UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE NUTRICIÓN

Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS, HEREDIA Y SAN JOSÉ, 2018.

MAUREEN MARTÍNEZ GUEVARA

2018

TABLA DE CONTENIDO

Índice de tablas v
Índice de figuras vii
DEDICATORIA viii
AGRADECIMIENTO ix
RESUMEN x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 2
1.1.1 Antecedentes del problema 2
1.1.2 Delimitación del problema 5
1.1.3 Justificación 6
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 7
1.3 OBJETIVOS 8
1.3.1 Objetivo general 8
1.3.2 Objetivos específicos 8
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES 9
1.4.1 Alcances de la investigación 9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 11
2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL 12
2.1.1 Adicción a las drogas 12
2.1.1.1 Comportamiento de las drogas en el cerebro 12
2.1.1.2 Factores que aumentan el riesgo a la adicción 13
2.1.1.3 Sustancias psicoactivas 13
2.1.1.4 Alcohol 14
2.1.1.5 Cocaína 15
2.1.1.6 Tabaco 16
2.1.1.7 Éxtasis 17
2.1.1.8 Opioides 17
2.1.1.9 Marihuana 18
2.1.1.10 Síndrome de abstinencia 18
2.1.2 Tratamiento de la adicción 19

2.1.2.1 Principios del tratamiento 19
2.1.2.2 Rehabilitación 21
2.1.2.3 Papel de los medicamentos en el tratamiento de las drogas 21
2.1.2.4 Terapias conductuales 22
2.1.3 Aspectos nutricionales del paciente adicto 23
2.1.3.1 Hábitos alimentarios del paciente adicto 23
2.1.3.2 Consecuencias nutricionales de la adicción 24
2.1.3.4 Carbohidratos 25
2.1.3.5 Proteínas 25
2.1.3.6 Grasas 26
2.1.3.7 Micronutrientes 27
2.1.3.8 Calcio 27
2.1.3.9 Deficiencia de calcio 28
2.1.3.10 Hierro 28
2.1.3.11 Deficiencia nutricional de hierro 29
2.1.3.12 Cinc 29
2.1.3.13 Vitaminas hidrosolubles 30
2.1.3.14 Deficiencia de vitaminas hidrosolubles 31
2.1.3.15 Vitamina C 31
2.1.3.16 Deficiencia de Vitamina C 32
2.1.4 Estado nutricional del adulto 32
2.1.4.1 Antropometría del adulto 33
2.1.4.2 Circunferencia de cintura 33
2.1.4.6 Masa grasa 34
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 35
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN 36
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 36
3.3 OBJETO DE ESTUDIO 36
3.3.1 Área de estudio 36
3.3.2 Población 37
3.3.3 Muestra 37
3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión 37
3.4 Instrumento para la recolección de la información 38

3.4.1 Validez 38
3.4.2 Confiabilidad 39
3.5 Diseño de la investigación 39
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 40
3.7 PLAN PILOTO 42
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 44
Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los adultos que permanecen en el centro. 45
Objetivo: Valorar los hábitos alimentarios de los pacientes del centro. 52
Objetivo: Determinar el valor nutritivo del menú que ofrece el centro por medio del conteo de porciones. 56
Objetivo: Relacionar la existencia de un ciclo de menú definido con el estado nutricional de la población del centro. 57
Objetivo: Relacionar los hábitos alimentarios con la prevalencia de síntomas de abstinencia en los pacientes del centro 60
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 64
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 65
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 71
CONCLUSIONES 72
RECOMENDACIONES 74
BIBLIOGRAFÍA 75
ANEXOS 81
DECLARACIÓN JURADA 106
CONSENTIMIENTO INFORMADO 107
CARTA DEL TUTOR 110
CARTA DEL FILÓLOGO 112
CARTA DEL LECTOR 113

Índice de tablas

Tabla N◦ 1. Vitaminas del complejo B, función y signos físicos de deficiencia. 30

Tabla N◦ 2. Clasificación del estado nutricional del adulto según IMC 33

Tabla N◦ 3. Rangos de grasa corporal en hombres adultos según edad 34

Tabla N◦ 4. Criterios de inclusión y exclusión 37

Tabla N◦ 5. Operacionalización de variables 40

Tabla N◦ 6. Continuación de Operacionalización de variables 41

Tabla N◦ 7. Características sociodemográficas de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018 45

Tabla N◦ 8 Valoración cuantitativa de los valores antropométricos de los adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018 48

Tabla N◦ 9. Principales hábitos alimentarios en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018 52

Tabla N◦ 10. Síntomas presentados durante el proceso de rehabilitación en adultos en un centro para adictos a las drogas, 2018 54

Tabla N◦ 11. Cambios alimentarios durante el proceso de rehabilitación de adultos que se encuentran en un centro para adictos a las drogas, 2018 55

Tabla N◦ 12. Aporte de nutrientes y porciones de alimentos que consumen diariamente los adultos en el centro de rehabilitación. 56

Tabla N◦ 13. Comparación entre el consume actual y recomendado de energía para los pacientes del centro. 57

Tabla N◦ 14. Estado nutricional de los adultos en un centro de rehabilitación, según seguimiento del ciclo de menú, 2018. 58

Tabla N◦ 15. Tipo de dieta según el estado nutricional de los adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018 59

Tabla N◦ 16. Relación entre el consumo de frutas y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación 60

Tabla N◦ 17. Relación entre el consumo de líquido y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018 61

Tabla N◦ 18. Relación entre el consumo de comida rápida y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018..... 62

Tabla N◦ 19. Relación entre la recepción de alimentos de los visitantes y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018..... 63

Índice de figuras

Figura N◦ 1 Consumo de medicamentos en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018 47

Figura N◦ 2. Índice de masa corporal de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018. 49

Figura N◦ 3. Porcentaje de grasa corporal de un grupo de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos, 2018. 50

Figura N◦ 4. Interpretación de riesgo cardiovascular según el indicador de circunferencia abdominal en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018 51

DEDICATORIA

A papi, mami y Marce, por ser incondicionales y constantemente darme su apoyo y amor, todos los logros de mi vida son gracias a ellos.

A Dixon por motivarme a ser una mejor persona en todos los aspectos de mi vida e impulsarme siempre a confiar en mí.

A mi familia y amigos que me han ayudado de muchas maneras y han estado conmigo siempre que los he necesitado.

A Meli, Adri y Kristy, que han estado presentes en momentos muy importantes de mi vida, brindándome amor y comprensión, han sido pilares en esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores y compañeros, que durante todo este proceso me ayudaron y enseñaron, con paciencia y dedicación.

A mis tutores de tesis, especialmente a la profesora Paola Ortiz, por compartir todos sus conocimientos sobre la población con problemas de adicción.

A mis amigas Joice y Mariela por motivarme a iniciar este trabajo de graduación y brindarme siempre su apoyo durante la carrera.

A las personas encargadas de los centros de rehabilitación donde desarrollé el trabajo y principalmente a las personas que permanecen en dichos centros, que siempre brindaron su colaboración con el mayor respeto y amabilidad.

RESUMEN

Introducción: El estudiar y comprender la influencia de la alimentación durante la etapa de recuperación del paciente adicto permite obtener herramientas para abordar de una manera integral el tratamiento.

Objetivo: Determinar la influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia en el proceso de rehabilitación en pacientes adultos con problemas de adicción a las drogas en Heredia y San José, Costa Rica, con el fin de contribuir en el tratamiento de dichos pacientes.

Metodología: La investigación se realiza con 72 hombres con edad entre 18 y 55 años, que permanecen en un centro de rehabilitación para problemas de adicción a drogas. El estudio es de tipo correlacional en donde se estudia la relación entre hábitos alimentarios, el estado nutricional y la presencia de síntomas o problemas nutricionales.

Resultados: en la valoración del estado nutricional, el 44% de los adultos muestra una condición de sobrepeso, el 72% presenta grasa corporal alta. En relación con los hábitos alimentarios, el centro brinda cuatro tiempos de comida, se da un consumo diario de vegetales y un bajo consumo de frutas.

Discusión: el peso promedio de la muestra se ve aumentado con respecto del peso promedio durante su ingreso al centro, además un alto porcentaje de la muestra presenta sobrepeso, los hombres en una etapa temprana de recuperación, inician el uso de alimentos como un sustituto del consumo de drogas, lo que se traduce en un incremento de peso excesivo y el consecuente aumento en el IMC.

Conclusión: Los hábitos alimentarios de los pacientes adictos en un centro de rehabilitación determinan su estado nutricional e influyen en la presencia de síntomas de abstinencia durante el tratamiento.

Palabras clave: adicción, drogas, rehabilitación, síntomas, abstinencia, hábitos alimentarios, ciclo de menú, estado nutricional.

Summary

Introduction: Studying and understanding the influence of diet during the recovery phase of the addicted patient allows us to obtain tools to comprehensively address the treatment.

Objective: To determine the influence of dietary habits on nutritional status and withdrawal symptoms in the rehabilitation process in adult patients with problems of drug addiction in Heredia and San José, Costa Rica, in order to contribute to the treatment of said patients.

Methodology: The research is conducted with 72 men aged between 18 and 55 years, who remain in a rehabilitation center for problems of drug addiction. The study is of correlational type where the relationship between eating habits, nutritional status and the presence of symptoms or nutritional problems is studied.

Results: in the assessment of nutritional status, 44% of adults show a condition of overweight, 72% have high body fat. In relation to eating habits, the center provides four times of food, there is a daily consumption of vegetables and a low consumption of fruits.

Discussion: the average weight of the sample is increased with respect to the average weight during their admission to the center, in addition a high percentage of the sample is overweight, men in an early stage of recovery, start using food as a substitute for drug consumption, which translates into an increase in excessive weight and the consequent increase in BMI.

Conclusion: The dietary habits of addicted patients in a rehabilitation center determine their nutritional status and influence the presence of withdrawal symptoms during treatment.

Key words: addiction, drugs, rehabilitation, symptoms, abstinence, eating habits, menu cycle, nutritional status.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

De acuerdo con el Informe mundial sobre las drogas 2017, se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, un 5% de la población mundial adulta, consumieron drogas por lo menos una vez en el 2015. Y aún más preocupante, el hecho de que unos 29,5 millones, el 0,6% de la población mundial, padecen trastornos provocados por drogas. (ONUDC, 2017)

Según el informe de uso de drogas de las Américas 2015, la marihuana es la sustancia controlada de mayor uso en el mundo. La OEA estima que 177 millones de personas entre 15 y 64 años de edad, declararon haber usado dicha droga, lo que representa el 73% de usuarios de drogas ilícitas. (OEA, 2015)

Del anterior informe también se desprende que el uso de marihuana es mayor entre hombres que mujeres (razón superior a 1 en todos los casos), la diferencia es variable entre los países americanos. En el caso específico de Costa Rica un estudio refleja que entre el año 2006 y 2012 el consumo de marihuana aumento casi el doble. (OEA, 2015)

Es importante destacar que la marihuana se ha convertido en el nivel nacional, en la segunda droga de mayor consumo entre el estudiantado de secundaria, al superar el consumo de tabaco, sin embargo, se mantiene muy por debajo del consumo de alcohol. (IAFA, 2015)

En cuanto al tabaco, las tasas de tabaquismo han disminuido entre los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), pero continúan siendo un grave problema de salud pública, datos recientes revelan que 17% de las mujeres de la región LAC fuman, sin

embargo, hay variaciones en las subregiones. El cono sur presenta el mayor porcentaje con 30%, mientras que en Centroamérica es de un 4%, el más bajo de la región. La prevalencia entre hombres es aún mayor con 31% de la población. (Barreto et al., 2012)

Para comprender el alcance y penetración de las drogas en la población costarricense es necesario tomar en cuenta ciertos aspectos, entre ellos, datos demográficos, educativos y socioeconómicos.

Según los datos del censo 2011, la provincia de San José alberga la mayor cantidad de población del país y Guanacaste la menor. A su vez, San José concentra la mayor cantidad de servicios de salud, incluyendo la mayor cifra de servicios de atención para personas con problemas de adicción a las drogas.

En el ámbito de la educación, la mayor cantidad de deserciones se presenta en la secundaria, las causas son diversas, aunque todo apunta a la falta de ingresos y oportunidades, lo que también conlleva a otros problemas sociales como son la drogadicción. (MEP, 2012)

El índice de desarrollo humano cantonal (IDHC) toma en cuenta las variables de salud, educación e ingresos. En el caso de San José presenta contrastes importantes de desarrollo al contar con el cantón con el índice de desarrollo más alto, siendo este Escazú (0.904), a su vez con el cantón de menor índice de desarrollo, Alajuelita (0,580). (PNUD, 2011)

En lo referente a la atención para personas con problemas de adicción, el sistema de servicios de salud está conformado por una red de instituciones públicas y privadas, sin embargo, existe evidencia de la necesidad de distribuir equitativamente los recursos de salud para el desarrollo de una correcta planificación que mejore los servicios de

desintoxicación, rehabilitación e inserción de la población consumidora de sustancias. (IAFA, 2011)

Dentro de los centros para el tratamiento de adicciones en Costa Rica se encuentran hospitales, los centros de atención integral en drogas (CAID) y las organizaciones no gubernamentales (ONG). San José concentra la mayor cantidad de recursos con 39 centros de atención, en el caso de Heredia es de las provincias con menor cantidad con 7 centros. (UNA, 2014)

En cuanto a la modalidad de tratamiento y público meta, los establecimientos que brindan tratamiento en drogas son principalmente de tipo privado, que se conocen como ONG. En el caso particular de los centros públicos, el país cuenta con dos centros para la atención de población menor de edad, que son el Centro Nacional de Atención Integral en Drogas para menores de edad del IAFA y el programa Nuevos Horizontes del Hospital Nacional Psiquiátrico. (UNA, 2014)

Otro aspecto para tomar en cuenta es el tiempo que deben permanecer los pacientes en el centro, las modalidades se clasifican en corto, mediano y largo plazo, también existe la modalidad de ambulatorio. De acuerdo con el IAFA la mayoría de los programas son de larga estancia y se presentan por lo general en centros privados. Los CAID únicamente brindan la opción de tratamiento ambulatorio.

Los centros también se clasifican de acuerdo con la población que reciben, el 54% de los centros son exclusivamente para hombres mayores de edad, el 17% es para hombres y mujeres mayores y solo el 2% está destinado para mujeres mayores de edad. (IAFA, 2013)

Una situación que se presenta actualmente es el alto porcentaje de personas que presentan problemas psiquiátricos debido al consumo de drogas. Un estudio realizado por el Hospital Nacional Psiquiátrico revela que el 40% de todos los pacientes ingresados en los tres últimos años al Psiquiátrico, tanto adultos como menores de edad, tienen patología mental asociada a drogas. (La Nación, 2017)

Debido a alto porcentaje de drogadicción en Costa Rica y a los problemas que provocan al individuo adicto y a la sociedad, se presenta la necesidad de abordar esta problemática, ya que es necesario alcanzar la recuperación del paciente en todos los ámbitos y garantizar que logre un estado de salud óptimo, así como la reinserción a su vida familiar y social, parte de esta recuperación se debe enfocar a mejorar la situación nutricional del paciente y fortalecer los hábitos alimentarios que se pudieron ver afectados por un estilo de vida limitado por la adicción.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se desarrolla en dos centros para personas con problemas de adicción, uno de ellos es la Comunidad Cristiana Maná, en el periodo 2018, incluye un total de 37 hombres con edad entre 18 y 55 años, que se encuentran en un proceso de rehabilitación, debido a problemas de adicción. El otro centro de rehabilitación se llama Eliasib, se ubica en San Rafael y tiene una población de 35 adultos con problemas de adicción, con edades comprendidas entre 18 y 55 años.

1.1.3 Justificación

La drogadicción constituye un importante problema para la sociedad ya que afecta tanto al individuo que consume drogas como a su entorno social y familiar. El uso continuo de drogas genera en las personas dependencia y discapacidad, así como problemas crónicos de salud.

La dependencia a las drogas debe ser tratada desde varios enfoques, puede requerir terapia farmacológica, psicológica y de manera integral se debe procurar el bienestar físico y mental del individuo. Desde este punto de vista la nutrición también interviene como parte del proceso de recuperación de la persona adicta.

Durante la rehabilitación del paciente adicto se puede presentar la necesidad de recuperar el peso adecuado, ya que en muchas ocasiones se da una pérdida de peso considerable, otros pacientes pueden experimentar un aumento de ansiedad lo que lleva a malos hábitos alimentarios, presentándose así la necesidad de un acompañamiento desde el aspecto nutricional, como parte del proceso que debe seguir.

Otro aspecto importante es la necesidad de un óptimo estado de salud para lo cual el paciente requiere un adecuado estado nutricional, ya que en algunas ocasiones se presentan enfermedades asociadas y el cuerpo requiere un aporte suficiente de nutrientes que le permita realizar las funciones básicas para mantener el bienestar mental y físico que se necesita en el proceso de rehabilitación.

El estudiar y comprender la influencia de la alimentación durante la etapa de recuperación del paciente adicto permite obtener mayores herramientas para abordar de una manera más

integral el tratamiento, al aportar información de ayuda a los centros destinados a la rehabilitación de dichos pacientes.

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este apartado se plantea la pregunta de investigación que surge del abordaje nutricional durante la rehabilitación de personas con adicción a las drogas.

¿Cómo influyen los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia, en el proceso de rehabilitación de adultos con problemas de adicción a las drogas en la provincia de Heredia y San José?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia en el proceso de rehabilitación en pacientes adultos con problemas de adicción a las drogas en Heredia y San José, Costa Rica, con el fin de contribuir en el tratamiento de dichos pacientes.

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1 Identificar las características sociodemográficas de los adultos que asisten al centro.

1.3.2.2 Evaluar el estado nutricional de los pacientes en estudio mediante antropometría.

1.3.2.3 Valorar los hábitos alimentarios de los pacientes del centro.

1.3.2.4 Determinar el valor nutritivo del menú que ofrece el centro por medio del conteo de porciones.

1.3.2.5 Relacionar la existencia de un ciclo de menú definido con el estado nutricional de la población del centro.

1.3.2.6 Relacionar los hábitos alimentarios con la prevalencia de síntomas de abstinencia en los pacientes del centro.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

En este apartado se presentan los alcances y limitaciones que se dieron durante la realización de la investigación.

1.4.1 Alcances de la investigación

Esta investigación se plantea con la necesidad de conocer a fondo los hábitos alimentarios de personas que se encuentran en un proceso de rehabilitación de las drogas, así como su estado nutricional y posibles síntomas relacionados con la alimentación. Por lo general en el abordaje del paciente adicto se contemplan múltiples factores, pero se deja de lado el aspecto nutricional, por lo que es necesario ampliar en este tema.

Dentro de los alcances de la investigación se logra documentar un alto porcentaje de pacientes adictos con problemas de sobrepeso, contrario a lo esperado en personas con problemas de drogadicción, donde los pacientes suelen presentar problemas de bajo peso. Además, por medio de la investigación, se determina la importancia del consumo de vitaminas y antioxidantes, como parte del tratamiento de la adicción, estableciendo así un estrecho vínculo entre la alimentación y la rehabilitación del paciente adicto.

Limitaciones de la investigación

En cuanto a las limitaciones que se presentaron en el desarrollo de la investigación, se encuentran las dificultades para obtener una población significativa, ya que la mayoría de centros de rehabilitación admiten entre 30 y 40 personas, por lo que se debió trabajar en dos centros distintos para completar la muestra.

Otro factor importante es que los pacientes deben asistir a varias terapias de grupo durante el día, lo que limita el tiempo de recolección de datos y entrevistas y se debe utilizar el tiempo de ocio que se les asigna para poder obtener la información.

Por último, son escasas las investigaciones sobre el tema de la adicción y su relación con la Nutrición.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL

En este apartado se brindan los elementos teóricos sobre el tema de adicción a las drogas, factores que intervienen, el tratamiento y los aspectos nutricionales que se deben considerar durante la etapa de rehabilitación del paciente adicto.

