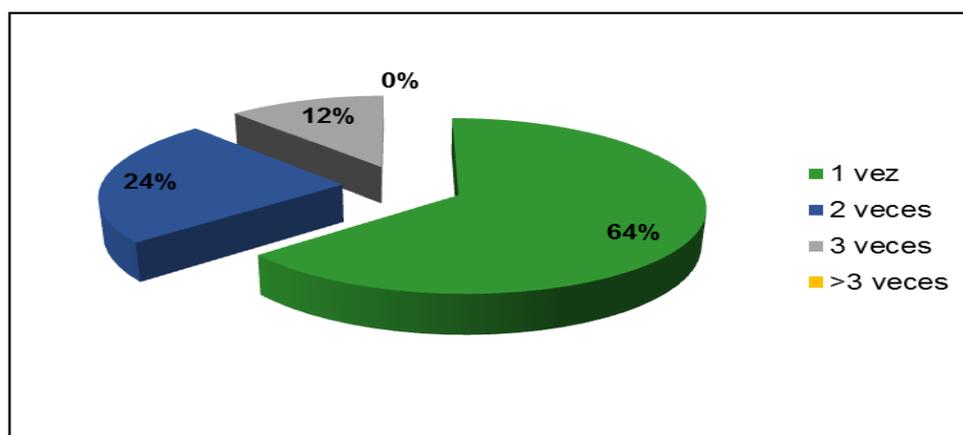
**Tabla 9. Frecuencia de consumo diaria de vegetales**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	16	64%
2 veces	6	24%
3 veces	3	12%
>3 veces	0	0%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 9. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de vegetales**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación**

Al contrario del caso anterior, la mayoría representa a quienes consumen una sola vez al día una porción de vegetales, refiriendo que el almuerzo por lo general incluye algún tipo de vegetal. De esta misma manera ninguna persona consume más de dos veces al día algún tipo de vegetal.

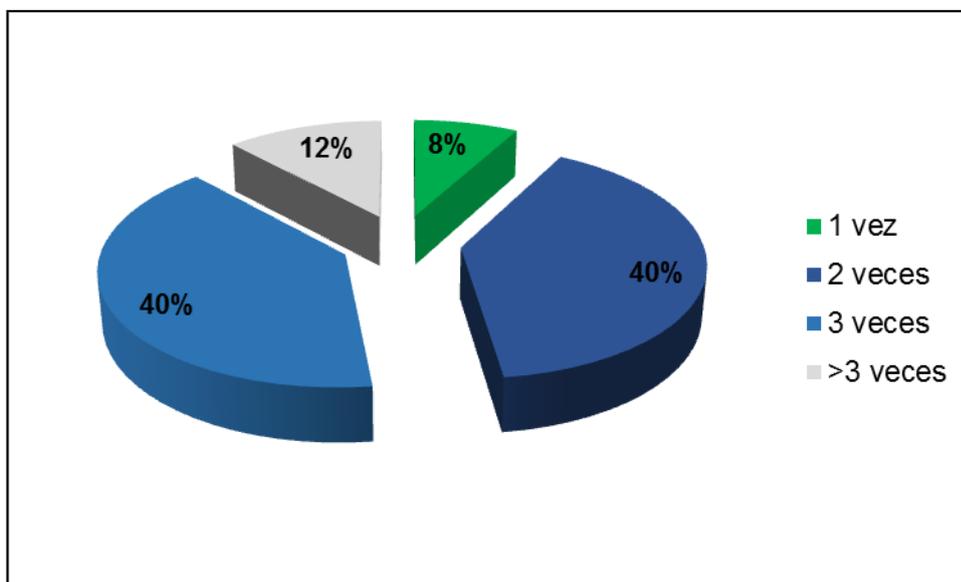
**Tabla 10. Frecuencia de consumo diaria de cereales**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	2	8%
2 veces	10	40%
3 veces	10	40%
>3 veces	3	12%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 10. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de cereales**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

En el caso de los cereales encontramos que la mayoría de participantes consume entre 2 y 3 veces al día, por lo general en el almuerzo por el arroz, y en el desayuno en forma de avena o pan integral.

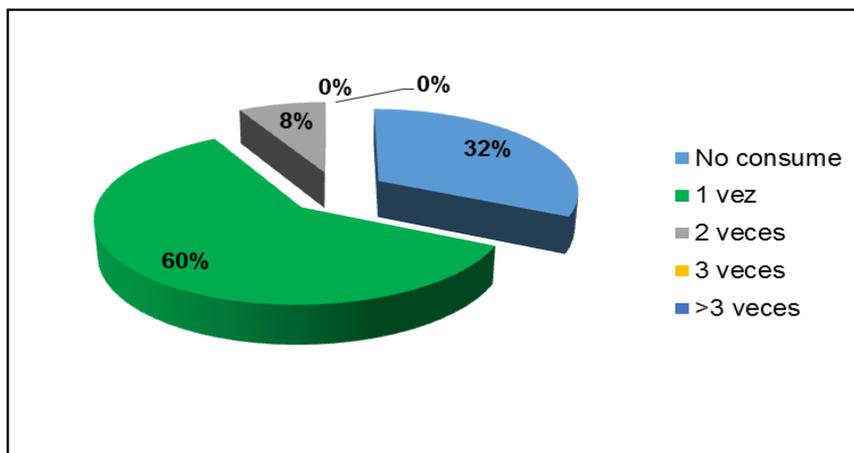
**Tabla 11. Frecuencia de consumo diario de frutas**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
No consume	8	32%
1 vez	15	60%
2 veces	2	8%
3 veces	0	0%
>3 veces	0	0%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 11. Distribución porcentual de la frecuencia del consumo diario de frutas**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Análisis e interpretación:**

El consumo de frutas se diferencia de los otros grupos de alimentos ya que el 32% de los entrevistados refirieron no consumir ningún tipo de frutas, alegaron que no les apetece el sabor de ninguna fruta en especial, en ningún tipo de preparación. Así mismo el 60% la consume una vez al día pero en forma de jugo o mermeladas.