2.1.1 Adicción a las drogas

La adicción a las drogas se define como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que está caracterizada por la búsqueda y consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Es considerada una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano, su estructura y funcionamiento. Los cambios en el cerebro pueden ser de larga duración y pueden inducir a comportamientos peligrosos. (NIH, 2014)

2.1.1.1 Comportamiento de las drogas en el cerebro

Cuando el cuerpo experimenta una sensación que le da placer, como el acto de comer, es regulado por el sistema motivación- recompensa, que lo motiva a repetir conductas. Por lo general estas conductas están destinadas a preservar la integridad anatomo-funcional, por ejemplo, el acto de comer aporta energía, en el caso de las drogas, activan el sistema motivación- recompensa de dos a diez veces más que un reforzador natural, lo que se traduce en una sensación intensa de placer, aunque las drogas no cumplen una función de importancia para el individuo. (Méndez, Ruiz, Prieto, Romano, Caynas y García, 2010).

Los reforzadores no naturales, como las drogas, actúan directamente sobre los receptores de los neurotransmisores y activan el sistema de motivación- recompensa, pero presentan el

problema de que su efecto no es duradero y el cerebro detecta que no producen ningún efecto positivo para el cuerpo, existe la posibilidad de que este hecho se relacione con lo que se conoce como tolerancia a las drogas, la disminución de la respuesta a una misma dosis de droga. (Méndez et al, 2010)

2.1.1.2 Factores que aumentan el riesgo a la adicción

Se han identificado múltiples factores que influyen en el desarrollo de las adicciones, éstos se han agrupado en cuatro categorías: los relacionados al plano individual, los que pertenecen al entorno familiar, lo que concierne al entorno social y lo relacionado al ámbito educativo. El género también es un factor importante, se ha demostrado que los hombres están cuatro veces más expuestos que las mujeres a tener contacto con drogas. (Aguilar, 2012)

Del mismo modo se señala que existen factores que envuelven variables genéticas, neuropsicológicas y psiquiátricas. Sobre el factor genético, se han identificados genes enlazados con la expresión de enzimas de degradación de ciertas sustancias psicoactivas, de modo que cuando se dan estas características genéticas, se puede presentar una mayor vulnerabilidad de presentar adicciones. (Aguilar, 2012)

2.1.1.3 Sustancias psicoactivas

Según la OMS las sustancias psicoactivas son aquellas cuya producción, venta y consumo están prohibidos. Es decir, la droga en sí no es ilegal, lo es su producción, su venta o su consumo en determinadas circunstancias en una jurisdicción establecida. (OMS, 1994)

Las sustancias psicoactivas más comunes se puede clasificar como depresores (alcohol, sedantes, hipnóticos), estimulantes (la nicotina, cocaína, anfetaminas y el éxtasis), opioides (la morfina y la heroína) y alucinógenos (cannabis).

2.1.1.4 Alcohol

El alcohol etílico es una droga legal que obtiene de la fermentación de diversos granos, frutos y plantas, la concentración de alcohol en las bebidas alcohólicas es muy variada; 4-6% en las cervezas, 10-12% en la mayoría de vinos y 20-60% en destilados. La concentración de alcohol en sangre va a depender del tipo de bebida, la cantidad de alcohol ingerido, tiempo de ingestión, tipo de comida o la presencia previa de comida en el estómago, constitución de la persona, entre otros. (IAFA, 2000)

El alcohol ingerido es rápidamente absorbido en un 20% en el estómago, el 80% restante es absorbido en el intestino delgado, se incorpora a la sangre después de 5-10 minutos, al alcanzar su nivel máximo a los 30-90 minutos. En cuanto a la eliminación del alcohol, entre el 90-98% se da en el hígado y el restante 2-10% se elimina por otras vías, como aire espirado, orina y sudor, sin que se den procesos metabólicos. (IAFA, 2000)

Dentro de las consecuencias en la salud por el abuso de alcohol, se asocia con distintos tipos de cáncer, las nitrosaminas son compuestos químicos procarcinógenos que se afectan por la ingestión de etanol. Además, el consumo excesivo de alcohol afecta el hígado y produce cirrosis hepática. También se relaciona con la aparición de enfermedades gástricas. (Bolet & Socarráz, 2003)

2.1.1.5 Cocaína

Esta sustancia es un alcaloide que se obtiene del arbusto llamado *Erythroxilon coca,* de la familia de las Erythocilaceas, es un poderoso estimulante natural del sistema nervioso central. La cocaína tiene efectos analgésicos, anestésicos y vasoconstrictores, su uso continuo produce tolerancia y rápido desarrollo de dependencia, especialmente con la forma conocida como crack. Puede ser consumida de diferentes maneras: nasal, parenteral (endovenosa) y oral. (IAFA, 2000)

Dentro de los efectos en el organismo, la cocaína incrementa los niveles de noradrenalina, dopamina y en menor cantidad serotonina, debido al aumento de dopamina se produce un estado de euforia, este hecho parece estar implicado en el mecanismo de adicción, ya que el aumento de este neurotransmisor se relaciona con el sistema de recompensa cerebral. Con el consumo repetido de cocaína se producen cambios en la disponibilidad de dopamina, disminuye su síntesis y por ende los niveles endógenos. (González, Tumuluru, González & Gaviria, 2015)

El exceso de noradrenalina está ligado con la mayoría de los efectos físicos y complicaciones agudas de la cocaína: aumento de presión arterial, dilatación pupilar y sudoración. Otros síntomas que se pueden presentar son náuseas, vómitos, sequedad bucal, insuficiencia renal secundaria y trastornos funcionales hepáticos y pancreáticos. (González et al, 2015)

2.1.1.6 Tabaco

Es una planta que contiene una sustancia adictiva que se conoce como nicotina, la cual es consumida en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se designan productos del tabaco los que están hechos totalmente o de forma parcial con esa sustancia, ya sea para fumar, aspirar, masticar o sorber. Debido a las nuevas tecnologías también se ha popularizado el uso de cigarro electrónico, como una forma para consumir nicotina, sin embargo, los efectos que puede presentar este dispositivo para la salud aún se continúan estudiando. (OEA, 2015)

Dentro de los síntomas más frecuentes de abstinencia por nicotina se encuentran ansiedad intensa, irritabilidad, aumento del apetito, insomnio, cefalea, intranquilidad y dificultad para concentrarse. En cuanto al tratamiento de la adicción incluye intervenciones de autoayuda, terapia conductual y manejo farmacológico. (Campo, 2002)

El consumo de tabaco tiene graves consecuencias para la salud, está demostrado que es la causa de varios tipos de cáncer y enfermedades del pulmón, además aumenta el riesgo se enfermedades cardiovasculares. En un informe del 2013 la Organización Panamericana de la Salud indica que, en todo el mundo el 12% de muertes de adultos mayores de 30 años se deben al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco, lo que significa que los riesgos para la salud afectan tanto al fumador como a la persona que está expuesta al humo de tabaco, llamados fumadores pasivos. (OEA, 2015)

2.1.1.7 Éxtasis

La droga conocida como éxtasis se refiere al compuesto químico MDMA (3-4 metilendioximetanfetamina), es una droga sintética, provoca un efecto vigorizante, euforia, distorsiones en la percepción sensorial y del tiempo. Se ingiere por vía oral, por lo general en forma de cápsula, sus efectos duran entre 3 y 6 horas y comúnmente se consume en combinación con otras drogas. (UNODC, 2017)

Sobre los efectos fisiológicos que produce esta droga se encuentran un incremento de la presión sanguínea, náuseas, escalofríos, sequedad de boca, aumento de la micción, tensión o dolor muscular, insomnio e incremento de las concentraciones plasmáticas de cortisol. A largo plazo se ha observado la aparición de hepatotoxicidad, lo que se atribuye a la presencia de contaminantes en las tabletas de éxtasis. (Colado, 2008)

2.1.1.8 Opioides

Los opioides son compuestos que se extraen de la semilla de amapola. Pueden tener efectos en el organismo similares a los de la morfina y tienen la capacidad de reducir el dolor al desacelerar las funciones del sistema nervioso central. Los opioides prescritos legalmente al igual que las versiones que se encuentran en la calle, como la heroína y el opio, pueden generar graves consecuencias a la salud. (OPS, 2009)

Entre los efectos a corto plazo que producen los opioides se puede presentar deterioro de la memoria, dificultad para concentrarse, náuseas y vómito, prurito, disnea y somnolencia. Las consecuencias que se pueden ver por el uso prolongado incluyen depresión,

disminución de la libido, impotencia, insuficiencia respiratoria y periodos menstruales irregulares. (OPS, 2009)

Las manifestaciones clínicas de la abstinencia a opioides incluyen, en su fase intermedia, mialgias, artralgias, dolor óseo, taquicardia, hipertensión, anorexia e insomnio. En la fase tardía se puede presentar fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea e hiperglucemia. (Alzate, 2011)

2.1.1.9 Marihuana

La marihuana se deriva de la planta *Cannabis sp*., y se conocen tres especies: Sativa, Indica y Ruderalia. Esta droga contiene más de 400 sustancias químicas activas, de estos, al menos 70 son cannabinoides, que son los que tienen actividad psicotrópica. Dentro de los efectos psicotrópicos más conocidos están los que alteran el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y el estado de conciencia. Dichos efectos van a depender de la forma de preparación de la droga, la dosis y la vía de administración. (IAFA, 2000)

Las consecuencias de la abstinencia de marihuana se traducen en síntomas como irritabilidad, enojo, ansiedad, insomnio, pérdida de apetito y de masa corporal, ánimo depresivo, dolor abdominal, fiebre y diarrea. Todos estos signos causan discapacidad social, ocupacional y en otras áreas importantes del individuo. (Ruiz & Prospero, 2014)

2.1.1.10 Síndrome de abstinencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el síndrome de abstinencia se refiere a las consecuencias que provienen del consumo de sustancias psicoactivas y se presenta después de la administración reiterada de ciertas drogas que causan dependencia,

como opiáceos, barbitúricos, benzodiacepinas, cocaína y alcohol, la abstinencia puede provocar que el consumidor sienta mayor apetito por la droga, debido a la necesidad de aliviar las molestias ocasionadas por la privación de la misma.

Las manifestaciones de la abstinencia se relacionan con el modo de acción (a nivel del sistema nervioso central) y de la droga que el consumidor utiliza. Muchas empiezan de forma opuesta a los efectos observados durante la intoxicación con la misma sustancia, si es estimulante, las manifestaciones tienden a ser depresoras y viceversa. La severidad, generalmente, se relaciona con el tiempo de acción de la droga (vida media), los de acción corta van a ser los que presentan síndromes más severos. (IAFA, 2000)

Las drogas psicotrópicas que provocan un síndrome de abstinencia con alto índice de mortalidad son el alcohol y los tranquilizantes (sedantes, ansiolíticos, opiáceos), requieren necesariamente manejo médico- psiquiátrico. Los de baja mortalidad son cocaína, estimulantes y marihuana, éstos no requieren necesariamente manejo médico- psiquiátrico, pero sí de algunas medidas fármaco- terapéuticas. (IAFA, 2000)

2.1.2 Tratamiento de la adicción

2.1.2.1 Principios del tratamiento

El tratamiento de la adicción involucra múltiples factores, debido a que la adicción es una enfermedad que altera tantos aspectos de la vida de la persona. Un programa de tratamiento eficaz debe incorporar varios componentes, cada uno dirigido a un aspecto particular de la enfermedad y sus secuelas. El tratamiento se debe enfocar en ayudar al adicto a dejar el consumo de drogas, a mantener un estilo de vida sin utilizarlas y a lograr incorporarse en su

vida familiar, social y de trabajo. El Instituto Nacional sobre abuso de Drogas de Estados Unidos establece los siguientes principios generales para el manejo de las adicciones:

1. La adicción es una enfermedad tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
2. No hay un único tratamiento que se pueda adecuar para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar disponible en todo momento.
4. El tratamiento eficaz incorpora todas las necesidades de la persona, es necesario contemplar el ámbito médico, psicológico, social, vocacional o legal.
5. El paciente debe continuar el proceso durante un periodo adecuado.
6. La terapia conductual, individual o de grupo, es la forma más común de tratamiento.
7. El uso de medicamentos, combinado con orientación psicológica y terapia de conducta.
8. El proceso de rehabilitación de cada paciente debe ser evaluado continuamente.
9. Existen personas con problemas de drogadicción que adicionalmente presentan otros trastornos mentales.
10. La desintoxicación médica constituye la primera etapa del tratamiento para la adicción y tiene poco efecto a largo plazo en el consumo y abuso de las drogas.
11. No necesariamente el tratamiento debe ser voluntario.
12. Los programas de tratamiento deben incluir la detección y abordaje de enfermedades infecciosas y se debe enfocar en generar un cambio en conductas de riesgo que puede presentar el adicto.

2.1.2.2 Rehabilitación

Este proceso se inicia una vez que se ha concretado la desintoxicación del paciente, se puede realizar de forma ambulatoria o residencial en un centro para adicciones, por lo general se incluye terapia individual, grupal y familiar, así como educación orientada a la salud mental. Las técnicas terapéuticas se dirigen a ayudar al paciente a reducir conductas desadaptativas y aprender conductas que prevengan la recaída. (Nanni, 2014)

El papel de la familia es fundamental en el tratamiento, se intenta fortalecer la aproximación familiar, mejorar la comunicación, reemplazar actitudes y conductas permisivas por interacciones de mayor apoyo. Las parejas y otras personas significativas también tienen un papel activo en el proceso. (Nanni, 2014)

En Costa Rica el tratamiento de la adicción es llevado a cabo por el Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia (IAFA), dicho ente cuenta con los centros de atención integral en drogas, donde se brinda una valoración y el debido seguimiento, el abordaje que se brinda es multidisciplinario e incluye profesionales en medicina, psiquiatría, psicología y trabajo social. Además, existen las organizaciones no gubernamentales, las cuales cuentan con su propio programa de tratamiento de intervención.

2.1.2.3 Papel de los medicamentos en el tratamiento de las drogas

Existen varios tipos de medicamentos que se utilizan en diferentes etapas del tratamiento para evitar el consumo de drogas, así como para ayudar en el periodo de abstinencia, donde se pueden presentar varios síntomas físicos y emocionales, como depresión, ansiedad,

trastornos del estado de ánimo, intranquilidad e insomnio. Los medicamentos también ayudan a los pacientes a concentrarse en la terapia y en otras psicoterapias relacionadas con la rehabilitación. (NIH, 2014)

Dentro de los principales medicamentos para tratar la adicción se encuentran: la metadona, la buprenorfina y la Naltrexona. La metadona se utiliza para prevenir los síntomas de abstinencia de opioides ilícitos y el deseo de consumir estas drogas. La buprenorfina reduce o elimina los síntomas de abstinencia que se asocian a la dependencia de opioides y la Naltrexona es un antagonista opioide sintético de larga duración, su acción es impedir que las sustancias opioides se unan a los receptores, por lo que evita que el adicto experimente los efectos asociados al consumo de drogas. (NIDA, 2010)

2.1.2.4 Terapias conductuales

Este tipo de terapia ayuda al paciente adicto con los trastornos provocados por el consumo de sustancias, al igual que propicia un cambio de actitudes y comportamientos relacionados con la adicción. Tiene como objetivo también el desarrollo de habilidades sociales que le permitan al paciente manejar circunstancias estresantes y condiciones ambientales que podrían desencadenar ansiedad por la droga y dar lugar a otro ciclo de consumo. Las terapias conductuales contribuyen a mejorar la eficacia de los medicamentos y a obtener mayor permanencia con el tratamiento. (NIH, 2014)

2.1.3 Aspectos nutricionales del paciente adicto

En este apartado se explican los aspectos que involucran la nutrición del paciente adicto, las posibles deficiencias nutricionales y procesos metabólicos que se ven afectados durante la adicción.

2.1.3.1 Hábitos alimentarios del paciente adicto

Es los pacientes adictos se presentan ciertos hábitos alimentarios que suelen repetir durante el proceso de rehabilitación. Estos hábitos pueden estar determinados por el tipo de droga y la condición en la que se encuentra el paciente durante el consumo. Por ejemplo, los pacientes que consumen marihuana presentan antojos por consumir comida procesada y alimentos con alto contenido de azúcar. Esto se debe a que la marihuana afecta directamente el hipotálamo, el cual es una región del cerebro donde se regula el hambre y la ansiedad. (Roberts, S., 2013)

Las drogas estimulantes como la cocaína afectan las catecolaminas, dopamina, adrenalina y noradrenalina, debido a su composición química las drogas estimulantes ocupan los receptores de estas sustancias, enviando un mensaje al cerebro de que la necesidad de comida está satisfecha y no sienten necesidad de comer. Por esta razón las personas adictas pierden peso durante el periodo de consumo. (Roberts, S., 2013)

La adicción a opiáceos, como la heroína, comúnmente presentan una serie de procesos que distorsionan los estímulos sensoriales, diversas investigaciones indican los que opiáceos regulan específicamente el placer que produce la ingesta de alimentos y se relacionan con la sobrealimentación, en especial por alimentos ricos en hidratos de carbono y grasa. Debido

al placer que produce la ingesta, se incrementa la cantidad consumida y por consiguiente el aporte de calorías. (Graña, Andreu & Muñoz, 2005)

2.1.3.2 Consecuencias nutricionales de la adicción

El abuso de drogas y alcohol puede causar daños significativos en los procesos digestivos del cuerpo, el paciente adicto puede experimentar alteraciones gástricas como estreñimiento, diarrea, indigestión y falta de apetito. Debido al abuso crónico de alcohol y drogas como la heroína, se puede dar un daño del revestimiento interno del intestino, afectando la absorción de aminoácidos, vitaminas y minerales. (Grotzkyj, 2009)

El intestino se encarga de extraer los nutrientes de los alimentos, como los aminoácidos provenientes de las proteínas, los cuales son necesarios en la producción de neurotransmisores. En casos de adicción severa se puede producir un daño severo en los intestinos y en corto plazo se podría requerir terapia nutricional intravenosa. En casos no tan complicados se requiere de una dieta balanceada y con el adecuado aporte de nutrientes. (Grotzkyj, 2009)

Se ha demostrado que el consumo de cocaína y opiáceos se relacionan con la aparición de hiperglucemia. En el caso de la cocaína, esto se debe a la liberación de catecolaminas, lo cual reduce la secreción de insulina, promueve la producción de glucagón y la glucogenólisis, además empeora el uso periférico de glucosa. (Argente et al, 2008)

2.1.3.4 Carbohidratos

Los carbohidratos son compuestos orgánicos que contienen carbono, oxígeno e hidrogeno, constituyen una parte importante de la alimentación, se encuentran en forma de: monosacáridos, conocidos como azúcares simples, oligosacáridos (de dos a diez moléculas) y polisacáridos, que contienen más de diez moléculas. (Mollinedo& Benavides, 2014)

Los carbohidratos desempeñan múltiples funciones, la primordial es actuar como principal fuente de energía, además coadyuvan en el mantenimiento de los niveles normales de glucosa, colesterol y triglicéridos, participan de gran manera en la función gastrointestinal, son parte de las membranas de vasos sanguíneos y tejido nervioso. (Mollinedo & Benavides, 2014)

El consumo de marihuana se asocia con un aumento de apetito y el consumo excesivo de carbohidratos, no existen estudios que relacionen este hecho con el efecto sobre el índice de masa corporal y riesgo cardiovascular, sin embargo, está claro que el consumo excesivo de carbohidratos se asocia con obesidad, riesgo de diabetes y el desarrollo de hiperlipidemia. (Rodondi et al, 2006)

2.1.3.5 Proteínas

Las proteínas están conformadas por aminoácidos, son el constituyente principal de las células y se necesitan para el crecimiento, reparación y renovación de tejidos. De los 20 aminoácidos que conforman las proteínas algunos son sintetizados por el organismo y se

denominan no esenciales, en el otro grupo se encuentran los esenciales, que no pueden ser sintetizados por el hombre y deben ser aportados por la dieta. (Carbajal, 2012)

El consumo de drogas y alcohol puede afectar el metabolismo de dos importantes aminoácidos, tirosina y triptófano, éstos son los responsables de la producción de los neurotransmisores adrenalina, dopamina y serotonina. Dichos compuestos son indispensables para la estabilidad emocional y el estado de bienestar, la disminución en los niveles de estos neurotransmisores afecta negativamente el estado de ánimo en el paciente adicto. (Grotzkyj, 2009)