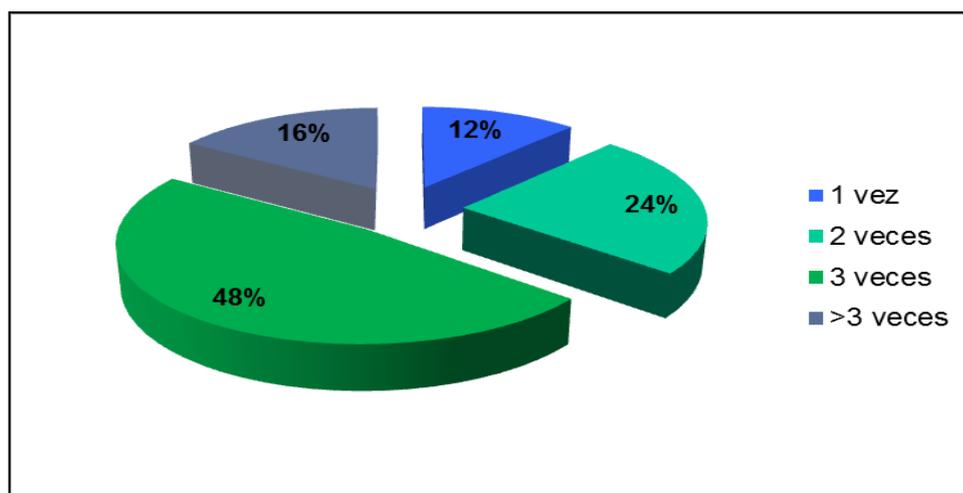
**Tabla 12. Frecuencia de consumo grasas y aceites**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	3	12%
2 veces	6	24%
3 veces	12	48%
>3 veces	4	16%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 12. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de grasas y aceites**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación**

El 48% de los integrantes de la población estudiada consume grasas y aceites 3 veces al día, en lo que llaman ellos “snacks”, que aunque no son proporcionados por institución, los familiares se los otorgan, es así que el 16% consume grasas más de 3 veces al día. Refieren también que prefieren las formas de cocción como frituras.

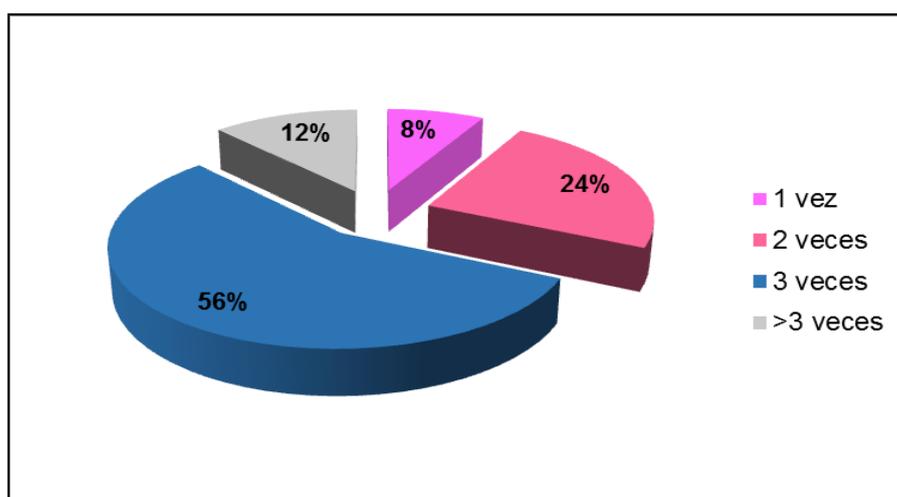
**Tabla 13. Frecuencia de consumo diaria de azúcares**

FRECUENCIA	Número de personas	Porcentaje
1 vez	2	12%
2 veces	6	24%
3 veces	14	48%
>3 veces	3	16%

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 13. Distribución porcentual de la frecuencia de consumo diaria de azúcares**



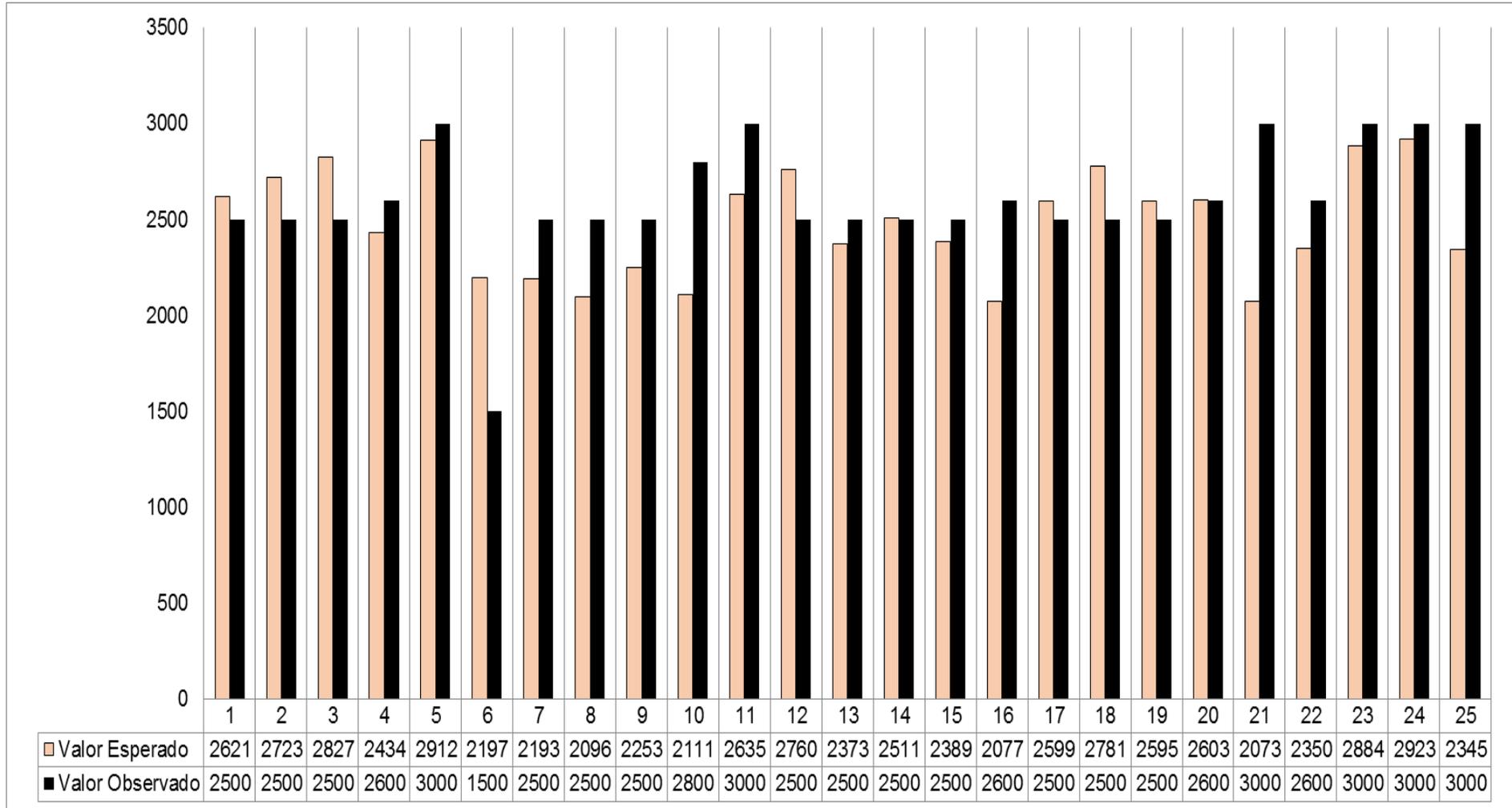
Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

El 56% respondió que consumen azúcar 3 veces al día, en diversas formas, seguido del 24% que refirió consumir 2 veces al día por general en el desayuno y “snacks”. El 12% de participantes consumen más de veces al día lo que resulta preocupante porque da a notar que no hay control sobre su alimentación. Y en su mayoría consumen carbohidratos simples.

**Gráfico 14. Comparación del valor de kilocalorías esperado vs el observado**



## **Análisis e interpretación**

Se calculó la tasa metabólica basal de cada participante del estudio, se multiplico por 1,5 por factor actividad física moderada ya que la institución incluye en su formativa de rehabilitación la realización de 2 horas diarias de ejercicio, sin embargo 2 pacientes no participan de este tipo de actividades, se consideró un factor de actividad ligera y se multiplico la TMB por 1,2. Dando como resultado la ingesta diaria recomendada esperada vs la observada que se calculó en cada uno de los pacientes por medio de recordatorio de 24 horas que en su mayoría es la dieta brindada por la institución y en casos especiales donde ingerían alimentos por voluntad propia ajenos a la dieta proporcionada también fueron considerados.

Los casos en los que el valor observado no alcanza ni supera el valor esperado se debe a que los pacientes refirieron no consumir en su totalidad la dieta otorgada por la institución, coincidentemente se trata de los participantes diagnosticados con déficit de peso. En contraste los que superan el valor esperado refieren consumir alimentos fuera los entregados en la dieta, por lo general “snacks”, lo que provoca un aumento de total de calorías consumidas. Son pacientes que según su IMC se encuentran en un rango de sobrepeso u obesidad.

**Tabla 14. Evaluación del estado nutricional mediante indicadores bioquímicos**

Parámetro	Ingreso		Actualidad	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Hemoglobina	10,568	2,99	14,268	0,7
Proteínas totales	5,768	1,86	7,312	1,9
Albumina	2,812	1,48	4,356	0,49

Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

**Gráfico 15. Evolución de los parámetros bioquímicos**



Fuente: base de datos obtenida en la evaluación antropométrica a pacientes de centro de rehabilitación ILUMINAR

Elaborado por: Guillermina Gómez Guanga, estudiante egresada de la carrera de Nutrición, dietética y estética

### **Análisis e interpretación:**

Se calculó la media de los parámetros hemoglobina, proteínas totales y albumina, dando como resultado 10,56; 5,7; 2,8 respectivamente al ingreso a la institución y 14,26; 7,3; 4,3 en la actualidad, se evidencia una mejoría y corrección de lo que se considera indicadores bioquímicos del estado nutricional. Anteriormente los valores se encontraban deficientes, en la actualidad se encuentran en el rango de normalidad.