La fenilalanina es un precursor de la tirosina y se ha demostrado que en pacientes adictos la suplementación con este aminoácido puede elevar el estado de ánimo, aumentar la motivación y los niveles de energía y puede contribuir a disminuir los antojos de droga. (Grotzkyj, 2009)

2.1.3.6 Grasas

Las grasas son mezclas de triglicéridos, las diferencias entre las moléculas de grasa dependen de su composición de ácidos grasos, existen tres tipos principales de ácidos grasos: los saturados, que predominan en alimentos de origen animal y aceites de origen vegetal. Los ácidos grasos poliinsaturados, que se encuentran en el pescado y alimentos de origen vegetal y por último los ácidos grasos monoinsaturados, presentes en el aceite de oliva. (Carbajal, 2012)

Existen ácidos grasos esenciales, que el hombre no puede sintetizar: el ácido linoleico (omega 6) y el ácido linolénico (omega tres), estos juegan un papel importante en la síntesis

de sustancias, principalmente en el sistema nervioso, por lo que cuando se da un consumo inadecuado de estos se pueden presentar ciertos trastornos. (Carbajal, 2012)

Se ha demostrado que los ácidos grasos omega 3 y omega 6 ayudan a mejorar las condiciones de salud mental, como en desórdenes de bipolaridad y depresión, además son importantes en el proceso digestión, por lo que incluir estos ácidos grasos en el proceso de rehabilitación mejora notablemente la recuperación. (Roberts, S., 2013)

2.1.3.7 Micronutrientes

Los micronutrientes son componentes de vital importancia para el organismo, ya que estos intervienen como elementos reguladores de todas las funciones del metabolismo celular, las enzimas dependen, en su mayoría,de algún mineral o vitamina para ser activadas. El déficit de micronutrientes provoca patologías específicas que se conocen como enfermedades carenciales y se producen por una ingesta inadecuada de alimentos que contienen el micronutriente o por una alteración en los procesos digestivos, lo que disminuye su absorción. (Martinez &Lendoiro, 2005)

2.1.3.8 Calcio

El calcio es el catión más abundante del organismo, junto con el fósforo son los principales constituyentes del esqueleto. Está involucrado en múltiples procesos biológicos: permeabilidad de membranas, conducción nerviosa, contracción muscular, formación de huesos y dientes, entre otros. Las alteraciones de la calcemia pueden ocasionar estados

incompatibles con la vida, por lo que sus niveles plasmáticos y en el líquido extracelular se controlan por precisos mecanismos homeostáticos. (Fernández, Sosa & Setton, 2011)

2.1.3.9 Deficiencia de calcio

Dentro de los factores que limitan la absorción de calcio se encuentran la deficiencia de vitamina D, una inadecuada relación calcio/ fósforo, el exceso de sodio, los oxalatos y el consumo de café mayor a 90 mg por día,ya que éste puede producir hipercalciuria y aumento de la eliminación fecal de calcio. (Fernández et al, 2011)

Se ha demostrado que el alcohol y el tabaco tienen un efecto negativo en los osteoblastos, por lo que se relacionan con el riesgo de padecer osteoporosis, además existen otros factores dietéticos relacionados con dicha enfermedad ósea, entre ellos un alto contenido de fibra, sodio y cafeína, así como la ingesta alta de proteína sin un adecuado consumo de fósforo, esto contribuye a la excreción de calcio urinario. (Mota & Perales, 1998)

2.1.3.10 Hierro

El hierro es un nutriente esencial, aun en la actualidad es frecuente encontrar anemia por deficiencia de hierro. El hierro se conserva dentro del cuerpo, aproximadamente el 90% se recupera y reutiliza cada día, el resto se excreta, principalmente por la bilis. Es importante conservar la ingesta de hierro en la dieta para mantener el equilibrio en el metabolismo. (Escott et al, 2013)

El hierro se puede encontrar como hierro hemínico, presente en la hemoglobina, mioglobina y algunas enzimas, y el hierro no hemínico, que está presenta en alimentos vegetales principalmente. La absorción intestinal de hierro está determinada por varios factores, entre ellos el tipo de alimento y la forma en que se consume. El ácido ascórbico es el estimulante más efectivo en la absorción de hierro, lo reduce y forma un quelato que lo hace soluble al pH alcalino del intestino. (Escott et al, 2013)

2.1.3.11 Deficiencia nutricional de hierro

En los pacientes adictos se puede presentar anemia a causa del daño que ocasionan las drogas al hígado, inhibiendo la absorción de hierro de manera eficiente. También es posible que una dieta desequilibrada pueda llevar a una anemia por deficiencia de hierro. Los niveles bajos de hierro pueden provocar síntomas como fatiga, depresión y dolores de cabeza. (Place, R., 2010)

2.1.3.12 Cinc

Se distribuye de forma abundante en todo el cuerpo humano, principalmente en hígado, páncreas, riñón, el hueso y los músculos. El cinc es un ión intracelular, que actúa asociado a diferentes tipos de enzimas, desempeña funciones estructurales, catalíticas y reguladoras en la célula. La ingesta dietética recomendada para hombres adultos es de 11 mg/d, el cinc se puede encontrar en carnes, pescado, leche y productos lácteos, entre otros. (Escott et al, 2013)

El consumo excesivo de azúcar, alcohol, cafeína y drogas puede disminuir las reservas de cinc en el hígado. Los pacientes con alcoholismo pueden presentar alteración del metabolismo de cinc. La deficiencia de cinc puede producir síntomas como pérdida del gusto, retraso en la curación de heridas, alopecia y diversas formas de lesiones cutáneas. (Escott et al, 2013)

2.1.3.13 Vitaminas hidrosolubles

La mayoría de las vitaminas hidrosolubles no se almacenan en cantidades apreciables por lo que es necesario que sean consumidas dentro de la dieta, estas vitaminas viajan mediante trasportadores y se excretan en la orina. Al ser hidrosolubles se tienden a absorber mediante difusión simple cuando se ingiere en grandes cantidades y por medio de transportadores si se ingiere en cantidades más pequeñas. (Escott et al, 2013)

Tabla N◦ 1.

Vitaminas del complejo B, función y signos físicos de deficiencia.

Vitamina	**Función**	**Deficiencia**
Tiamina	Metabolismo de carbohidratos	Anorexia, pérdida de peso, demencia
Riboflavina	Metabolismo de carbohidratos, aminoácidos y lípidos.	Fotofobia, pérdida de agudeza visual, queilosis, estomatitis angular.
Niacina	Transportador de células y cosustrato de enzimas.	Debilidad muscular, anorexia, erupciones cutáneas, pelagra.
Vitamina B6	Actúa en el metabolismo de aminoácidos y del glucógeno.	Debilidad, insomnio, queilosis, glositis, estomatitis.

Folato	Metabolismo de aminoácidos.	Anemia megaloblástica macrocítica.
Biotina	Transportador de grupos carboxilo	Es infrecuente.
Ácido pantoténico	Transportador del grupo Acilo.	Alteración en síntesis de lípidos y producción de energía
Vitamina B12	Metabolismo normal de las células	Anemia megaloblástica

Fuente: (Escott et al, 2013)

2.1.3.14 Deficiencia de vitaminas hidrosolubles

La deficiencia de vitaminas hidrosolubles está asociada con la presencia de síntomas psicológicos como depresión y ansiedad, en el caso de la niacina es fundamental para la conversión de triptófano en serotonina, sustancia que regula el estado de ánimo y las emociones. En el caso de ácido pantoténico, este nutriente ayuda a combatir el estrés. En las personas que se están recuperando de la adicción, la deficiencia de vitaminas puede provocar un mayor deseo por el consumo de sustancias adictivas. (Place, R., 2010)

2.1.3.15 Vitamina C

El ácido ascórbico se conoce comúnmente como vitamina C, es considerado un agente antioxidante del organismo, se encuentra concentrado en órganos como: ojo, hígado, bazo, cerebro y glándulas. Es una vitamina soluble y esencial que se sintetiza a partir de la glucosa, mediante una serie de reacciones catalizadas por enzimas. (Cerra & Cafaro 2007)

La vitamina C se absorbe en el intestino delgado, por un proceso activo dependiente del sodio y dentro de los factores que influyen en su degradación se encuentran el pH, la

concentración de oxígeno y las enzimas. En cuanto a sus funciones, es esencial en la síntesis de colágeno, síntesis de lípidos y proteínas, síntesis de norepinefrina, serotonina y participa en el metabolismo de aminoácidos como tirosina e histamina. (Cerra & Cafaro, 2007)

2.1.3.16 Deficiencia de Vitamina C

En los pacientes con un consumo crónico de drogas se pueden presentar cambios en el estado de nutrientes específicos, la disminución en los niveles de vitamina C y en las reservas tisulares puede ocasionar alteraciones bioquímicas y repercusiones en el estado de salud. Méndez et al (2001) señala que la vitamina C tiene un importante papel neuroprotector, interviene en la síntesis y mecanismo de acción de la dopamina, por lo que se presume tiene interacción con la cocaína, al aumentar su utilización y por ende un mayor requerimiento en consumidores.

2.1.4 Estado nutricional del adulto

La evaluación del estado nutricional es importante en el paciente adicto para posteriormente realizar las intervenciones necesarias en materia de salud, además al ser una población vulnerable, permite establecer un diagnóstico sobre sus hábitos alimentarios y los temas que se deben reforzar mediante educación nutricional.

2.1.4.1 Antropometría del adulto

Para evaluar el peso del adulto con respecto de su estatura, se utiliza la relación peso para la talla, para lo cual existen múltiples índices. El índice de masa corporal (IMC) es el más utilizado, este índice es la relación entre el peso en kilogramos y la talla al cuadrado. Existen valores críticos que delimitan la normalidad, si existe bajo peso o al contrario sobrepeso. (Berdasco, 2002)

Tabla N◦ 2.

Clasificación del estado nutricional del adulto según IMC

Delgadez severa	<16.00
Delgadez moderada	16.00- 16.99
Delgadez aceptable	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Sobrepeso	25.00-29.99
Obeso tipo I	30.00-34.99
Obeso tipo II	35.00- 39.99
Obeso tipo III	≥40

Fuente: American journal of clinic nutrition

2.1.4.2 Circunferencia de cintura

El registro de la circunferencia de la cintura se utiliza como método para detectar sujetos con un aumento de la grasa intraabdominal y por tanto un riesgo de padecer alteraciones lipídicas, alteraciones vasculares e hipertensión arterial. Se ha determinado el valor crítico

de circunferencia de la cintura para identificar individuos en riesgo, para hombres es ≥94 cm. (Berdasco, 2002)

2.1.4.6 Masa grasa

La masa grasa se constituye principalmente por tejido adiposo subcutáneo y perivisceral, los indicadores de masa grasa son el porcentaje de masa corporal, la circunferencia de cintura, los pliegues tricipital, subescapular y pliegue abdominal. En el adulto sano los valores de masa grasa son de 10% a 20% en el hombre. (Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F., 2010)

Tabla N◦ 3.

Rangos de grasa corporal en hombres adultos según edad

Edad	Bajo	Normal	Alto	Muy alto
20-39	<8.0	8.0-19.9	20.0-24.9	≥25.0
40-59	<11.0	11.0-21.9	22.0-27.9	≥28.0
60-79	<13.0	13.0-24.9	25.0-29.9	≥30.0

Fuente: American journal of clinic nutrition

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se utiliza un enfoque cuantitativo mediante el cual se da una recolección de datos para un posterior análisis estadístico de los resultados. Se aplica dicho enfoque ya que se requiere establecer la prevalencia o no de síntomas en los pacientes del centro, así como determinar los patrones alimentarios de los adultos y la influencia de éstos en su estado nutricional y en la permanencia de enfermedades asociadas.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo correlacional en la que se estudia la relación entre hábitos alimentarios, el estado nutricional y la presencia se síntomas o problemas nutricionales propios de la drogadicción.

3.3 OBJETO DE ESTUDIO

3.3.1 Área de estudio

Se realiza la investigación en dos centros, uno de ellos es la Asociación Cristiana Maná, dicho centro está ubicado en San Sebastián en San José y brinda atención integral a adultos mayores de edad con problemática en adicciones. El segundo centro se ubica en San Rafael de Heredia, se llama Eliasib y recibe hombres adultos con problemática de adicción a las drogas.

3.3.2 Población

La población está comprendida de 37 adultos con edad entre 18 y 55 años de edad que se encuentran internados en el centro Comunidad Cristiana Maná y 35 hombres que son parte del centro Eliasib, que se encuentran dentro del mismo rango de edad.

3.3.3 Muestra

Al tratarse de una población que debe cumplir el requisito de permanecer en un centro de rehabilitación, se trabaja con dos centros dedicados al tratamiento de la adicción, para lograr una muestra significativa y que se presenten condiciones similares para el total de la población.

3.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N◦ 4.

Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Personas entre 18 y 55 años de edad	Personas con menos de un mes de residir en el centro
Residentes en el centro de rehabilitación Maná o Eliasib	Adultos que presentan alguna patología que modifique su alimentación
Adultos que realizan su alimentación en el centro de rehabilitación.	Pacientes que presenten una recaída en el tratamiento de la adicción.
Adultos que aceptan voluntariamente participar de la investigación.	

Fuente: elaboración propia, 2018

3.4 Instrumento para la recolección de la información

Para la primera parte de evaluación del aspecto sociodemográfico y las características de atención, se utiliza para la elaboración del instrumento, el Índice para el diagnóstico básico en adicciones (IDIBA-CR1) proporcionado por el IAFA, dicho instrumento fue creado por un grupo de expertos en clínica, estadística y políticas sobre drogas y permite establecer el perfil sociodemográfico de la persona en proceso de recuperación, así como las características del tipo de atención que recibe. (IAFA, ICD, 2008)

El instrumento antes mencionado incluye características sociodemográficas como el sexo, la edad, estado civil, escolaridad, la condición laboral y el grupo de convivencia. Además contiene aspectos del tipo de atención como el motivo de ingreso y la fecha de inicio.

Con respecto de la valoración de hábitos alimentarios y presencia de síntomas se emplea un instrumento de elaboración propia, para lo cual se realiza un plan piloto con la finalidad de dar validez al mismo. El plan piloto se ejecuta en el Hogar Salvando al Alcohólico de Goicoechea, con una población de 12 adultos en proceso de rehabilitación debido al consumo de alcohol, que reúnen las mismas condiciones, al permanecer en un centro de tipo residencial donde se brinda la alimentación.

3.4.1 Validez

Se utiliza equipo antropométrico para la toma de medidas corporales y una hoja de registro para anotar las medidas obtenidas.

- Tallímetro marca Seca, capacidad 20-205 cm, sensibilidad 1 mm.

- Cinta métrica de circunferencia del cuerpo, marca Seca, con capacidad de 0-205 cm, sensibilidad 1 mm.
- Balanza para peso corporal marca Omron, capacidad 150 kg/330 lb, sensibilidad 1g.
- Cuestionario de elaboración propia, previamente validado por medio de prueba piloto, con preguntas de lenguaje sencillo para el fácil entendimiento de los entrevistados.

3.4.2 Confiabilidad

Para la elaboración del instrumento se utiliza la primera parte del IDIBA CR-1, además contiene preguntas de elaboración propia, al no registrar confiabilidad se ejecuta una prueba piloto, donde se obtienen resultados consistentes y coherentes.

3.5 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que la recolección de información se da en el ámbito normal de los participantes sin variar o modificar los elementos donde se desarrolla la investigación. Los sujetos de la muestra permanecen en un centro de rehabilitación de tipo residencial, mantienen sus hábitos alimentarios y consumo habitual. Además, es de tipo transversal, ya que los datos se recogen en un único momento, se aplica el instrumento y toman las mediciones antropométricas.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla N◦ 5.

Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar las características sociodemográficas de los adultos que asisten al centro	Características sociodemográficas	Aspectos del contexto social y demográfico de los participantes.	Información recolectada por medio de entrevista.	Sociales Escolaridad Ocupación Estado civil Demográficas Edad Sexo	Nivel de escolaridad Tipo de ocupación Estado civil Rango de edad Sexo	Entrevista Entrevista
Evaluar el estado nutricional de los pacientes en estudio mediante antropometría.	Estado nutricional	Interpretación de datos antropométricos que brindan información del estado nutricional del paciente.	Toma de medidas mediante antropométricas	Peso corporal Talla Circunferencia corporal % de grasa	IMC Indicador % grasa Rango de clasificación Circunferencia de cintura	Balanza Tallímetro Cinta métrica Hoja de registro
Valorar los hábitos alimentarios de los pacientes del centro.	Hábitos alimentarios	Conductas alimentarias de los participantes del estudio	Información recolectada por medio de entrevista.	Tiempos de comida Horarios de alimentación Consumo de frutas y vegetales Hidratación Consumo de alimentos poco nutricionales	Distribución tiempos de comida Frecuencia de consumo	Entrevista

Fuente: elaboración propia

Tabla N◦ 6.

Continuación de Operacionalización de variables

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Determinar el valor nutritivo del menú que ofrece el centro por medio del conteo de porciones.	Ciclo de menú.	Grupos de alimentos. Requerimiento energético.	Información recolectada por medio de entrevista. Calculo de porciones por medio de tazas medidoras. Material facilitado por el centro.	Valor nutricional Distribución de los tiempos de comida. Cantidad de porciones según grupo de alimentos. Aporte energético del menú.	Cantidad de porciones. Tiempos de comida. Distribución en el plato.	Cuestionario. Hoja de registro. Tazas medidoras.

Fuente: elaboración propia

3.7 PLAN PILOTO

El plan piloto de la investigación se lleva a cabo en el Hogar Salvando al Alcohólico de Goicoechea, se realiza en este lugar por tratarse de una población que igualmente se encuentra en un centro de rehabilitación de tipo residencial, se les brinda la alimentación y comparten elementos en común como los horarios, las terapias diarias y el tipo de población presenta similitud en sus hábitos alimentarios.

La prueba se realiza en 12 pacientes que están en un proceso de recuperación para dejar la adicción al alcohol, los participantes presentan un rango de edad entre 18 y 60 años. Se examina la comprensión de los instrumentos y la disponibilidad para brindar información.

El cuestionario se realiza en un tiempo aproximado de 25 minutos y en dicho instrumento se presentan varias partes, la primera corresponde a los datos sociodemográficos de la población, la segunda parte contiene los datos antropométricos, la tercera evalúa los hábitos alimentarios de los pacientes y por último los síntomas que presentan. Los resultados del plan piloto se anexan en la página 80 del documento.

Dentro de los resultados obtenidos durante la prueba piloto se desprende que el mayor porcentaje presenta una condición laboral de desempleo y el nivel educativo es secundaria incompleta. En cuanto a los hábitos alimentarios, los adultos evidencian un deficiente consumo de frutas y un consumo diario de vegetales, aportados por el menú que se les brinda en el centro, además a los adultos se les permite comprar alimentos fuera, lo cual modifica su alimentación al no ser exclusiva del centro. Sobre el estado nutricional de los

participantes, el 50 % (n=6) presenta un estado nutricional normal, así como un riesgo cardiovascular aumentado, de acuerdo con el indicador circunferencia de cintura.

Se muestra la necesidad de mejorar ciertas preguntas del instrumento con el fin de obtener información más detallada sobre los hábitos alimentarios, por ejemplo, se observa la importancia de obtener datos sobre el tipo de preparaciones que suelen servir, el tipo de líquido que consumen mayormente, así como la relevancia de comparar la diferencia de peso que se presenta desde el ingreso al centro con el peso actual. En el instrumento se agregan estas preguntas para lograr información puntualizada sobre los aspectos que se buscan en la investigación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los adultos que permanecen en el centro.

Tabla N◦ 7.

Características sociodemográficas de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018

Característica sociodemográfica	Total (n=72)	
	N	%
Rango etario		
Menor de 20 años	4	5,6
Entre 21 y 30 años	32	44,4
Entre 31 y 40 años	26	36,1
Mayor a 40 años	10	13,9
Estado civil		
Soltero	48	66,7
Casado	9	12,5
Unión libre	6	8,3
Divorciado	8	11,1
Separado	1	1,4
Escolaridad		
Primaria incompleta	1	1,4
Primaria completa	20	27,8
Secundaria incompleta	33	45,8
Secundaria completa	14	19,4
Universidad incompleta	4	5,6
Personas con que convive		
Familiares	11	15,3
Pareja	17	23,6
Amigos	1	1,4
Solo	43	59,7

Fuente: Elaboración propia, 2018

La población en estudio se conforma de 72 adultos de edad entre 18 y 55 años de edad, como se observa en la tabla 6, el mayor porcentaje de la muestra (44% n=32), se encuentra en edad entre 21 y 30 años de edad, mientras el grupo de menor proporción (5.6% n=4), es menor de 18 años.

En cuanto al estado civil, se encuentra que la mayoría se encuentran solteros (66,7% n=48), 12,5% (n=9) de los participantes están casados y 8,3% (n=6) viven en unión libre. El 11,1% son divorciados. De estos datos se desprende que la mayor cantidad de los participantes no tienen una pareja durante su periodo de rehabilitación.

Respecto a la escolaridad de los entrevistados, la mayoría (45.8% n=33) han llegado al grado de secundaria incompleta, en contraste, únicamente el 5,6% (n=4) de los participantes ha logrado cursar estudios universitarios.

Como se observa en la tabla 6, el 59,7% (n=43) de los participantes vivía solo antes de ingresar al centro de rehabilitación, siendo el segundo grupo de convivencia más importante las parejas (23,6% n=17), para el paciente adicto es importante el acompañamiento de familiares y allegados, sin embargo, las secuelas del consumo afectan las relaciones familiares.

En relación con la situación laboral, el 100% de la muestra se encuentra desempleado durante el proceso de rehabilitación, puesto que en el centro deben permanecer entre tres y seis meses es difícil que logren conservar su empleo en el transcurso del tratamiento, además debido a las consecuencias sociales de la drogadicción se presentan dificultades para encontrar un trabajo.

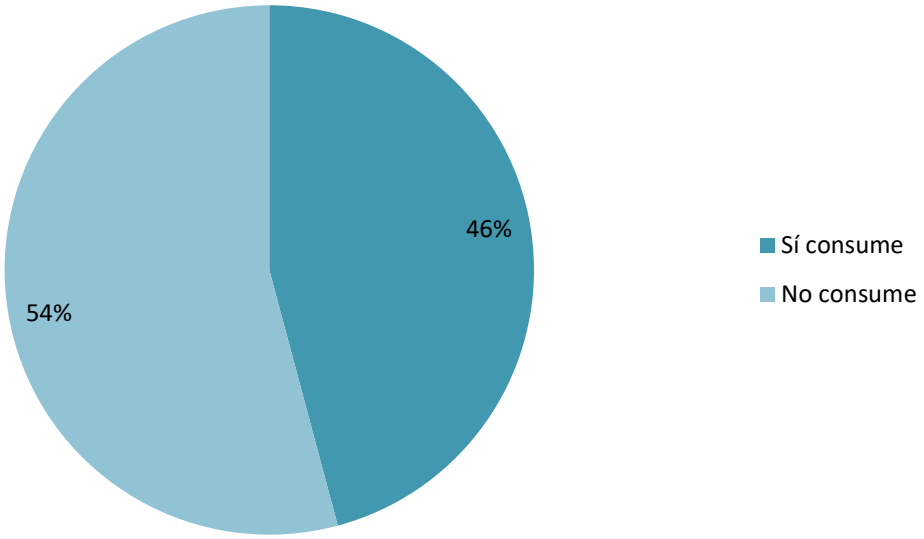


Figura N◦ 1.*Consumo de medicamentos en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018*

Fuente: elaboración propia

Del total de los participantes 45,8% (n=33) si consume algún medicamento, este tratamiento es controlado por el centro donde residen y la mayoría se utilizan para contrarrestar síntomas propios del proceso de recuperación, como ansiedad e insomnio. Dentro de los medicamentos utilizados de uso más común se encuentran la difenhidramina, que se usa para tratar el insomnio, y la amitriptilina, el cual es un medicamento que se usa para tratar los síntomas de la depresión.

Sobre el tipo de atención, el 100% de los participantes están en un programa residencial de estancia media, que comprende entre 8 y 24 semanas, donde deben permanecer en el centro de rehabilitación. Además, el total de la muestra indica que el motivo de ingreso fue por decisión propia.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de los pacientes en estudio mediante antropometría

Tabla N◦ 8.

Valoración cuantitativa de los valores antropométricos de los adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018

Antropometría	**Total**	
	Promedio	DE
Peso corporal inicial (Kg)	69,7	10,6
Peso corporal final (Kg)	73,5	10,2
Talla corporal (m)	1,69	6,1
Índice de masa corporal (Kg/m2)	25,5	3,3
Grasa corporal (%)	24,1	5,9
Circunferencia abdominal	88,9	8,5

Fuente: elaboración propia, 2018

En la tabla anterior se destaca que el promedio de peso final (73.5 kg) se incrementa con respecto al peso con el que ingresan los participantes (69.7 kg). Como se observa también en la tabla 8, el promedio del índice de masa corporal (25.5kg/m^2) se encuentra dentro de la clasificación de sobrepeso. El promedio de grasa corporal es 24,1%, que de acuerdo con el rango de edad de la muestra se clasifica como alto. En cuanto la circunferencia corporal el promedio es 88,9, lo cual se clasifica como un riesgo cardiovascular normal para hombres.

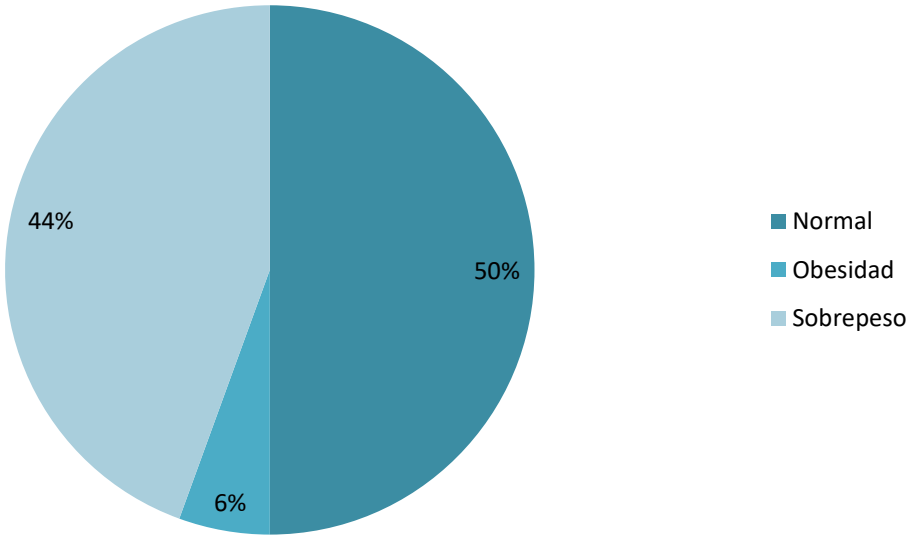


Figura N◦ 2. Índice de masa corporal de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018.

Fuente: elaboración propia

En la figura 2 se observa que el 50% (n=36) presenta un estado nutricional normal y el 44% (n=32) presenta una condición de sobrepeso. Es notable que ninguno de los sujetos de la muestra presente un estado nutricional de delgadez., mientras si se presenta un pequeño porcentaje en estado de obesidad (6% n=4).

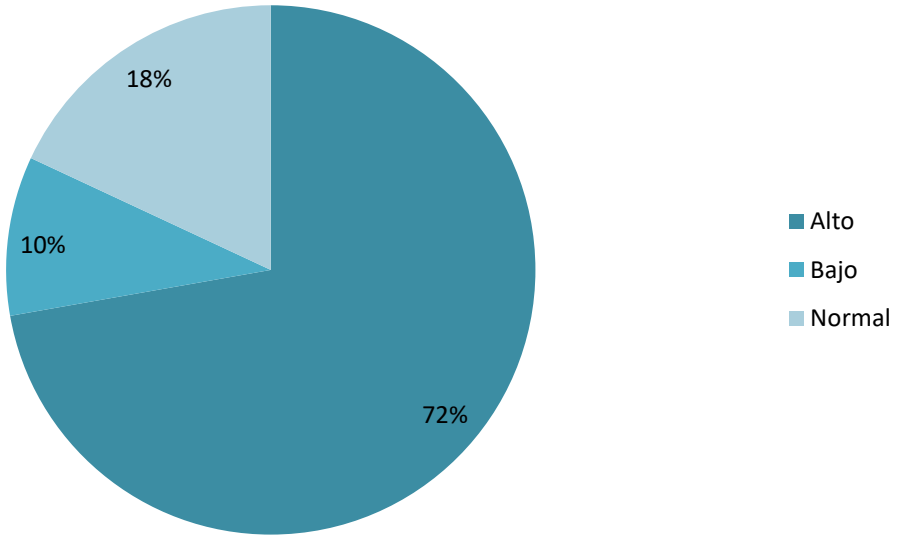


Figura N◦ 3. Porcentaje de grasa corporal de un grupo de adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos, 2018.

Fuente: Elaboración propia

Como se puede ver en la figura 3, el porcentaje de grasa corporal se encuentra por encima del valor recomendado en 72% (n=52) de los hombres, en contraste únicamente el 10% (n=7) presenta un porcentaje de grasa corporal bajo.

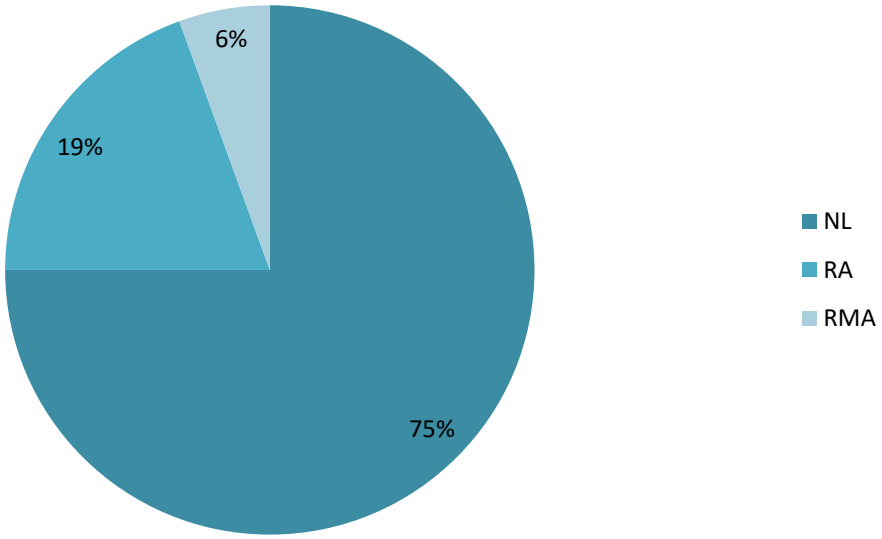


Figura N◦ 4. Interpretación de riesgo cardiovascular según el indicador de circunferencia abdominal en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018

Fuente: elaboración propia

En la figura 4 se observa que el mayor porcentaje (75% n=54) presentan un riesgo cardiovascular normal, según el indicador circunferencia de cintura, mientras que únicamente el 6% (n=4) tienen un riesgo cardiovascular muy aumentado. Llama la atención el hecho de que aunque se presenta un alto porcentaje de grasa corporal en la mayoría de los participantes (72% n=52), la mayor proporción de la muestra refleja un riesgo cardiovascular normal.

Objetivo: Valorar los hábitos alimentarios de los pacientes del centro.

Tabla N◦ 9.

Principales hábitos alimentarios en adultos que permanecen en un centro de rehabilitación para adictos a las drogas, 2018

Hábitos alimentarios	Total (n=72)	
	N	%
Consumo de frutas		
1 a 2 veces por semana	51	70,8
3 a 4 veces por semana	19	26,4
5 a 6 veces por semana	2	2,8
Consumo de líquidos al día		
3 a 4 vasos	11	15,3
5 a 6 vasos	17	23,6
7 a 8 vasos	14	19,4
Más de 8	30	41,7
Tipo de líquidos consumidos		
Agua	65	90,3
Café	33	45,8
Fresco	34	47,2
Frecuencia de consumo de comidas rápidas		
1 a 2 veces por semana	27	37,5
Nunca	45	62,5
Recepción de alimentos por parte de la familia		
Sí recibe	56	77,8
No recibe	16	22,2

Fuente: elaboración propia, 2018

Dentro de los hábitos alimentarios se obtiene que el 100% de la muestra realiza cuatro tiempos de comida diarios, debido a que el centro proporciona desayuno, almuerzo, merienda de la tarde y cena, en ambos centros no se incluye una merienda en la mañana y las comidas siempre se sirven el mismo horario para reforzar el establecimiento de disciplina en los pacientes.

En relación con el consumo de vegetales se da un consumo diario por el total de la muestra, puesto que por su bajo valor económico se encuentra dentro de los alimentos que mayor disponibilidad presentan.

Como se muestra en la tabla 9, el consumo de frutas en la mayoría de la muestra (70,8% n=51) es de 1 a 2 veces por semana, mientras que únicamente el 2,8% (n=2) manifiesta consumir frutas de 5 a 6 veces a la semana. Por lo general las frutas las consumen cuando el centro recibe algún tipo de donación o los familiares les llevan en el día de visita, por lo que estos factores limitan su consumo.

En cuanto al consumo de líquido hay una importante proporción (41,7% n=30) que consume más de 8 vasos diarios y un 15,3% (n=11) presenta una ingesta de líquido de 3 a 4 vasos por día. Con relación al tipo de líquido se compone principalmente de agua (90,3% n=65) y en proporcionales similares se presentan el café (45,8% n=33) y el fresco (47,2% n=34).

Sobre la frecuencia de consumo de comidas rápidas es poco frecuente, el 37,5% (n=27) consume de 1 a 2 veces por semana y 62,5% (n=45) no lo hacen nunca, este hecho se debe en parte a que los adultos deben permanecer en el centro y no tienen la opción de salir a comprar, cuando tienen acceso a este tipo de alimentos es porque los reciben el día de visita o por que se dé una donación al centro, como en el caso de la asociación Cristiana Maná, donde reciben ocasionalmente donaciones de KFC.

En la tabla anterior también se observa que la mayoría (77,8% n=56) recibe alimentos por parte de sus familiares, por lo general estos alimentos son procesados, como galletas, leche en polvo, cereal, sopas instantáneas, puesto que los deben almacenar en casilleros y deben conservarse sin refrigeración, además son los alimentos de mayor predilección de los adultos que permanecen en el centro.

Tabla N◦ 10.

Síntomas presentados durante el proceso de rehabilitación en adultos en un centro para adictos a las drogas, 2018

Síntomas durante la rehabilitación	Total (n=72)	
	N	%
Cambios de peso		
Aumento de peso	71	98,6
Mantuvo el peso	1	1,4
Cambios en el apetito		
Mantuvo el apetito	60	83,3
Pérdida de apetito	12	16,7
Presencia de ansiedad		
Sí presenta	50	69,4
No presenta	22	30,6
Momento del día donde más presenta ansiedad		
Mañana	28	38,9
Tarde	4	5,6
Noche	30	41,7
Preferencia de alimentos al tener ansiedad		
Dulce	37	51,4
Salado	28	38,9
Indiferente	7	9,7
Aversiones alimentarias durante el proceso		
Sí presenta	17	23,6
No presenta	55	76,4
Alteraciones gástricas durante el proceso		
Sí presenta	17	23,6
No presenta	55	76,4
Trastornos digestivos durante el proceso		
Sí presenta	8	11,1
No presenta	64	88,9

Fuente: elaboración propia, 2018.

En relación con los síntomas y cambios presentados durante el proceso de rehabilitación, es notable que el 98,6% (n=71) aumento de peso desde su ingreso al centro y únicamente 1,4% (n=1) mantuvo su peso desde que ingresó. En cuanto a los cambios en el apetito 83,3% (n=60) mantuvo su apetito con respecto de su situación antes de ingresar al centro.

Sobre la presencia de ansiedad, en la tabla 9 se muestra que el 69,4% (n=50) manifiesta si sentir ansiedad por las comidas en algún momento del día y el 51,4% (n=37) prefiere los alimentos dulces. En cuanto las aversiones alimentarias, únicamente 23,6% (n=17) siente aversión por algún alimento, por lo general esta situación se presenta con alimentos que reciben en gran cantidad en el centro, como sucede con el chayote debido a la gran disponibilidad.

Con respecto de las alteraciones gástricas, como acidez, reflujo o estreñimiento, únicamente el 23,6% (n=17) si muestra alguna molestia después de comer y 11,1% (n=8) si presenta algún tipo de trastorno digestivo como gastritis o colitis.

Tabla N◦ 11.

Cambios alimentarios durante el proceso de rehabilitación de adultos que se encuentran en un centro para adictos a las drogas, 2018

Cambios alimentarios	Total (n=72)	
	N	%
Mejoramiento de hábitos alimentarios		
Sí mejora	65	90,3
No mejora	2	2,8
Mantiene	5	6,9
Motivo de cambios		
Tiempos de comida establecidos	39	54,2
Alimentación más saludable	22	30,6
Otros	11	15,3

Fuente: elaboración propia, 2018

Como se observa en la tabla 11, el 90,3% (n=65) de la muestra mejora sus hábitos alimentarios una vez que ingresan al centro de rehabilitación, dentro de los motivos el 54,2% (n=39) manifiesta que ahora mantienen tiempos de comida establecidos y 30,6% (n=22) siente que el tipo de alimentación es más saludable.

Objetivo: Determinar el valor nutritivo del menú que ofrece el centro por medio del conteo de porciones.

Tabla N◦ 12.

Aporte de nutrientes y porciones de alimentos que consumen diariamente los adultos en el centro de rehabilitación.

Nutriente	Promedio	DE
Energía (Kcal)	2002	110
Carbohidratos		
Gramos	278,5	22,1
Calorías	1114	88
Aporte a la dieta (%)	55,7	3,3
Grasa		
Gramos	65,3	8,3
Calorías	588	75
Aporte a la dieta (%)	29,3	2,9
Proteína		
Gramos	75,1	5,3
Calorías	300	21
Aporte a la dieta (%)	15,0	5,3
Porciones de alimentos		
Harinas	14,3	1,3
Carnes	3,4	1,2
Vegetales	4,2	1,7
Grasas	6,8	1,5
Azúcares	8,6	0,9

Fuente: elaboración propia, 2018

En la tabla 12 se muestra que el aporte calórico promedio que reciben los adultos en el centro es de 2002 Kcal, que provienen mayormente de carbohidratos, en promedio 1114 Kcal (55,7%), mientras que el menor aporte se deriva del consumo de proteínas que en promedio brinda 300 Kcal (15,0%) a la dieta. Cabe destacar la mayor cantidad de porciones presentes en la alimentación proviene de las harinas, en promedio 14,3 porciones diarias. Se mantiene un consumo de vegetales de 4,2 porciones diaria promedio, sin embargo, no se incluyen porciones de frutas en la alimentación.

Objetivo: Relacionar la existencia de un ciclo de menú definido con el estado nutricional de la población del centro.

Tabla N◦ 13.

Comparación entre el consume actual y recomendado de energía para los pacientes del centro.

Aporte energético	**Consumo actual**		**Consumo recomendado**		**Valor p**
	Promedio	DE	Promedio	DE	
Kilocalorías	2002	110	2485	244	0,00

Fuente: elaboración propia, 2018

En la tabla 13 se muestra que el requerimiento recomendado para los pacientes es de 2485 Kcal en promedio y el aporte energético que reciben por parte de la alimentación del centro es de 2002 kcal en promedio, sin embargo, el aporte energético por parte de la alimentación del centro puede variar de acuerdo con las donaciones que se reciben y al presupuesto que maneja cada centro. Otro factor que influye en el consumo diario tiene que ver con las conductas alimentarias, como en el caso de los adultos que repiten porciones. Además, se puede dar un aumento de la ingesta calórica debido a los hábitos alimentarios de los adultos del centro, como el consumo de meriendas en la noche, que puede aumentar significativamente la cantidad de kilocalorías.

Tabla N◦ 14.

Estado nutricional de los adultos en un centro de rehabilitación, según seguimiento del ciclo de menú, 2018.