## 9 Conclusiones

De los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

- Al momento de ingreso a la institución 16 (64%) los participantes del estudio presentaron un IMC dentro del rango de Infrapeso, los 9 (36%) restantes se lo ubico en Normopeso, no hubo rastros de sobrepeso ni obesidad.
- En la actualidad, los resultados mostraron que el IMC del 44% de los participantes se encuentra en sobrepeso; otros 44% en normopeso, seguidos del 8% los pacientes que según su IMC presentan obesidad.
- Se observa que el cambio de peso que los participantes han obtenidos desde su internación hasta la actualidad, en su mayoría han tenido un aumento de más de 15 kilogramos en lo que va de su rehabilitación, a excepción de un participante que presento disminución del peso inicial.

Estas evidencias sugieren que la rehabilitación afecta de manera positiva, ya que el abuso de sustancias generalmente conduce a una falta de nutrición adecuada, ya sea como resultado de no comer lo suficiente durante el día o de comer alimentos que son bajos en nutrientes necesarios. Ciertas sustancias, como estimulantes, pueden suprimir el apetito y perturbar la regulación metabólica y neuroendocrina, lo que conduce a un consumo de calorías inadecuado y un deterioro en el procesamiento de nutrientes.

El programa de desintoxicación ha provocado aumento de peso, ya que los adictos actualmente recurren a los alimentos en lugar de a sus fármacos de elección. Los cambios bioquímicos resultan en un aumento del apetito y una preferencia por los alimentos altamente apetecibles. El aumento de peso es importante debido a la importante desnutrición proteico-energética y bajo IMC como resultado del consumo de sustancias.

## 10 Recomendaciones

La nutrición adecuada y la hidratación son fundamentales para el proceso de curación del abuso de sustancias porque ayudan a restaurar la salud física y mental y mejoran las posibilidades de recuperación. Las deficiencias de macro y micronutrientes pueden conducir a síntomas de depresión, ansiedad y baja energía, todo lo cual puede llevar a que alguien comience a usar drogas o alcohol o desencadenar una recaída.

La terapia de nutrición médica y la educación nutricional para esta población deben tener los siguientes objetivos:

- Curar y nutrir el cuerpo dañado por abuso de alcohol o sustancias;
- Estabilizar el estado de ánimo y reducir el estrés;
- Reducir los antojos de drogas y alcohol;
- Abordar las afecciones médicas que ocurren conjuntamente o han resultado del abuso de sustancias; y
- Fomentar el autocuidado y un estilo de vida saludable.

El aumento en el consumo de calorías y el peso pueden conducir a la obesidad, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Asesorar a los pacientes sobre la alimentación saludable y el control de peso.

Con la alta incidencia de trastornos alimentarios en la población de abuso de sustancias, se debe tener cuidado en hacer recomendaciones para el control del peso para asegurarse de que no sean demasiado restrictivas y el aumento de peso o la pérdida sea controlada y estable.

Promover el autocuidado y un estilo de vida saludable para acompañar la recuperación de los pacientes con abuso de sustancias. Aspectos importantes del autocuidado incluyen la actividad física, el sueño adecuado y dedicar tiempo a actividades placenteras. Estas actividades pueden ayudar a

mantener a los pacientes positivos, mejorar la salud, establecer nuevas rutinas y reducir el tiempo de inactividad que puede conducir a la recaída. Se piensa que el ejercicio estimula algunos de los mismos circuitos en el cerebro que la mayoría de las sustancias, por lo que la promoción de actividades saludables puede ser una buena manera de reemplazar comportamientos antiguos. La falta de sueño puede conducir a una disminución en el bienestar, la reducción de la función cognitiva, y la reducción de la energía, por lo que animar a los pacientes a practicar rutinas saludables de acostarse es beneficioso.

Los pacientes deben ser educados sobre la importancia de la nutrición en su proceso de recuperación. Las compras de comestibles, cocinar y preparar los alimentos son habilidades importantes que los dietistas pueden promover para los pacientes en recuperación.

## **11 PROPUESTAS NUTRICIONALES**

**Capacitar a los internos para dar a conocer los alimentos nutritivos y eficaces para su tratamiento.**

**Alimentarse con comidas y refrigerios nutritivos.**

**En lo posible dar a sus familiares una lista de alimentos nutritivos que ayuden en su rehabilitación para su barraca.**

**Realizar actividad física.**

**Reducir la ingesta de cafeína y dejar de cigarrillo en lo posible.**

**Tomar suplementos de vitaminas y minerales**

## Bibliografía

Abuse, N. I. (febrero de 2008). *drugabuse.gov*. Obtenido de drugabuse.gov:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)

Abuse, N. I. (febrero de 2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento*.  
Obtenido de La ciencia de la adicción:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)

Abuse, N. I. (febrero de 2008). *soa\_spanish.pdf*. Obtenido de las drogas, el  
cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción.:  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)

Abuse, N. I. (junio de 2013). *Tendencias nacionales*. Obtenido de  
[https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-  
nacionales](https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tendencias-nacionales)

Americanos, O. d. (2011). *drugsPublicHealth\_ESP.pdf*. Obtenido de EL  
problema de drogas en la Americas: Estudios :  
[http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsP  
ublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)

Americanos, O. d. (2013). El problema de las drogas en las Americas :  
Drogas y salud publica. *drugspublichealth\_Esp.pdf*, 79.