Estado nutricional	No hay seguimiento (n=56)		Si hay seguimiento (n=16)		Valor p
	n	%	N	%	
Índice de masa corporal					
Normal	28	50,0	8	50,0	
Sobrepeso	26	46,4	6	37,5	0,01
Obesidad	2	3,6	2	12,5	
Grasa corporal					
Baja	6	10,7	1	6,3	
Normal	10	17,9	3	18,8	0,00
Alta	40	71,4	12	75,0	
Circunferencia de cintura					
Normal	42	75,0	12	75,0	
Riesgo aumentado	11	19,6	3	18,8	0,00
Riesgo muy aumentado	3	5,4	1	6,3	

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior se muestran los adultos que no presentan seguimiento al menú (n=56), debido a que reciben y consumen otros alimentos adicionales a los que se les brinda en el centro, como se observa en la tabla, entre los adultos que no muestran seguimiento, el 46,4% (n=26) presenta sobrepeso y 71,5% (n=40) presenta grasa corporal alta. Por lo general, los alimentos que reciben los adultos en el centro por parte de familiares y allegados son altos en carbohidratos simples, lo que puede afectar de forma negativa el porcentaje de grasa corporal, así como el índice de masa corporal.

Además del tipo de alimentos que reciben los adultos, otro factor que puede afectar el estado nutricional, es el horario en que consumen estos alimentos, ya que suelen consumirlos como meriendas nocturnas, al realizar más tiempos de comida que los adultos que sí se apegan a la alimentación que se les brinda.

Tabla N◦ 15.

Tipo de dieta según el estado nutricional de los adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, 2018

Estado nutricional	Dieta hipocalórica (n=64)		Dieta normocalórica (n=8)		Valor p
	n	%	N	%	
Índice de masa corporal					
Normal	31	48,4	**5**	**62,5**	
Sobrepeso	29	45,3	3	37,5	**0,01**
Obesidad	4	6,3	-	-	
Grasa corporal					
Baja	7	10,9	-	-	
Normal	11	17,2	2	25,0	**0,01**
Alta	46	71,9	**6**	**75,0**	
Circunferencia de cintura					
Normal	47	73,4	**7**	**87,5**	
Riesgo aumentado	13	20,3	1	12,5	**0,00**
Riesgo muy aumentado	4	6,3	-	-	

Fuente: elaboración propia

En la tabla 15 se observa que los adultos que requieren una dieta normocalórica presentan un índice de masa corporal normal (62,5% n= 5), así como una circunferencia de cintura normal (87,5% n=7), pero tienden a presentar un porcentaje de grasa corporal alto (75% n=7). En este caso el requerimiento se acopla a la necesidad de los adultos que requieren una dieta normocalórica, sin embargo, por lo general el aporte de carbohidratos es superior al requerido.

Cabe agregar que de acuerdo con lo mostrado en tabla 15, el mayor porcentaje de la muestra (88.8% n=64) requiere de una dieta hipocalórica, de acuerdo con su edad, peso actual y talla, por lo que su estado nutricional se ve afectado al no mantener una ingesta adecuada.

Objetivo: Relacionar los hábitos alimentarios con la prevalencia de síntomas de abstinencia en los pacientes del centro

Tabla N◦ 16.

Relación entre el consumo de frutas y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación

Consumo de frutas	Valor p	Relación	Interpretación
Cambios de peso	0,00	Sí existe	Mantiene peso a menor consumo
Cambios en el apetito	0,00	Sí existe	Mayor apetito a consumo moderado
Presencia de ansiedad	0,02	Sí existe	No presenta con consumo moderado
Momento del día donde más presenta ansiedad	0,03	Sí existe	Mayor consumo durante la mañana
Preferencia de alimentos al tener ansiedad	0,00	Sí existe	Preferencia dulce con mayor consumo
Aversiones alimentarias durante el proceso	0,09	No existe	-
Alteraciones gástricas durante el proceso	0,01	Sí existe	No presenta en consumo moderado
Trastornos digestivos durante el proceso	0,02	Sí existe	No presenta en consumo moderado

Fuente: elaboración propia, 2018

En cuanto al consumo de frutas, como se muestra en la tabla 16, se encuentra relación estadísticamente significativa (valor p=0,02) entre el consumo moderado de frutas y la ausencia de ansiedad. Además, se muestra relación con el consumo moderado de frutas y no presentar alteraciones gástricas (valor p= 0,01), al igual que con la ausencia de trastornos digestivos (valor p=0,02).

Tabla N◦ 17.

Relación entre el consumo de líquido y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018

Consumo de líquidos	Valor p	Relación	Interpretación
Cambios de peso	0,02	Sí existe	Mantiene peso con 5-6 vasos
Cambios en el apetito	0,01	Sí existe	Menor apetito a menor consumo
Presencia de ansiedad	0,01	Sí existe	Menor ansiedad a mayor consumo
Momento del día donde más presenta ansiedad	0,00	Sí existe	Mayor consumo en mañana
Preferencia de alimentos al tener ansiedad	0,02	Sí existe	Preferencia por salado a menor consumo
Aversiones alimentarias durante el proceso	0,09	No existe	-
Alteraciones gástricas durante el proceso	0,04	Sí existe	Mayor incidencia a menor consumo
Trastornos digestivos durante el proceso	0,01	Sí existe	Menor presencia a mayor consumo

Fuente: elaboración propia, 2018

Sobre el consumo de líquido, en la tabla anterior se puede observar que existe relación (valor p=0,01) entre un mayor consumo de líquido y menor presencia de ansiedad. También se encuentra relación estadísticamente significativa (valor p=0,04) entre un menor consumo de líquido y mayor incidencia de alteraciones gástricas, tales como estreñimiento y diarrea, así como menor presencia de trastornos digestivos con un mayor consumo de agua.

Tabla N◦ 18.

Relación entre el consumo de comida rápida y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018

Consumo de comida rápida	Valor p	Relación	Interpretación
Cambios de peso	0,00	Sí existe	Aumento a mayor consumo
Cambios en el apetito	0,00	Sí existe	Mayor apetito a mayor consumo
Presencia de ansiedad	0,00	Sí existe	Menor ansiedad a mayor consumo
Momento del día donde más presenta ansiedad	0,09	No existe	-
Preferencia de alimentos al tener ansiedad	0,00	Sí existe	Preferencia dulce con mayor consumo
Aversiones alimentarias durante el proceso	0,06	No existe	-
Alteraciones gástricas durante el proceso	0,02	Sí existe	No presenta con menor consumo
Trastornos digestivos durante el proceso	0,01	Sí existe	No presenta en menor consumo

Fuente: elaboración propia, 2018

En relación con el consumo de comida rápida, se encuentra un mayor aumento de peso con el alto consumo de comidas rápidas (valor p=0,00), así como un aumento de apetito con un consumo elevado de comidas rápidas. Además, se muestra correlación (valor p= 0,01) entre la ausencia de trastornos digestivos y el menor consumo de comidas rápidas.

Tabla N◦ 19.

Relación entre la recepción de alimentos de los visitantes y la presencia de síntomas en adultos durante el proceso de rehabilitación, 2018

Recepción de alimentos	Valor p	Relación	Interpretación
Cambios de peso	0,03	Sí existe	Aumenta peso con recepción
Cambios en el apetito	0,02	Sí existe	Mayor apetito al recibir
Presencia de ansiedad	0,00	Sí existe	Mayor ansiedad al recibir
Momento del día donde más presenta ansiedad	0,07	No existe	-
Preferencia de alimentos al tener ansiedad	0,00	Sí existe	Preferencia dulce con recepción
Aversiones alimentarias durante el proceso	0,08	No existe	-
Alteraciones gástricas durante el proceso	0,01	Sí existe	No presenta en recepción
Trastornos digestivos durante el proceso	0,00	Sí existe	No presenta en recepción

Fuente: elaboración propia, 2018

En cuanto a la recepción de alimentos por parte de familiares y amigos, como se observa en la tabla 19, se encuentra relación (valor p= 0,03) entre el aumento de peso y la entrega de alimentos a los adultos, cabe destacar que estos alimentos son adicionales a la alimentación que brinda el centro, por lo que se consumen como meriendas, después de la cena generalmente. Además, se encuentra relación entre la recepción de alimentos y el hecho de que experimentan mayor ansiedad (valor p= 0,00) e incremento en su apetito (valor p=0,02). También existe relación (valor p=0,00) con la recepción de estos alimentos y la preferencia de alimentos dulces.

En este caso se presta atención especial a los alimentos que reciben por parte de familiares ya estos determinan la adaptabilidad al menú que presentan los adultos del centro. La recepción de alimentos modifica la ingesta calórica y los tiempos de comida que realizan diariamente.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con el análisis geográfico proporcionado por el IAFA, los hombres son la población que demanda mayor atención por el consumo adictivo de sustancias en Costa Rica, según la encuesta del 2011, se registraron 12771 hombres y 2785 mujeres, es por esta razón que prevalece la cantidad de centros de rehabilitación destinados para hombres.

En relación con los datos sociodemográficos, en la tabla 6 se muestra el rango de edad que predomina en los sujetos de la muestra, siendo el rango entre 21 y 30 años (44% n=32) el de mayor proporción, mientras la encuesta nacional del 2010 (IAFA) señala que la edad promedio de inicio de consumo de drogas se encuentra entre 16,5 y 20,5 años, lo cual indica que el darse un inicio de consumo temprano prevalece la población joven en el proceso de rehabilitación.

Sobre el nivel educativo, en la tabla 6 se observa que el 45.8% (n=33) presentan estudios de secundaria incompleta, según los datos proporcionados por el Ministerio de Educación Pública, en el 2012 se presentaron 3536 deserciones de estudiantes de secundaria en la provincia de Heredia al ocupar el cuarto lugar en el nivel nacional. Este dato es de relevancia ya que la mayor cantidad de personas abandonan el sistema educativo en el periodo de secundaria, lo que se relaciona con la falta de recursos y oportunidades en la población.

En cuanto al grupo de convivencia previo al ingreso al tratamiento residencial, el mayor porcentaje (59,7% n=43) de los sujetos vivía solo, lo cual representa un factor importante en la etapa de recuperación, Díaz & García (2008) señalan que el consumo de sustancias

ilícitas se asocia significativamente con la falta de apoyo familiar, la separación de los padres, la pérdida del sentido de pertenencia y el distanciamiento con el núcleo familiar.

Como parte del tratamiento de la adicción, el 45,8% de la muestra consume algún tipo de medicamento, dentro de los que se encuentran la difenhidramina, este medicamento dentro de sus aplicaciones se utiliza para tratar el insomnio, de acuerdo con la guía de administración de medicamentos, se debe tomar con alimentos para disminuir la intolerancia gastrointestinal y puede producir náuseas. (Delgado et al, 2000)

En el abordaje del aspecto nutricional, según lo observado en la tabla 7, el peso promedio de la muestra se ve aumentado con respecto del peso promedio que presentaron durante su ingreso al centro de rehabilitación, lo cual coincide con lo documentado por Siquiera & Carvalho (2016), quienes reportan que después de tres meses se da una diferencia estadísticamente significativa entre el peso del inicio y el peso promedio final de la población en un centro residencial de tratamiento de la adicción.

En relación con el IMC, tal como se muestra en figura 2, el 44% (n=32) presentan un estado nutricional de sobrepeso, este dato discrepa con lo encontrado por Nazrul, Jahangir & Ahsan (2002), quienes en su artículo encontraron que más del 60% de adictos en etapa de rehabilitación sufrían de algún tipo de desnutrición.

Según Cowan & Devine (2007), los hombres en una etapa temprana de recuperación, inician el uso de alimentos como un sustituto del consumo de drogas, lo que se traduce en un incremento de peso excesivo y el consecuente aumento en el IMC. En el caso de la muestra estudiada tienen entre uno y cuatro meses de ingreso al centro de rehabilitación por

lo que se encuentran en una etapa de transición donde reestablecen su alimentación normal y necesitan ordenar sus hábitos alimentarios.

En cuanto al riesgo cardiovascular según el indicador circunferencia de la cintura se encuentra que el 75% (n=54) presenta un riesgo normal, sin embargo, en un estudio realizado en pacientes adictos a la marihuana se demuestra una asociación significativa entre el consumo de marihuana y una mayor circunferencia de la cintura, al igual que niveles más altos de triglicéridos. (Rodondi, James, Liu, Hulley & Sidney, 2006)

Al evaluar el porcentaje de grasa se obtiene que el 72% (n=52) se encuentra dentro de la clasificación alto, lo que difiere del indicador circunferencia de la cintura, el cual indica que el 75% (n=54) presenta un riesgo cardiovascular normal, esto se asemeja a lo encontrado por Del campo, González & Gámez (2015), donde se observó una baja correlación entre el porcentaje de grasa y la circunferencia de la cintura.

En la tabla 8 se muestran aspectos de la alimentación de los adultos que permanecen en el centro, se observa un consumo de frutas deficiente, del total de la muestra, el 70,8% (n=51) consume frutas únicamente de 1 a 2 veces por semana, este hecho está ligado directamente a la oferta del centro, al presentarse poca disponibilidad de frutas, no se da el consumo adecuado, así lo señala Troncoso et al (2016) en su artículo, donde explica los factores que influyen en la alimentación de adictos en un centro y menciona que las preparaciones y tipo de alimento pueden condicionar de forma negativa la dieta del paciente.

Aunque no existe una documentación amplia sobre deficiencia nutricionales en el paciente adicto, Márquez et al (2001) recalca que los consumidores de drogas suelen presentar alteraciones en la dieta, poca variedad en los alimentos, bajo consumo de frutas y vegetales

y relaciona este hecho con los niveles séricos de vitamina C, encuentra que el consumo de marihuana y cocaína puede modificar de forma negativa los niveles plasmáticos de vitamina C, con el consecuente riesgo de deficiencia.

Debido a lo expuesto anteriormente, el consumo de frutas resulta importante durante el proceso de rehabilitación, ya que constituyen la principal fuente de vitamina C. Otro dato relevante para la investigación es que de acuerdo al departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos, las personas fumadoras deben consumir 35 mg adicionales a la cantidad diaria recomendada, el hábito del fumado es común entre los adictos a sustancias, sin embargo, para los sujetos de la muestra no está permitido en el centro.

En relación con el tipo del líquido, es común el consumo de café, el 45,8% presenta un consumo de café principalmente, en su ingesta de líquido, dentro de la alimentación del centro se brinda café en dos tiempos de comida y se les permite la opción de repetir, no obstante, se ha demostrado que la cafeína tiene un efecto negativo en el balance de calcio en el cuerpo. (Lee & Wrobel, 2016)

En cuanto a los síntomas y problemas presentados durante la etapa de recuperación, el 76,4% (n=55) de la muestra no reporta alteraciones gástricas, sin embargo, la presencia de síntomas puede estar determinado por el tipo de droga y tiempo de consumo, Porcel (2009) documenta que el consumo de heroína puede provocar falta de apetito y estreñimiento en los pacientes.

Con respecto de los hábitos alimentarios del paciente adicto, el 90,3% reporta una mejoría en sus hábitos alimentarios y mencionan como principal motivo el contar con tiempos de comida establecidos, como señalan Campos & Romo (2014), la modificación de hábitos

alimentarios requiere, además del planeamiento de objetivos, actitud y motivación, por lo que es un proceso integrado dentro del tratamiento de la adicción.

Un estudio realizado en adictos a la heroína indica que durante el consumo activo los pacientes consumían comidas rápidas y realizaban pocos tiempos de comida pero al permanecer en un servicio residencial logran mejorar sus patrones de alimentación, vuelven a disfrutar de la alimentación e incluso del proceso de preparación. (Neale et al, 2012)

Cabe destacar que el consumo de líquidos por parte de los participantes en su mayor proporción (41,7%) mantiene una ingesta de más de 8 vasos diarios, además se encuentra una relación estadísticamente significativa entre el menor consumo de líquido y la presencia de alteraciones gástricas, tal y como mencionan Popkin, D'anci & Rosenberg (2011), el consumo inadecuado de líquido se considera una de las principales causas de estreñimiento.

En lo referente a la recepción de alimentos por parte de familiares, se encuentra relación entre el aumento de peso y la entrega de dichos suministros, esto se relaciona con el tipo de alimento, al ser procesados poseen alto contenido de azúcar, grasas saturadas o trans y bajo contenido de fibra alimentaria, por lo que afectan el estado nutricional de los pacientes.

Gómez, Beltrán & García (2013) señalan que el consumo de alimentos con alto contenido de azúcar incrementa el riesgo de desarrollar obesidad y posibles enfermedades cardiovasculares, indican que este riesgo se ve determinado por otros factores como la predisposición genética, los patrones alimentarios asociados al consumo de azúcar y el grado de actividad física.

Un aspecto importante en el paciente adicto es la preferencia por alimentos dulces, un estudio realizado por Graña, Andreu & Muñoz (2005) señala que la preferencia de sabores y tipos de alimento se ve alterada en pacientes adictos a opiáceos, quienes se inclinan por glúcidos de rápida absorción, como en el caso de los bombones, además indican que se debe considerar que los opiáceos ejercen un efecto estimulante en los centros neuroregulatorios del apetito, en especial por alimentos dulces.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Los hábitos alimentarios de los pacientes adictos en un centro de rehabilitación determinan su estado nutricional e influyen en la presencia de síntomas de abstinencia durante el tratamiento.

El rango de edad entre 21 y 30 años prevalece entre los pacientes que se encuentran en el proceso de rehabilitación, al mismo tiempo, predomina como nivel académico los estudios en secundaria incompleta.

Una vez que los pacientes ingresan al centro de rehabilitación presentan un aumento en su peso corporal.

En la valoración del estado nutricional, de acuerdo con el índice de masa corporal prevalece la condición de normalidad y sobrepeso en los pacientes.

Los pacientes dentro del centro de rehabilitación realizan de cuatro a cinco tiempos de comida, con horarios establecidos.

La alimentación que reciben durante el proceso de rehabilitación, con respecto de su alimentación anterior, es más variada en cuanto a grupo de alimentos, incluye un aporte diario de carbohidratos, proteínas y vegetales.

La ingesta de frutas se ve limitada en los pacientes por la oferta del centro, el consumo de frutas se da de uno a dos días por semana.

Dentro de los alimentos que reciben los pacientes de sus familiares predominan los alimentos procesados, con alto contenido de azúcar y bajo aporte de fibra.

La alimentación brindada por el centro aporta un promedio de 2000 Kcal, con un aporte de harinas y vegetales principalmente.

El aporte energético del menú del centro es menor al recomendado para los pacientes, sin embargo, se da un consumo extra de kilocalorías en las meriendas nocturnas realizadas por los pacientes.

Un consumo moderado de líquido en los pacientes se relaciona con una menor incidencia de alteraciones gástricas, como estreñimiento.

La recepción de alimentos por parte de los familiares influye en el aumento de peso y se relaciona con mayor presencia de ansiedad por las comidas en los pacientes.

RECOMENDACIONES

- Incluir la valoración nutricional en el paciente adicto cuando es ingresado a un centro de rehabilitación, con el fin de evaluar problemas asociados a la alimentación.
- Vigilar el estado nutricional de pacientes durante la recuperación de la adicción, mediante la toma de medidas antropométricas durante el inicio del tratamiento y de forma periódica para mantener un adecuado control nutricional.
- Promover la creación de menús estandarizados para la población con problemas de adicción, que aporten los nutrientes que se podrían ver disminuidos en estos pacientes.
- Incentivar el consumo de ciertos alimentos, como las frutas, que aportan vitaminas y antioxidantes que pueden tener un efecto positivo en el proceso de rehabilitación, debido a ciertas deficiencias del paciente adicto.
- Fortalecer el conocimiento de las personas encargadas de la alimentación en los centros de restauración, con el fin de que tengan conocimiento sobre métodos de preparación y grupos de alimentos.
- Incentivar la educación nutricional en los pacientes como método para que una vez que se incorporen a su vida social y familiar cuenten con las herramientas para mantener una buena alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

Avalos, A. (1 de Mayo de 2017). Psiquiátrico ve más menores con males mentales por drogas. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/

Aguilar Bustos, O., (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [en línea] 2012, 17 (abril-junio): [Fecha de consulta: 19 de Abril de 2018]. Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47323278001> ISSN 1665-7330

Alzate, F. (2011). Síndrome de abstinencia de opioides. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Colombia.