Antonio Teran Prieto, L. C. (2008). *Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL  
basadas en la evidencia científica*. Obtenido de  
[www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2015). *Manual de Diagnóstico  
Estadístico de ls trastonos Mentales*. Estado Unidos: adv wor.

- Bucaramanga, j. s. (2015). *MUNICIPIO DE BUCARAMANGA*. Obtenido de PLAN MUNICIPAL DE REDUCCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: <http://versionantigua.bucaramanga.gov.co/documents/dependencias/PlanMunicipaldedrogas2015.pdf>
- Cogollo-Milanés, Z., Arrieta-Vergara, K. M., Blanco-Bayuelo, S., & Ramos-Martínez. (junio de 2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad. *Salud Pública*, 13(3), 470-479. Obtenido de [revistasp\\_fmbog@unal.edu.co](mailto:revistasp_fmbog@unal.edu.co)
- Comunidad Andina, P. U. (2012). II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. *PRADICAN Programa antidrogas ilícitas en la comunidad andina.*, 13.
- Conrado Manuel Viña Lorenzo, M. H. (2004). El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de psicología de la Universidad de la Laguna. *Dialnet*, 521-536.
- CREIAD. (1996). Centro de Adicciones y Tratamiento para Adultos y Adolescentes.
- Delito, N. u. (abril de 2008). *Elementos orientadores para las políticas públicas sobre drogas en la subregion*. Obtenido de <https://www.unodc.org/documents/peru/ElementosOrientadores-Peru-June08.pdf>
- Departamento británico, I. f. (2016). La malnutrición es la principal amenaza para la salud a nivel global. *Los Andes*.
- Domínguez, J., Holguín, P., & Guerrero, W. (2015). Drogadicción y estado nutricional. *Nutrición y Psicología*, 34(2), 274-276.
- Dongui A, V. A. (2000). Adicciones. 1ª edición. *Ed. Jve Ediciones*.

- Dupetit, S. (2001). La adicción a las drogas. 1<sup>o</sup> edición. *Ed. Salto Ediciones. Buenos Aires .*
- ElSohly, M. A. (2000). Potency trends of delta9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980-1997. *Journal of forensic Sciences, 45(1)*, 24-30.
- Eric Perez, M. S. (27 de enero de 2013). *university of maryland medical center*. Obtenido de (Meadowlands and Hunterdon Medical Centers), NJ. Review provided by VeriMed Healthcare Network: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/examen-toxicologico>
- Goldman L, A. D. (2007). Alimentación y recuperación de la drogadicción, Nutrición y recuperación de la drogadicción. *CLINICA DAM Dieta y recuperación de la drogadicción*, 31.
- Haque, M., & Bhuiya, F. (2015). Nutritional Status and Dietary Intake Pattern of Male Drug Addicts Undergoing Rehabilitation. *Journal of Nutritional Health & Food Engineering*, 1-5.
- Hernández, F. P. (26 de abril de 2016). *Seguridad Publica UnADM: Adicciones, ¿Un asunto de seguridad pública?* Obtenido de Seguridad Publica UnADM: <http://ferphdzseguridadpublicaunadm.blogspot.com/2016/04/adicciones-un-asunto-de-seguridad.html>
- Irwin, A. V. (2006). *The commission on social determinants of health: Tackling the social roots of health inequities*. Obtenido de Plos Medicine, 3 (6), e106: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030106>
- Kabrt, J., Wilczek, H., & Svobodová, J. (2013). [Nutritional status of drug addicts in a methadone program]. *Casopis Lekarů Ceských*, 693-695.
- Karajibani, M., Montazer, F., & Dashipour, A. (2014). Effectiveness of Educational Programs on Nutritional Behavior in Addicts Referring to

- Baharan Hospital, Zahedan (Eastern of IR Iran). *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 80-84.
- Laura J. Martin, M. M. (2016). Board Certified in Internal Medicine and Hospice and Palliative Medicine, Atlanta, GA. *A.D.A.M. Editorial team*.
- Lobatón, E. (13 de septiembre de 2014). *Nutrición Clínica en el Trastorno por Abuso de Sustancias Por: Luis Miguel Becerra*. Obtenido de Nutrición Clínica en el Trastorno por Abuso de Sustancias Por: [https://eduardolobatonrd.wordpress.com/2014/09/12/nutricion\\_clinica\\_abuso\\_sustancias/](https://eduardolobatonrd.wordpress.com/2014/09/12/nutricion_clinica_abuso_sustancias/)
- Lodoño, L. E. (2015). Plan de Acondicionamiento Físico aplicado en el centro de reposo San Juan de Dios en pacientes masculino de 20 a 50 años de edad que presenta adicción a sustancias Químicas: Alcohol y Drogas en febrero- abril 2014. . *Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Lorca, B. (16 de mayo de 2016). *Consumo de drogas en EEUU*. Obtenido de Aumentando el consumo de drogas ilícitas, aumenta también el consumo de marihuana y otras sustancias similares.: <http://www.miperiodicodigital.com/2016/grupos/doxa-26/consumo-drogas-eeuu-1590.html>
- Marquez M., R. M. (2001). *Niveles Séricos de Vitamina C en Adultos Jovenes Consumidores Crónicos de Drogas de Abuso*. (Vol. 42).
- Miner, M. L. (2014). Nutrición, drogas y alcohol: Drogadicción y alcoholismo. *Nutrición, drogas y alcohol entrada en un blog*, 1.
- Murthy, D. S.-A.-O. (2010). Segregation of acrocentric chromosome association in familial dicentric Robertsonian translocation. (28, Ed.) *Indian Journal of Experimental Biology*(511-515), 14-22.
- Nación., S. d. (2006). Tercer Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias.