Argente, C., Civera, M., Collado, J., Martínez, S., Ascaso, J. (2008). Hiperglucemia secundaria a consumo de cocaína y antipsicóticos atípicos. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España.

Barreto, S, Miranda J., Figueroa J., Schmidt M., Muñoz S., Kuri-Morales P., Silva B. (2012) Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. International Journal of Epidemiology. Oxford University.

Bolet Astoviza, Miriam, & Socarrás Suárez, María Matilde. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Revista cubana de Investigaciones Biomédicas*, *22*(1) Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100004&lng=es&tlng=es.

Calvo Z., López, K. y Bejarano J., (2012). Drogas en Costa Rica: característica y desafíos. *Revista costarricense de salud pública*. Vol. 21. San José, Costa Rica.

Campo, A. (2002). Dependencia de nicotina aproximación a su manejo farmacológico. Revista colombiana de psiquiatría. Vol. Xxxi. Nº 1.

Campos, Y., & Romo-González, T. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. Revista Psicología Cientifica.com, 16(11). Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/complejidad-cambio-habitos-alimentarios

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD (2015*). Informe sobre el uso de drogas en las Américas 2015*. Organización de Estados Americanos. Washington, D.C.

Colado, M. (2008). Éxtasis (MDMA) y drogas de diseño: estructura, farmacología, mecanismos de acción y efectos en el ser humano. Departamento de Farmacología. Facultad de medicina. Universidad Complutense. Madrid, España.

Cowan, J, Devine, C. (2007) Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. Division of Nutritional Sciences, Cornell University, Ithaca. USA

Cowan, J. A., & Devine, C. M. (2013). Diet and Body Composition Outcomes of an Environmental and Educational Intervention among Men in Treatment for Substance Addiction. *Journal of Nutrition Education And Behavior*, *45*(2), 154-158

Del Campo, J., &González, L., & Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en

universitarios. *Investigación y Ciencia, 23* (65), 26-32. Universidad Autónoma de Aguascalientes Aguas calientes, México

Díaz Negrete B, García-Aurrecoechea R. (2008) Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. RevPanam Salud Pública. ;24(4): 223–32.

Delgado, O., Penalva, J., Sánchez, A., De Luna, G., Comas, F., Llodra, V., Escriva, A., Puigventos, F. (2000). Guía para la administración de medicamentos. Servicio de Farmacia. Hospital Severo Ochoa. ELA Editorial. Madrid, España.

Fernández A, Sosa P, Setton D, et al. (2011) Calcio y nutrición. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/calcio.pdf

Gómez Morales, Luis, Beltrán Romero, Luis Matías, & García Puig, Juan. (2013). Azúcar y enfermedades cardiovasculares. *Nutrición Hospitalaria, 28* (Supl. 4), 88-94. Recuperado en 01 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201300100001 1&lng=es&tlng=es.

Graña, J., Andreu, J., Muñoz, M. (2005). Preferencia al sabor en adictos a opiáceos. Universidad Complutense de Madrid. España.

Grotzkyj- Giorgi, M. (2009). Drugs and alcohol today. Pavilion Journals. Volume 9. Issue 2.

González, I., Tumuluru, S., González, M., Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015; 35 (127), 555-571

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2016). *IV Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria.* IAFA. San José, Costa Rica.

Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2014). *Análisis Geográfico Provincial de las Drogas en Costa Rica 2011-2013*. IAFA. San José, Costa Rica.

Lee, C., Wrobel, A., (2016). Revisión sobre el consumo de café y la pérdida de calcio. Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

Márquez, Mercedes, Rincón, Manuel, N, Rosalía Sútil de, de Yépez, Carmen R, & y Sol Ponte, RowlandSaer. (2001). Niveles Séricos de Vitamina C en Adultos Jóvenes Consumidores Crónicos de Drogas de Abuso. *Investigación Clínica*, *42*(3), 183-194.

Martinez, E., Lendoiro, R. (2005). Ingestas recomendadas de micronutrientes: vitaminas y minerales. I curso de especialización en nutrición, 2005: 87-100. ISBN: 84-9749-135-1

Nazrul Islam, S., Hossain, K., Ahmed, A., & Ahsan, M. (2002). Nutritional status of drugaddictsundergoingdetoxification: Prevalence of malnutrition and influence of illicitdrugs and lifestyle. *British Journal of Nutrition*, *88*(5), 507-513.

Méndez Díaz, Mónica, Ruiz Contreras, Alejandra E., Prieto Gómez, Berta, Romano, Antonio, Caynas, Seraid, & Prospéro García, Oscar. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud mental*, *33*(5), 451-456.

Mollinedo M., Benavides, G. Carbohidratos. (2014) Rev. Act. Clin. Med [revista en la Internet]. Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014000200002&lng=es.

National Institute on Drug Abuse (2012). *Principles of drug addiction treatment. Third* Edition.U.S. Department of Health and Human Services.

Neale, J., Nettleton, S., Pickerin, L., Fischer, J. (2012). *Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions*. Faculty of Health and Life Sciences, Oxford Brookes University, Oxford

Office of dietary supplements. (2016). Datos sobre la vitamina C. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. United States.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2002). *Abuso de Drogas:* Tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. ONU

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Informe mundial sobre las drogas 2017. Publicación de las Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiologia del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Organización Mundial de la Salud. Washington D.C.

Popkin, B. M., D'Anci, K. E., & Rosenberg, I. H. (2010). Water, Hydration and Health. *Nutrition Reviews*, *68*(8), 439–458.

Ruiz, A., Prospero, O. (2014). La marihuana. Revista Ciencia. P 62-69

Rodondi, N., James, M., Liu, K., Hulley, S., Sidney, S. (2006). Marijuana Use, Diet, BodyMassIndex, and Cardiovascular Risk Factors (from the CARDIA Study). American Journal of Cardiology ,Volume 98 , 478 – 484

Saenz, M. (2007). La investigación sobre alcohol y drogas en Costa Rica desde el ámbito de la salud pública. Revista Espiga, Costa Rica.

Serra, H., Cafaro, T. (2007). Ácido ascórbico: desde la química hasta su crucial función protectiva en ojo Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, vol. 41, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 525-532

Troncoso, C., Mora, D., Sánchez, P. (2016). Factores que condicionan la alimentación de personas adultas en un centro de rehabilitación de drogas. *Revista Horizonte Medico*, Vol. 16. Lima, Perú.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento para la recolección de datos

Universidad hispanoamericana

Nutrición

Estudiante: Maureen Martínez Guevara

Tema: Influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia en el proceso de rehabilitación de adultos con problemas de adicción a las drogas, Heredia 2018

La presente investigación tiene como objetivo determinar los hábitos alimentarios de los adultos en un proceso de rehabilitación y la influencia que presentan en su estado nutricional y la presencia de síntomas.

I parte. Características personales

Nombre completo	
Sexo	( ) Masculino ( ) femenino
Edad en años cumplidos	/___/___/ años
Estado civil actual	( ) Soltero ( ) casado ( ) Viudo ( )Divorciado ( ) Unión libre ( ) Separado
Escolaridad (Máximo nivel alcanzado)	( )Ninguna ( )Primaria ( )Secundaria ( )Universitaria
Lugar de residencia	
Condición laboral en el momento del ingreso	( )Desempleado ( ) Empleado tiempo parcial ( )Empleado tiempo completo ( )Práctica de la economía informal (vendedor ambulante, cuidador de carros, entre otros) ( )No labora (Jubilado, incapacitado, estudiante)
Grupo de convivencia (Marcar todas las opciones que se ajusten a la condición de cada persona)	( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermanos ( ) Esposa ( ) Pareja ( ) Hijos ( )Solo ( ) Con amistades ( )En la calle

Características de la atención

Tipo de atención	( )Ambulatorio ( ) Residencial estancia corta ( )Residencial estancia media ( )Residencial estancia larga
Fecha de inicio de la atención	__/___/_____
Motivo de ingreso al programa de atención	( ) Por decisión propia ( ) Sugerencia de terceros
¿Consume algún medicamento? Indique cuáles	( ) Sí _____ _____ ( )No
¿Presenta alguna enfermedad? Indique cuáles	( ) Sí _____ _____ ( ) No
¿Recibe algún tipo de atención Psicológica?	( ) Sí ( ) No

II Parte. Evaluación antropométrica

Peso Actual	
Peso usual	
Talla	
IMC	
% grasa	
% visceral	
Circunferencia de cintura	

III Parte. Determinación hábitos alimentarios

1. ¿Cuál de los siguientes tiempos de comida realiza la mayoría de los días y con qué frecuencia?

	6-7 días a la semana	**3-5 días a la semana**	**1-2 días a la semana**
Desayuno			
Merienda de la mañana			
Almuerzo			
Merienda de la tarde			
Cena			
Merienda antes de dormir			

2. ¿Usualmente realiza sus comidas en el mismo horario?

( ) Sí

( ) No

3. ¿Consume frutas diariamente? (1 porción: 1 banano, 1 manzana, 1 naranja, 1 tz de fruta picada)

( ) Sí , indique la cantidad _____

( ) No

4. ¿Consume vegetales como parte de su alimentación diaria? De ser así, indique en que preparaciones (ensalada, picadillo, hervidos)

( ) Sí, indique en que preparaciones_____

( ) No

5. ¿Cuántos vasos de líquido (café, jugo, agua, leche, entre otros) consume al día?

( ) Ninguno ( ) 5-6

( ) 1-2 ( ) 7-8

( ) 3-4 ( ) más de 8

6. ¿Con qué frecuencia consume comida rápida (papas, hamburguesas, pizza, tacos, entre otros) durante la semana?

( ) Nunca ( ) 3-4 veces

( ) 1-2 veces ( ) 5 o más

7. ¿Recibe algún tipo de alimento cuando vienen a visitarlo? Indique cuáles.

( ) Sí _____

( ) No

8. ¿Realiza algún tipo de actividad física?

( ) Sí, indique qué tipo de ejercicio:

_____

( ) No

9. ¿Con qué frecuencia?

( ) 1 día a la semana

( ) 2 – 3 días a la semana

( ) 4 – 6 días a la semana

( ) Todos los días

10. ¿Fuma actualmente?

( ) Si Indique la cantidad diaria _____ ( ) No

IV parte. Determinación de la presencia de síntomas durante el proceso de rehabilitación.

1. ¿Ha experimentado aumento o pérdida de peso desde que ingreso al centro?

( ) Aumento

( ) Pérdida

2. ¿Presenta falta de apetito a la hora de realizar las comidas?

( ) Sí

( ) No

3. ¿Siente algún tipo de ansiedad por las comidas?

( ) Sí

( ) No

4. ¿En qué tiempo de comida experimenta mayor apetito?

_____

5. ¿Presenta preferencia por los alimentos dulces o salados?

_____

6. ¿Ha experimentado rechazo por algún alimento? Si la respuesta es sí, indique cuál o cuáles son.

( ) Sí Cuáles: _____

( ) No

7. ¿Presenta algún malestar luego de consumir los alimentos? Indique cuales.

( ) Sí _____

( ) No

8. ¿Sufre de estreñimiento o diarreas intermitentes desde que ingreso al centro?

( ) Sí

( ) No

9. ¿Ha experimentado problemas gastrointestinales como colitis o gastritis?

( ) Sí

( ) No

10. ¿Considera que su alimentación ha mejorado desde que ingreso en el centro?

( ) Sí Motivo

_____

_____

( ) No

Anexo 2: Resultados plan piloto.

RESULTADOS

Plan piloto elaborado en el Hogar Salvando al alcohólico de Goicoechea. Se trabajó con una población de 12 hombres que están en la modalidad de estancia intermedia en un periodo de 3 meses.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas de los adultos que asisten al centro.

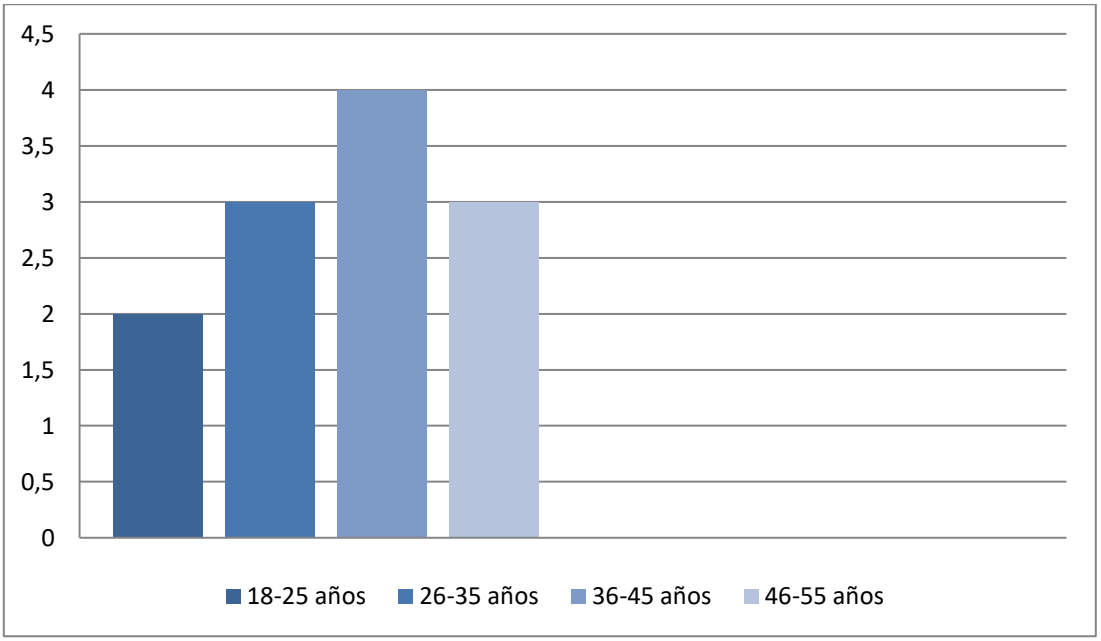


Figura 1 Rango de edad de los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: Elaboración propia

En la figura 1 se muestra la distribución según el rango de edad de la muestra, se puede observar que la mayoría se encuentra en un rango entre 36 y 45 años de edad y los hombres más jóvenes entre 18 y 25 años constituyen la minoría.

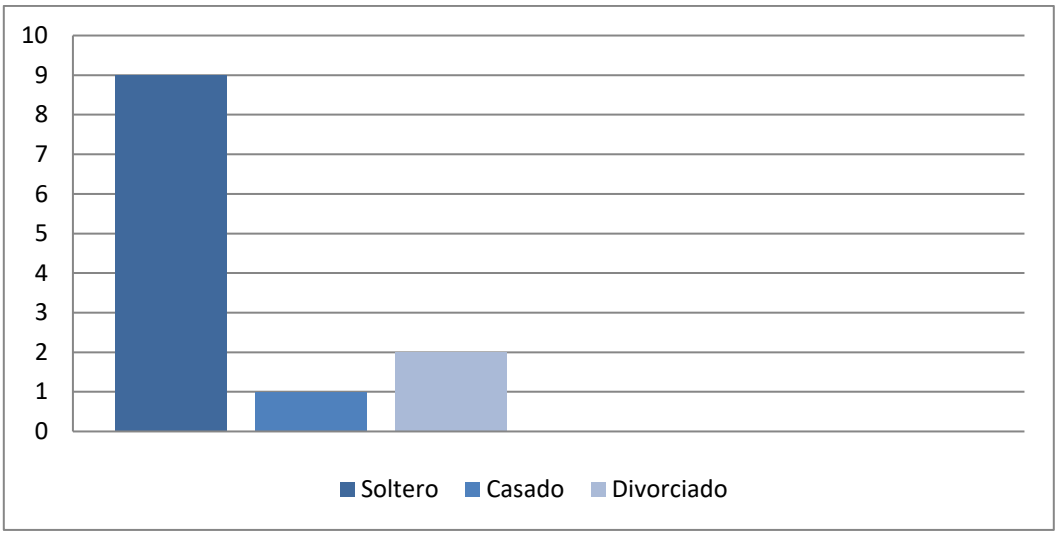


Figura 2: Estado civil de los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: Elaboración propia

En la figura 2 se observa el estado civil de los hombres del centro, siendo la mayoría solteros, este hecho se puede ver relacionado con su condición puesto que parte de las implicaciones sociales de la persona adicta es la problemática familiar y una mayor dificultad para desarrollar sus relaciones interpersonales.

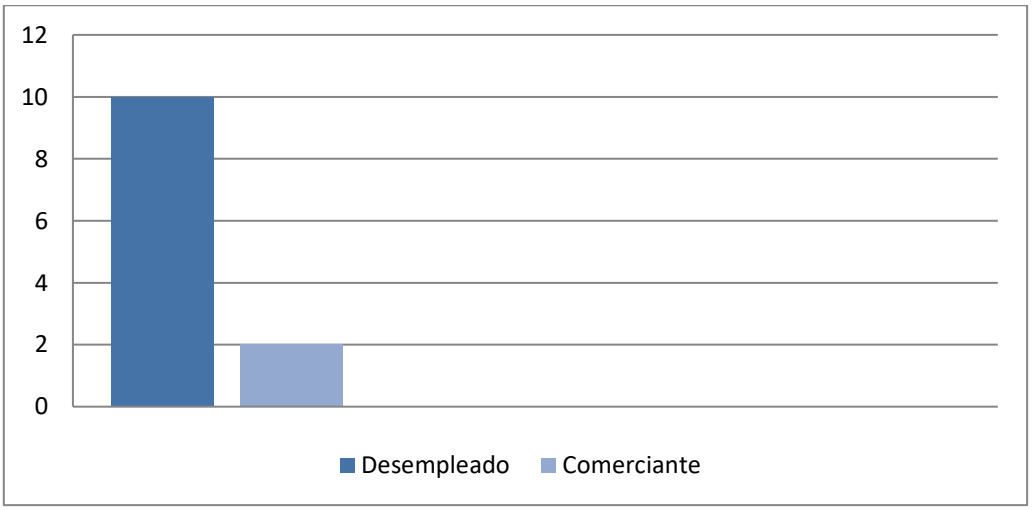


Figura 3: Condición laboral de los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico de Goicoechea, 2018

Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se puede apreciar la situación laboral de los hombres internados en el centro, encontrándose la mayoría en condición de desempleo, debido a la adicción es común que pierdan sus empleos y no presenten constancia a la hora de desempeñarse en un trabajo. Dentro de la muestra dos de los pacientes se dedican al comercio, sin embargo, durante su estadía en el centro se ven obligados a posponer sus actividades para recibir las terapias y actividades propias del proceso de rehabilitación. Esta posición de desempleo también limita ciertos hábitos como el fumado y el consumo de alimentos fuera del menú del centro, ya que al no tener ingresos no pueden comprar cigarros y alimentos como jugos y paquetes. Algunos reciben ayuda económica de sus familiares y con esto pueden tener acceso a comprar.

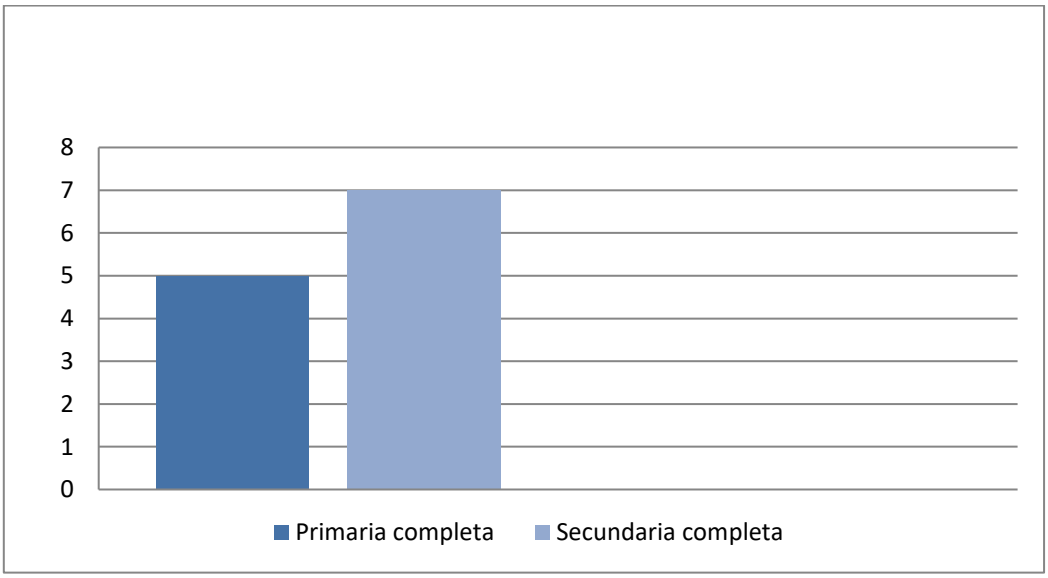


Figura 4: Nivel de escolaridad de los hombres del Hogar Salvando al alcohólico, Goicoechea 2018

Fuente: elaboración propia

En la figura 4 se presenta el nivel de escolaridad de los hombres que conforman la muestra, tal como se puede ver la mayoría cuenta con secundaria completa y 5 de los participantes cuenta únicamente con primaria completa. El nivel educativo se encuentra relacionado con

las oportunidades de empleo ya que al no contar con un nivel educativo superior es más difícil obtener un trabajo.