- Nancy L. Collins, M. B. (2006;32). Working Models of Attachment and Attribution Working . *Personality and Social Psychology Bulletin* , 201.
- Narcotics Anonymous World Services, I. (2007). *Narcoticos Anonimos*. Obtenido de los Doce Pasos y Doce Tradiciones: <http://www.na.org.uy/prod/1/61/LIBRITO.BLANCO.NARCOTICOS.ANONIMOS..pdf>
- Nazrul, I., Hossain, K., & Ahmed, A. (2012). Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle. *British Journal of Nutrition*, 507.
- Obermann Gustavo, R. J. (2008). Evaluacion del estado nutricional antropometrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundacion Programa San Carlos. *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud.*, 2.
- OPS. (junio de 2016). *Epidemiologia del uso de drogas en America Latina y el Caribe: Un enfoque de salud publica*. Obtenido de <http://www.paho.org/hg/dmdocuments/2009/epidemiologiadrogasweb.pdf?ua=1>
- Orozco/Staff, A. (24 de abril de 2015). *Diciendo no a las drogas*. Obtenido de Elexta TX: [http://www.elextatx.com/noticias/diciendo-no-a-las-drogas/article\\_4ede3936-e9de-11e4-997a-cb0858b59353.html?mode=jqm](http://www.elextatx.com/noticias/diciendo-no-a-las-drogas/article_4ede3936-e9de-11e4-997a-cb0858b59353.html?mode=jqm)
- Paul, T. k. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Neuroscience*,9(12) <https://doi.org/10.1038/nrn2513>, 947-957.
- Paus, T. K. (2008). *Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?*Obtenido de <https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Plan, U. o. (2017). *Examen toxicológico*. Obtenido de University of Maryland Medical Center:

<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/examen-toxicologico>

Rojas, C. J. (2015). *PROGRAMA PILOTO DE INTERVENCIÓN MUSICOTERAPÉUTICA EN LA PROMOCIÓN DE VALORES EN UN GRUPO DE ADULTOS EN CONDICIÓN DE*. Obtenido de Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/48702/1/1026561916.2015.pdf>

Ross LJ, W. M. (2012). Prevalence of malnutrition and nutritional risk factors in patients undergoing alcohol and drug treatment. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 738-743.

Salud, O. M. (agosto de 2008). *OMS | Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de WHO: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Salud., G. O. (2007). *OMS, A Conceptual, Framework for Action on the Social Determinants of Health*.

Samhsa. (3 de recuperado enero de 2011). *National Survey On Drug use and Health Statistical Inference Report*. Obtenido de <http://megaslides.net/doc/1467212/2011-national-survey-on-drug-use-and-health-statistical-i...>

Satz, A. (2014). Abuso de Sustancias y Nutrición. *Today`s Dietitian*, 16(12), 44.

Schuckit, M. (2006). *Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment ( 6 th ed)*. New York, NY: Springer.

Science., N. I. (Julio de 2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/advancing-addiction-science-practical-solutions>

Serra Majem L., A. B. (2004). *Nutricion y Salud Publica*. Masson.

- Smith, L., Kaplan, M., & Schneider, J. (2013). Nutrients in drug addiction. *Rec Sus Abu*, 13(4), 65 - 73.
- Srisurapanont, M. J. (2001). *Treatment for amphetamine dependence and abuse. The cochrane datebase of systematic*. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003022>
- States., O. o. (2013). *This version of the Report on the Drug Problem in the Americas includes the correction of the data on Ecuador*. Obtenido de <http://docplayer.net/289311-this-version-of-the-repot-on-the-drug-problem-in-the-americas-includes-the-correction-of-the-data-on-ecuador-page-32-as-requested-by-the-html>
- Tapia., P. p. (29 de abril de 2016). *Nutrinorange UnADM*. Obtenido de <http://nutrinorange.blogspot.com/2016/04/efecto-de-las-drogas-nivel-cerebral.html>
- UNODC. (2011). *World\_Drug\_Report\_2011\_spanish.pdf*. Obtenido de [tps://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World\\_Drug\\_Report\\_2011\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_spanish.pdf)
- Valenzuela, S. F. (2006). *Iluminar Centro de Rehabilitación*. Obtenido de Iluminar Centro de Rehabilitación: <http://www.centroiluminar.com/profesionales.html>
- Villarreal, Ó. E. (23 de julio de 2015). *¿Los malos acá y los buenos allá? - Óscar Espinosa Villarreal | La Crónica de Hoy*. Obtenido de <http://www.cronica.com.mx/notas/2015/910960.html>

## Anexos

### Evidencia fotográfica

FOTO 1: Toma de peso

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 2: Toma de talla

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

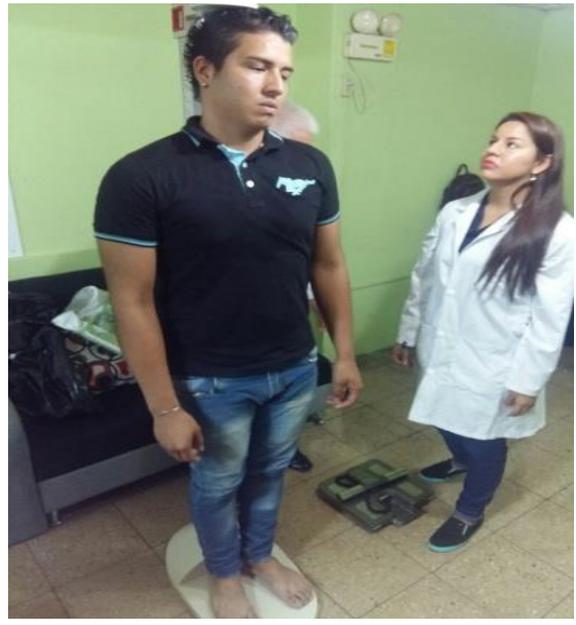


FOTO 3: Pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 4: Tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 5: Tallado

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 6: Toma de peso

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 7: Toma de peso

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 8: Toma de talla

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 9: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 10: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 11: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 12: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 13: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 14: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 15: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 16: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 17: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 18: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 19: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 20: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 21: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 22: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 23: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 24: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 25: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 26: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 27: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 28: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 29: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 30: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 31: tallando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 32: pesando

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

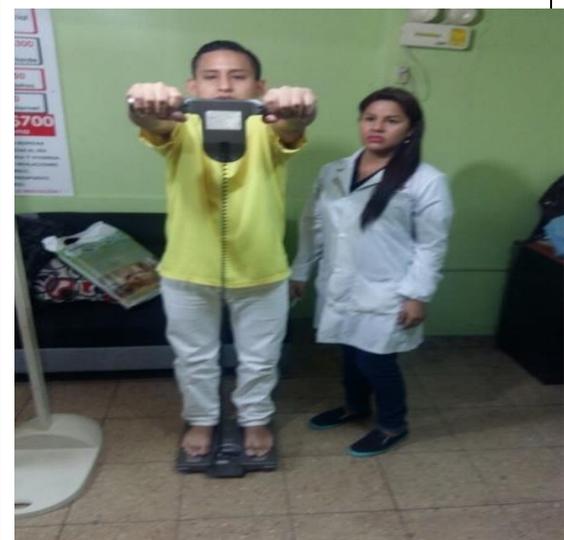


FOTO 33: entrevista con los pacientes  
Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



FOTO 34: programa de centro de rehabilitación

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

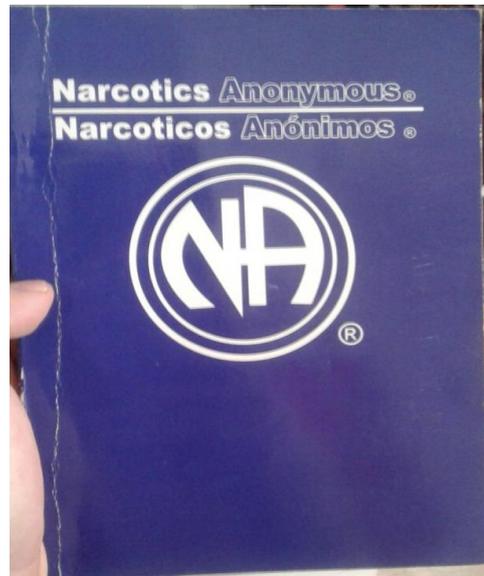


FOTO 35: libro utilizado para su rehabilitación  
Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