Objetivo 2: Valorar los hábitos alimentarios de los pacientes del centro.

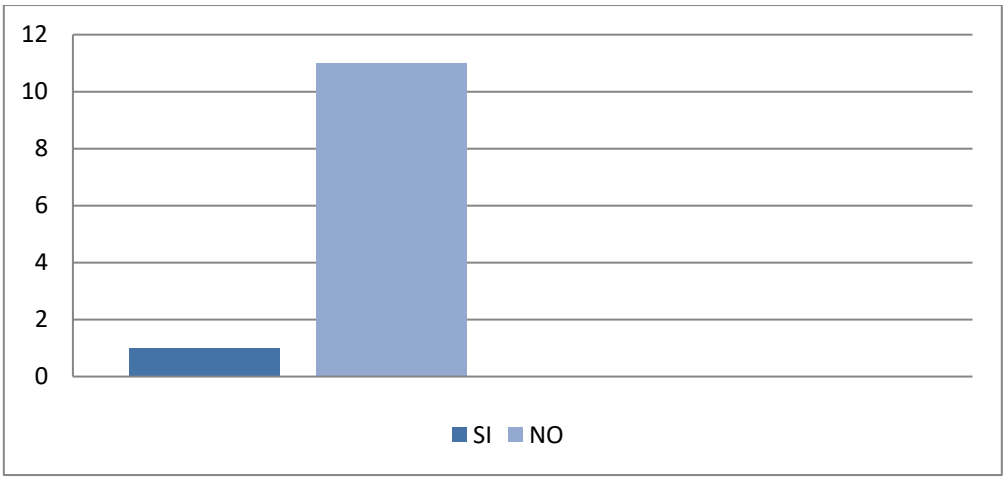


Figura 5: Cantidad de hombres que consumen diariamente frutas en el Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018

Fuente: elaboración propia

En la figura 5 se evidencia como los hombres del centro no consumen frutas en su alimentación, esto debido a que no se incluyen frutas en el ciclo de menú del centro, además no existe el hábito de un consumo de frutas, por lo que cuando los participantes tienen la oportunidad de adquirir otros alimentos fuera, las frutas no forman parte de sus decisiones de compra. El único paciente que manifestó que sí consume frutas lo hace por medio de batidos que compra cuando tiene la oportunidad.

Dentro de los resultados se obtuvo que todos los hombres del centro consumen vegetales, esto principalmente porque se incluyen dentro del menú del Hogar, se incluye en diferentes preparaciones como ensalada, picadillo y sopa y los participantes manifiestan que sí los consumen. El consumo de vegetales adquiere mayor importancia como fuente de fibra,

vitaminas y minerales, ya que no se utilizan frutas dentro de la alimentación diaria de los pacientes.

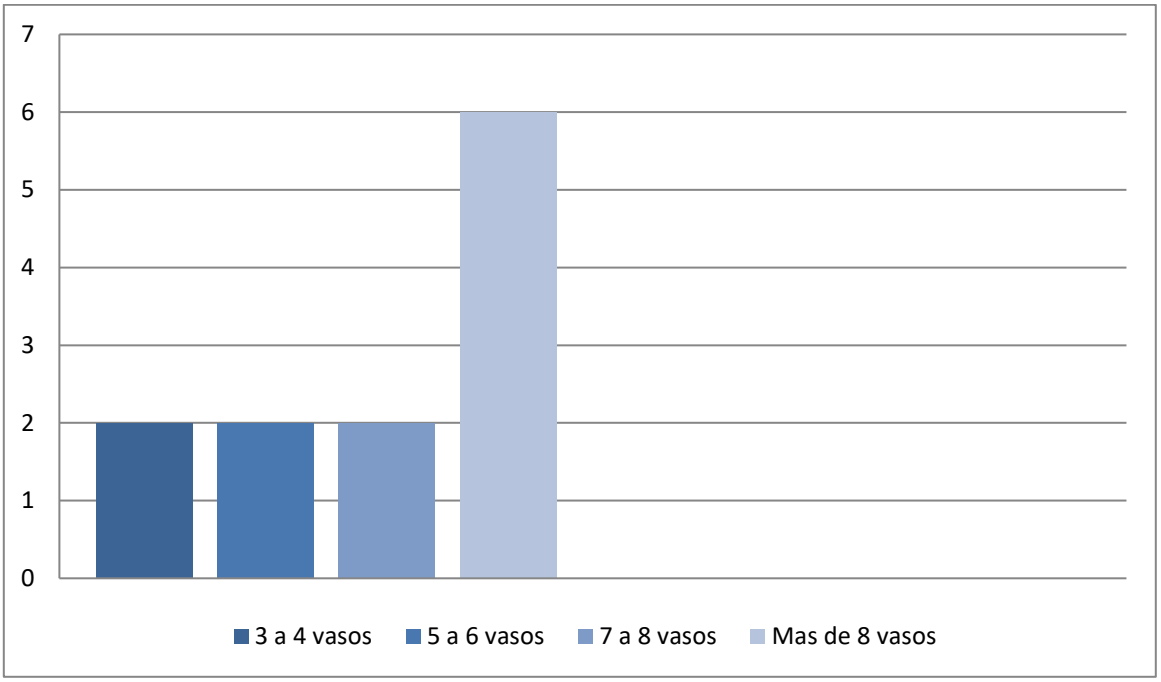


Figura 7: Consumo de Liquido diario de los Hombres del Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea, 2018

Fuente: elaboración propia.

En la figura 7 se presenta el consumo de líquido de los participantes, el 50% de ellos consume más de 8 vasos de líquido al día, este líquido comprende agua, el fresco del almuerzo y el café, que es de mucho consumo entre la población. Se puede observar que el otro 50% de la muestra no tiene un consumo adecuado de líquido, aunque es algo que se trata de incentivar en la población para evitar que se presente ansiedad.

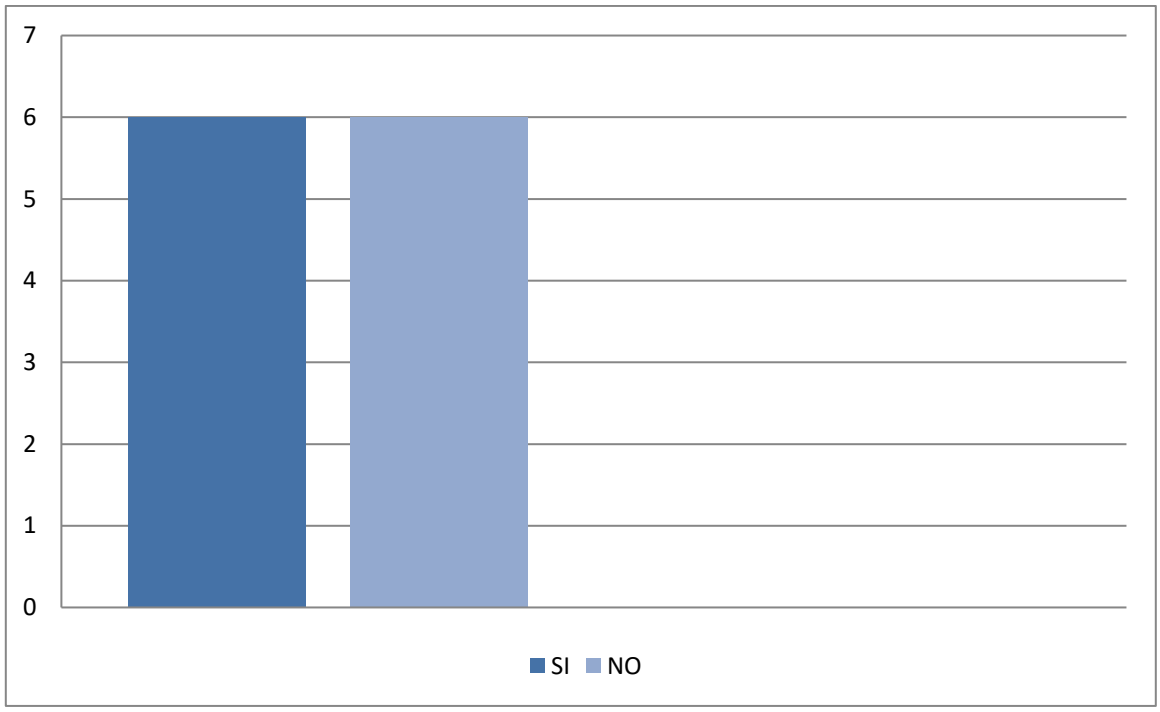


Figura 8: Cantidad de hombres que realizan ejercicio en el Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 8 se muestra como el 50% de los participantes realiza actividad física mientras el restante 50% no realiza ningún tipo de actividad. En el centro existe un gimnasio donde pueden hacer ejercicios de fuerza y resistencia (pesas) y a la par del centro hay un parque donde se les permite ir a correr. Además, en el Hogar se les da un tiempo libre para puedan hacer ese tipo de actividades, fuera de las terapias a las que deben asistir.

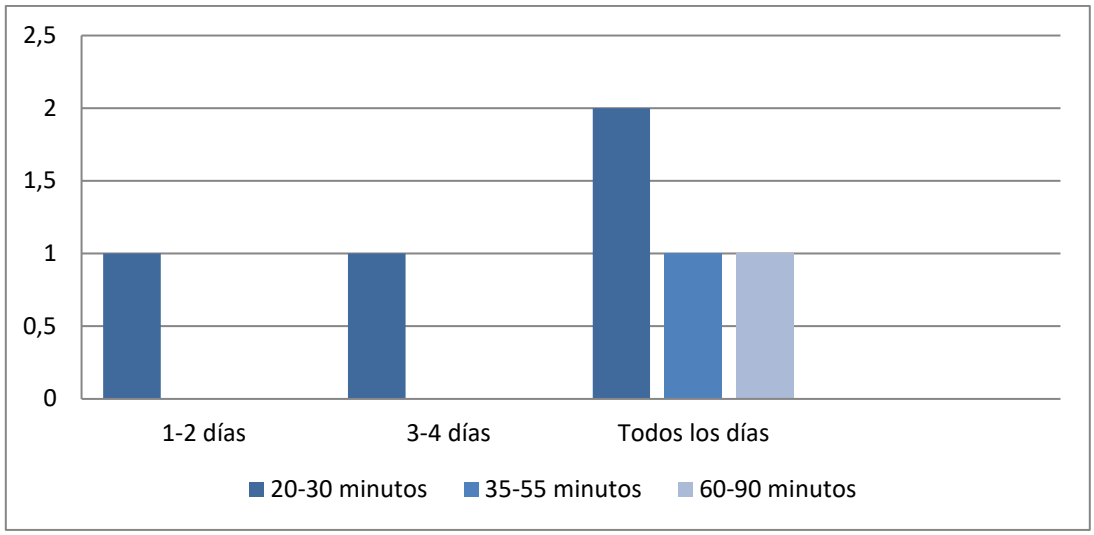


Figura 9: Cantidad de minutos de actividad física que realizan los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia

En la figura anterior se puede observar el tiempo dedicado a realizar actividad física, la mayoría dedica entre 20-30 minutos, a pesar de contar con 2 horas para realizar actividades de recreación. Durante este tiempo algunos conversan, o caminan por las instalaciones del centro.

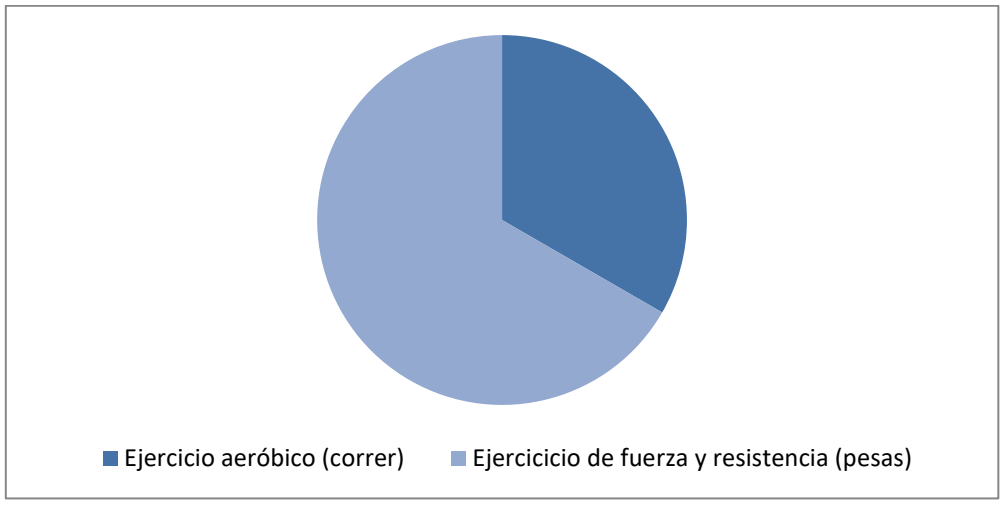


Figura 10: Tipo de ejercicio realizado por los hombres del hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia

En la figura 10 se presenta el tipo de ejercicio que realizan los participantes, mayormente se observa los ejercicios de fuerza y resistencia, el centro cuenta con un pequeño gimnasio donde tienen pesas y algunas máquinas. Para correr cuentan con un parque que está ubicado al lado de las instalaciones donde se les permite ir para que hagan ejercicio.

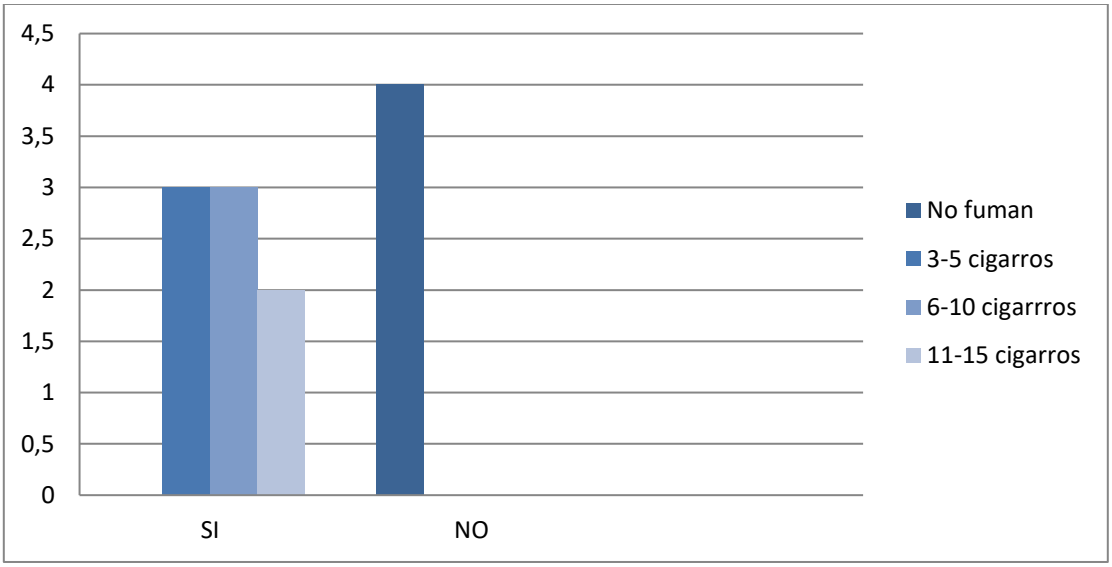


Figura 11: Cantidad de hombres que fuman tabaco y su consumo diario en el Hogar Salvando al alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia

En la figura 11 se observa la cantidad de hombres que fuman tabaco y la cantidad que consume al día, del total de participantes se puede ver que 8 sí fuman y 4 de ellos no lo hacen. De los que manifestaron si hacerlo contestaron que esta práctica se ve limitada por el aspecto económico porque muchas veces no tienen dinero para comprar aunque si sienten la necesidad de fumar y muchos consiguen con sus compañeros.

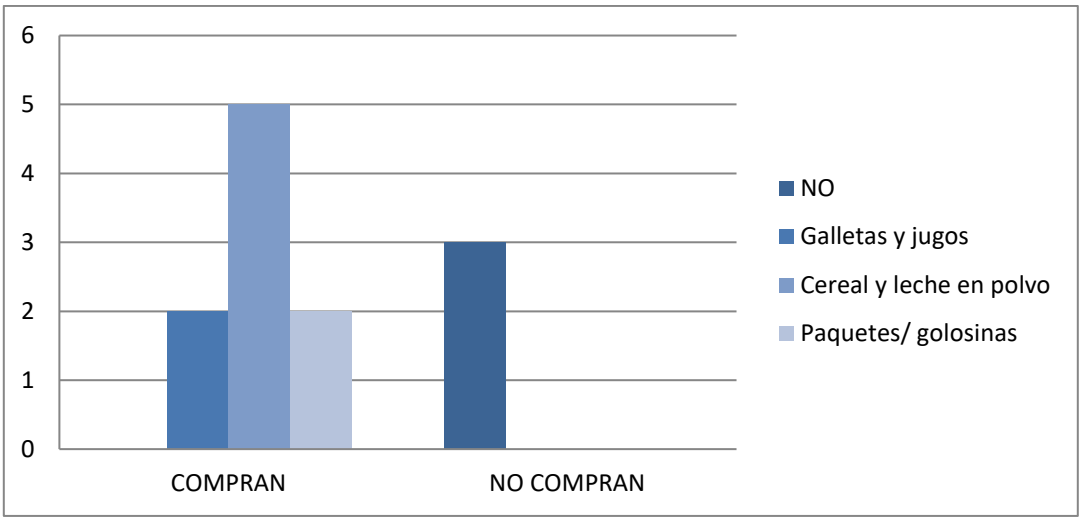


Figura 12: Cantidad de hombres que compran alimentos fuera del menú que ofrece el centro y principales alimentos, Hogar Salvando al Alcohólico Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia

En la figura 12 se muestra como la mayoría tienen acceso a comprar alimentos fuera del centro, estos alimentos son generalmente paquetes, golosinas y cosas que pueden consumir cuando sienten ansiedad, entre los alimentos que más adquieren se encuentran el cereal y la leche en polvo, ya que es un alimento que comúnmente consumen en la noche después de la cena. Las golosinas como dulces y paquetes de snacks también son frecuentes en su consumo si tienen la posibilidad de comprarlo.

Objetivo 3: Evaluar el estado nutricional de los pacientes en estudio mediante antropometría.