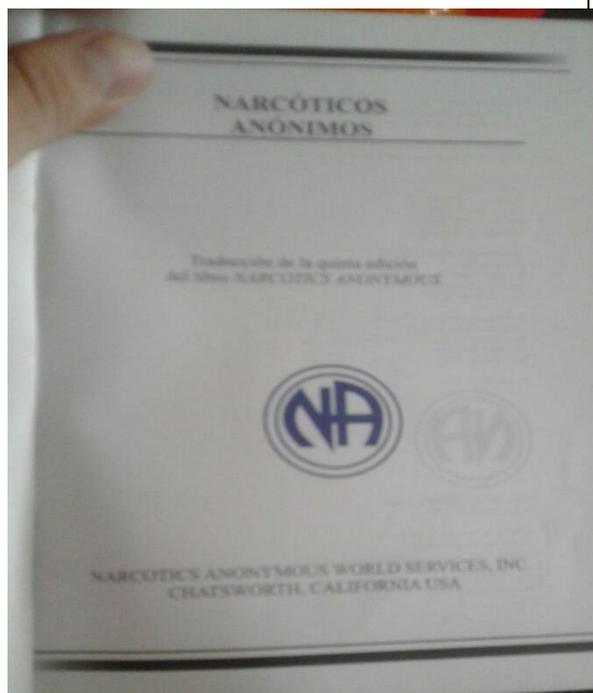


FOTO 36: libro solo por hoy para su rehabilitación

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

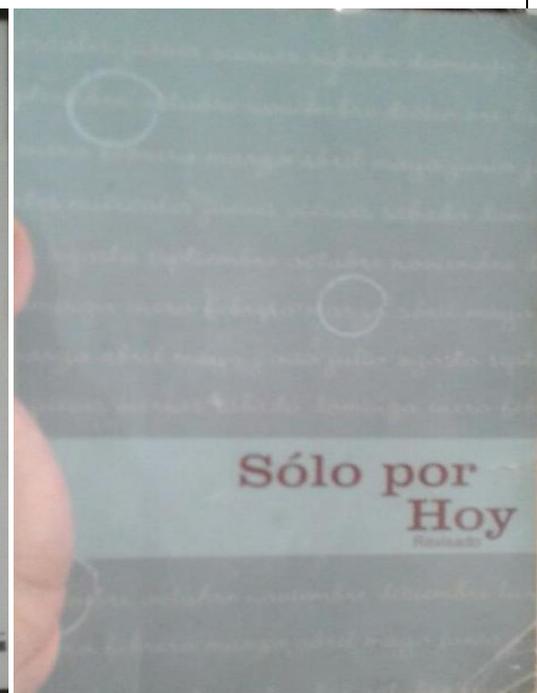


FOTO 37: libro vivencial solo por hoy para los internos

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar

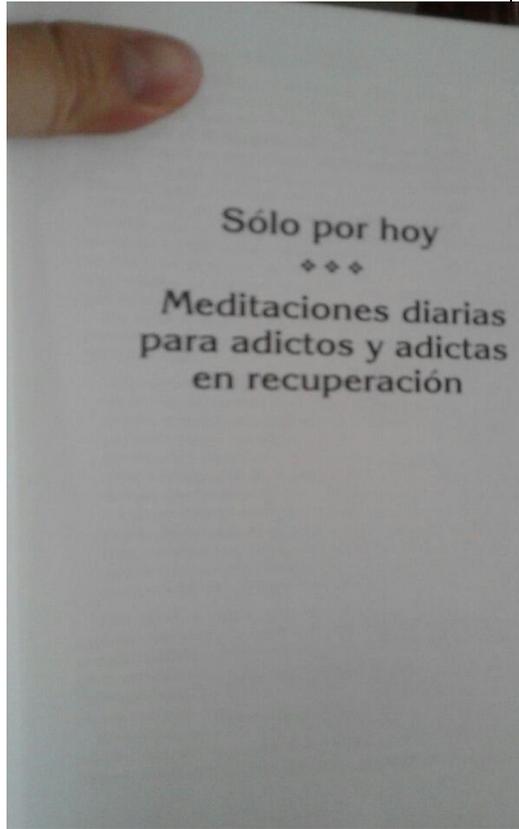


FOTO 38 Día de capacitación para mejorar su calidad de vida

Fuente: centro de rehabilitación Iluminar



## **CENTRO DE REHABILITACION ILUMINAR**

### **DIETA DE LA CLINICA**

#### **Recordatorio de 24 horas**

**Elaborada por Guillermina Gómez G**

#### **DESAYUNO**

1 TAZA DE LECHE DE QUAKER SIN AZUCAR

1 REBANADA DE PAN BLANCO

#### **ALMUERZO**

1 VASO DE COLA O AGUA

1 TAZA DE SOPA DE MENUDENCIA DE POLLO

1 TAZA DE ARROZ CON MENESTRA DE LENTEJA

#### **COLACION**

SNACK

#### **CENA**

1 TAZA DE ARROZ BLANCO

1TAZA DE MENESTRA DE LENTEJA CON HUEVO FRITO

1 TAZA DE COLA O AGUA



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Gómez Guanga, Guillermina Lila**, con C.C: # **0929227809** autor/a del trabajo de titulación: **Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación “ILUMINAR” de la ciudad de Guayaquil – Ecuador**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ESTÉTICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **17 de Marzo del 2017**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Gómez Guanga, Guillermina Lila**

C.C: **0929227809**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en el Centro de desintoxicación "ILUMINAR" de la ciudad de Guayaquil - Ecuador.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Guillermina Lila, Gómez Guanga		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Walter Eduardo, Paredes Mejía		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Nutrición, Dietética y Estética		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>DE</b> 17 de <b>Marzo</b> de <b>2017</b>	<b>No. PÁGINAS:</b>	<b>DE</b> 83
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Nutrición, Dietética y Estética		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Trastornos Relacionados Con Sustancias; Desintoxicación Metabolica De Drogas; Estado Nutricional; Ansia De Drogas; Comportamiento De Búsqueda De Drogas; Efectos Metabolicos Secundarios De Drogas Y Sustancias.		
<b>RESUMEN</b>	<p>La adicción a las drogas es un estilo de vida que puede conducir a problemas sociales y de salud pública. La desnutrición proteica-calórica de muchos adictos está relacionada con factores como, la intensidad de la adicción, la anorexia, la mala alimentación y una alteración de los vínculos sociales y familiares del adicto. Las deficiencias nutricionales pueden afectar severa y permanentemente las diferentes funciones orgánicas. Por este motivo en esta investigación se quiere determinar el efecto de la desintoxicación de drogas sobre el estado nutricional medido por parámetros antropométricos y bioquímicos de varones en la fase final de internamiento en el centro de Rehabilitación ILUMINAR de la ciudad de Guayaquil - Ecuador. El presente proyecto presenta un enfoque metodológico cuantitativo. Diseño no experimental-transversal. Los programas de desintoxicación comúnmente conducen al aumento de peso, en este estudio los resultados reflejan. Principales resultados son IMC al ingreso en promedio se observa 16,8 ingreso en promedio se observa <math>16,78 \pm 2,34</math> y el actual observado es de <math>25,70 \pm 3,79</math> kg / m<sup>2</sup>, respectivamente. También se evidencia una mejoría y corrección indicadores bioquímicos como hemoglobina, proteínas totales y albumina. Se concluye que para algunos, el aumento de peso es importante debido a la importante desnutrición proteico-energética y bajo IMC como resultado del consumo de sustancias.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-984043770	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:guillita_gomez@hotmail.com">guillita_gomez@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Álvarez Córdova, Ludwig Roberto		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-999963278		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:drludwidalvarez@gmail.com">drludwidalvarez@gmail.com</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			