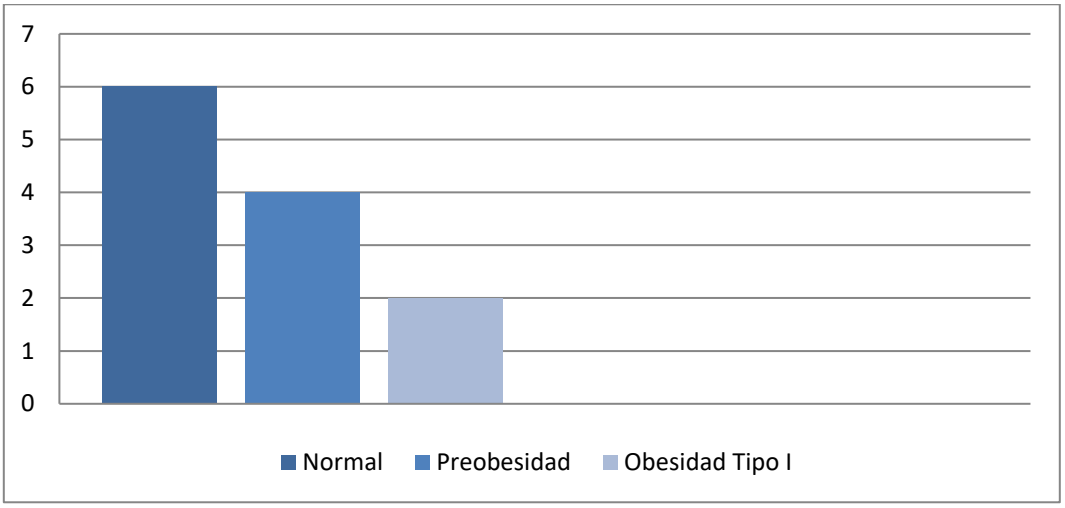


Figura 13: Estado nutricional de los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico según IMC, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 13 se muestra el estado nutricional de los participantes, de ellos el 50% se encuentra en estado nutricional normal, mientras que 4 de los participantes presenta preobesidad y 2 de ellos obesidad tipo I. A pesar de la mayoría venir de situaciones de riesgo donde la alimentación presenta importantes alteraciones por su condición de adicción no se observa desnutrición, por el contrario, se puede ver como la mitad de la muestra presenta sobrepeso. Esta situación se puede ver relacionada con la ansiedad que se puede presentar durante la etapa de rehabilitación donde el adicto como manera de compensación consume ciertos alimentos en exceso, además no tiene hábitos alimentarios saludables.

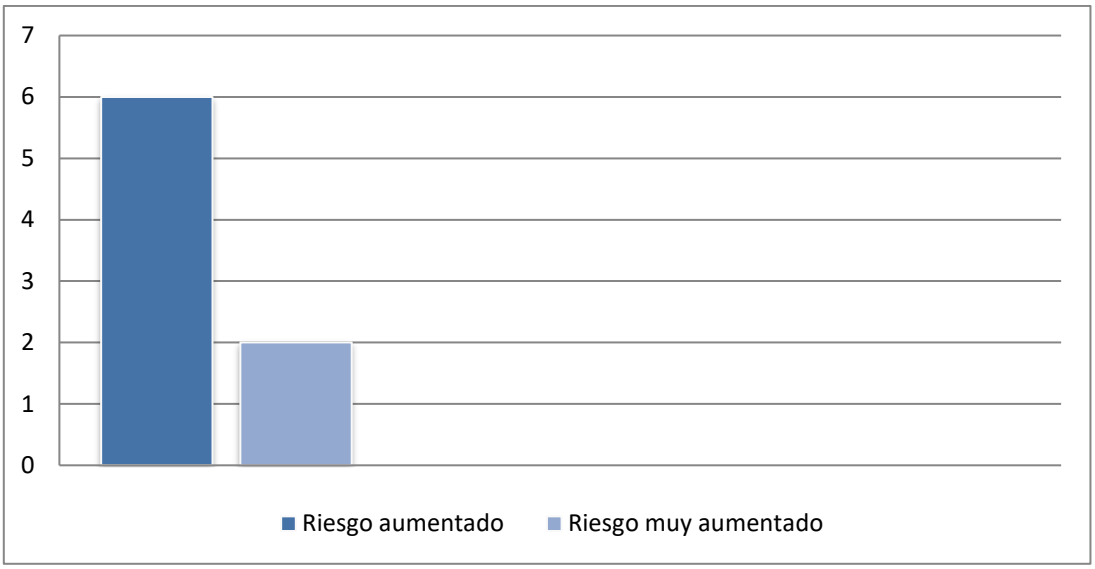


Figura 14: Nivel de riesgo cardiovascular en los hombres del Hogar Salvando al Alcohólico según el indicador circunferencia abdominal, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 14 se observa el nivel de riesgo que presentan los hombres del centro según la circunferencia de cintura, se aprecia que 6 de ellos tiene riesgo aumentado y 2 riesgo muy aumentado. Este hecho se ve afectado por la edad de los participantes, por sus hábitos alimentarios y por la falta de actividad física que presentan.

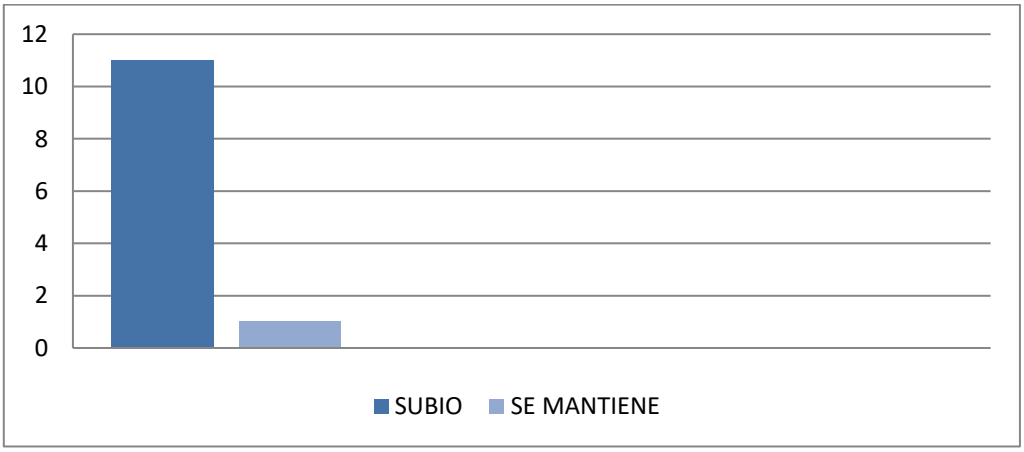


Figura 15: Cambio de peso experimentado por la población del Hogar Salvando al Alcohólico desde su ingreso, 2018.

Fuente: elaboración propia.

En la figura 15 es posible observar como 11 de los 12 participantes subieron de peso al ingresar al centro, este aumento de peso puede obedecer a varios factores como lo son el cambio en la alimentación, muchos de ellos vienen de situaciones conflictivas donde no podían realizar todas sus comidas, además por su adicción sustituyen las drogas o el alcohol por los alimentos. Además, otro aspecto que influye en su aumento de peso se relaciona con el sedentarismo, al permanecer en un centro no caminan, no hacen mucha actividad física y no trabajan por lo que su gasto calórico se ve disminuido.

Objetivo: Relacionar los hábitos alimentarios con la prevalencia de síntomas de abstinencia en los pacientes del centro.

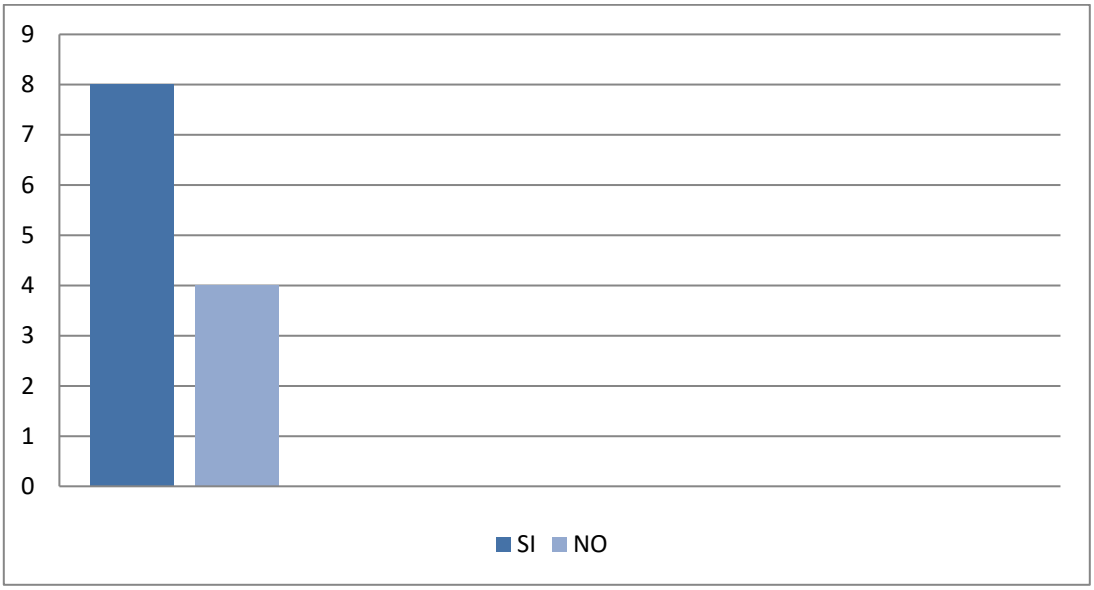


Figura 16: Cantidad de hombres que experimenta ansiedad por las comidas en el Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018

Nota: Se explicó al entrevistado que la pregunta se refiere a la ansiedad por consumir ciertas comidas o la necesidad de pasar comiendo.

Fuente: elaboración propia.

En figura 16 se evidencia la cantidad de hombres que experimenta ansiedad por las comidas, 8 de los 12 participantes contestó que sienten ansiedad en algún momento del día, siendo la hora después de la cena donde se presenta mayormente, en el centro la cena se sirve a las 5:30 por lo que esto provoca que si permanecen despiertos hasta altas horas de la noche se presente más deseos por comer, igualmente también la mayoría expresó que sienten ansiedad entre los tiempos de comida por eso tratan de tener golosinas y paquetes de snacks para consumir entre los tiempos en los que se sirve la alimentación.

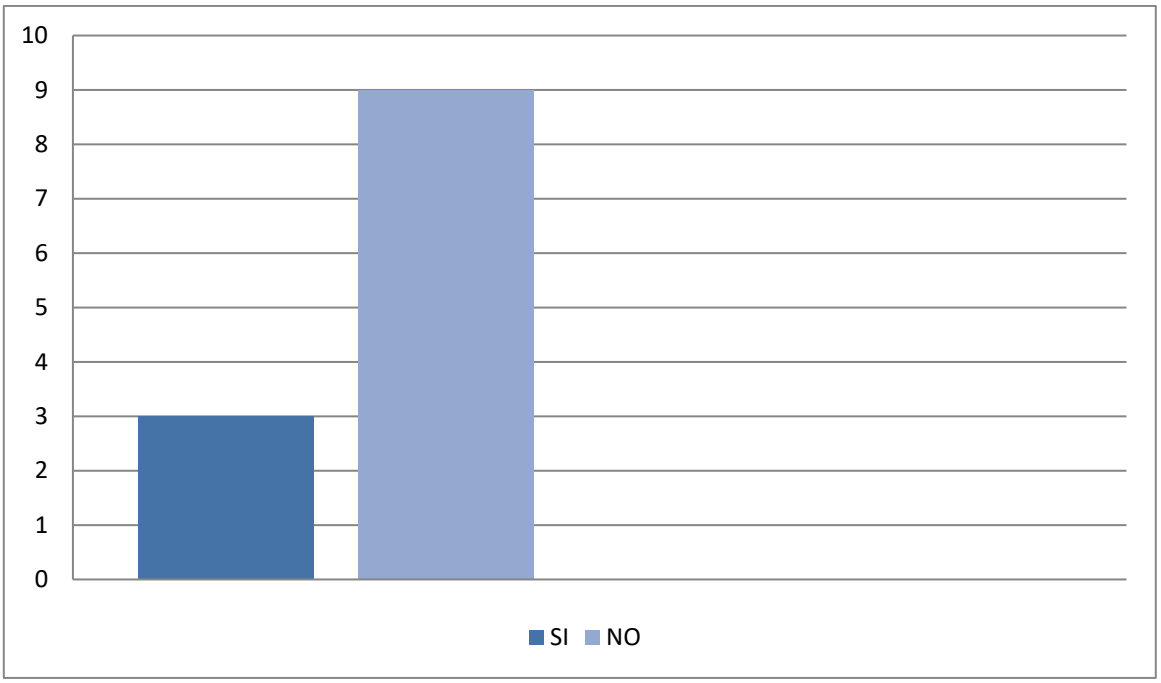


Figura 17: Cantidad de personas que experimentan falta de apetito en el momento de realizar las comidas en el Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018.

Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se aprecia que 4 de los 12 participantes no experimenta falta de apetito, es decir no es un síntoma común entre las personas adictas, por el contrario se manifiesta como un mayor deseo de comer, por lo que en las horas en que se sirven las comidas en el centro, se da un consumo de todos los alimentos que son servidos, además los pacientes tienen la posibilidad de repetir si así lo desean y hay suficiente de la preparación. Este comportamiento también influye en el estado nutricional y en el hecho de que la mayoría suben de peso una vez que ingresan al hogar.

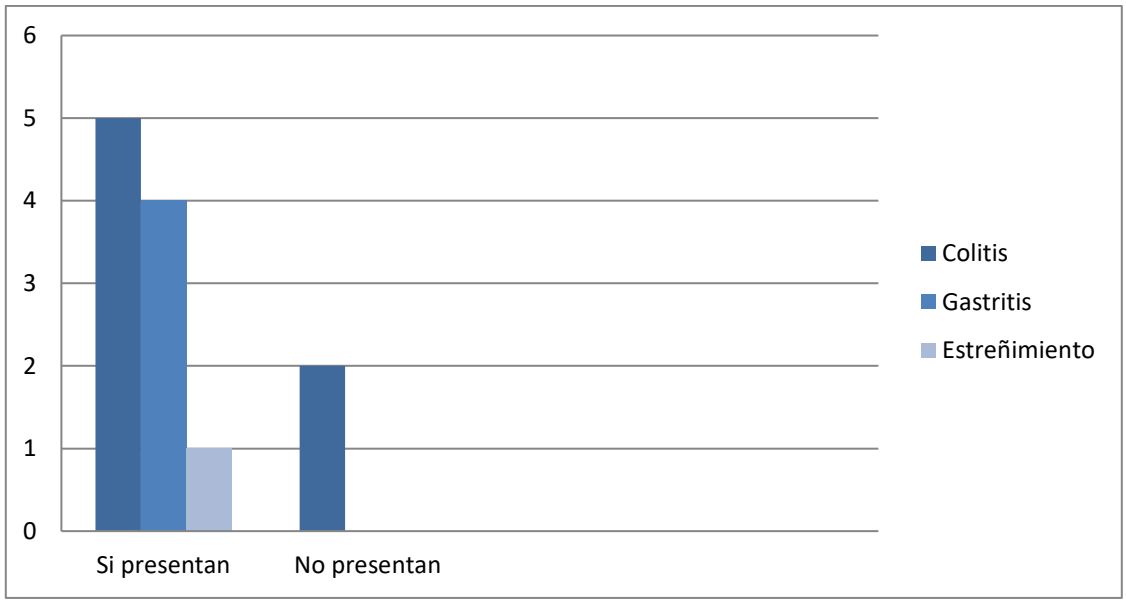


Figura 18: Cantidad de hombres que presentan problemas gastrointestinales en el Hogar Salvando al Alcohólico, Goicoechea 2018

Fuente: elaboración propia.

En la figura 18 se muestran los problemas gastrointestinales que experimentan los hombres del centro, se puede observar que únicamente dos de ellos no presentan ningún malestar gastrointestinal mientras que diez si se ven afectados por algún problema, siendo la colitis la que más se presenta entre los participantes, muchas veces después de ingerir algunos alimentos. La gastritis también es común entre la población, como algunos pacientes deben consumir medicamentos estos pueden influir en la presencia de dicho malestar, además el consumo previo de alcohol también afecta la flora intestinal normal del organismo.

Objetivo: Determinar el valor nutritivo del menú que ofrece el centro por medio del conteo de porciones.

El Hogar Salvando al Alcohólico cuenta con un servicio de alimentos, tienen un ciclo de menú y un cocinero que se encarga de preparar los alimentos, además uno de los muchachos internados en el centro colabora con la preparación del menú.

Lunes	**Tiempo de comida**	**Alimento**	**Porciones**
	Desayuno	1 tz pinto 1 huevo picado 1 tajada de pan	2 harinas 1 proteína 1 harina
	Almuerzo	1 tz arroz 1 tz macarrones con carne molida 1 tz frijoles 1 tz ensalada 1 vaso fresco	2 harinas 2 harina/1 proteína 2 harina 1 vegetal
	Merienda de la tarde	1 tz café 1 tajada pan	1 harina
	Cena	2 tz sopa negra con huevo	2 harina/1 proteína/2 vegetal
Total			12 harinas 3 proteína 3 vegetal

Martes	**Tiempo de comida**	**Alimento**	**Porciones**
	Desayuno	1 tz pinto 1 huevo 1 tajada pan	2 harinas 1 proteína 1 harina
	Almuerzo	2 tz chopsuey con pollo y vegetales 1 vaso fresco	4 harinas 2 proteína 2 vegetal 2 cdtas azúcar
	Merienda de la tarde	1 tz café 1 tajada pan	1 harina
	Cena	Plátano maduro 1 muslo pollo 1 tz ensalada	2 harinas 2 proteína 1 vegetal
Total			10 harinas 5 proteína 3 vegetal

Miércoles	**Tiempo de comida**	**Alimento**	**Porciones**
	Desayuno	1 tz pinto 1 huevo con cebollín 1 tajada pan	2 harinas 1 proteína/ 1 vegetal 1 harina
	Almuerzo	2 tz tornillitos en salsa de tomate con pollo	4 harinas 2 proteína 2 vegetal
	Merienda de la tarde	1 tz café 1 tajada pan	1 harina
	Cena	Carne molida arreglada 1 tz arroz 1 tz frijoles Plátano maduro 1 tz tomate	2 proteína 2 harinas 2 harinas 1 harina 1 vegetal
Total			13 harinas 5 proteína 4 vegetal

Jueves	**Tiempo de comida**	**Alimento**	**Porciones**
	Desayuno	Huevo con salchichón Pico de gallo 1 tajada pan 1 tz café	2 proteína 1 vegetal 1 harina
	Almuerzo	Olla de carne 1 vaso fresco	3 harinas 2 proteína 2 vegetal 1 grasa
	Merienda de la tarde	1 tz café 1 tajada pan	1 harina
	Cena	Canelones con carne molida 1 tz arroz 1tz frijoles 1 tz tomate	2 harinas/ 1 proteína 2 harinas 2 harinas 1 vegetal
Total			11 harinas 5 proteína 4 vegetal

Viernes	Tiempo de comida	Alimento	Porciones
	Desayuno	1 tz pinto 1 huevo con cebollín 1 tajada pan 1 tz café	2 harinas 1 proteína/ 1vegetal 1 harina
	Almuerzo	1 tz arroz 1 tz frijoles 1 torta de carne 1 tz ensalada de repollo	2 harinas 2 harinas 1 proteína 1 vegetal
	Merienda de la tarde	1 tz café 1 tajada pan	1 harina
	Cena	1 tz arroz 1 tz frijoles Carne en salsa de tomate	2 harinas 2 harinas 2 proteína/ 2 vegetal
Total			11 harinas 4 proteína 4 vegetal

Observaciones del menú:

- Está compuesto por cuatro tiempos de comida y no incluye una merienda entre el desayuno y el almuerzo.
- Presenta alto contenido de harinas, principalmente distribuidas entre el almuerzo y la cena.
- No incluye frutas en ningún tiempo de comida.
- Se incluyen diariamente entre 3 y 4 porciones de vegetales.
- Los refrescos se hacen con paquetes y no de fruta por lo que aportan únicamente azúcar a la alimentación.
- El tiempo de comida de la cena es más cargado de porciones que el almuerzo y el desayuno.
- La cena se sirve a las 5:30 pm por lo que se podría incluir una colación nocturna antes de dormir.

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Maureen Martínez Guevara, cédula de identidad 304160071, en condición de egresado de la carrera de nutrición de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado "influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia en el proceso de rehabilitación en adultos con problemas de adicción a las drogas, Heredia, 2018" es una obra original y para su relación he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor Y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el número 70 de dicha ley en el que se establece "Es permitido citar un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que pueda considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original ". Así mismo que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de Aranjuez, el día

Maureen Martínez Guevara

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE NUTRICIÓN

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2256-8197

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: influencia de los hábitos alimentarios sobre el estado nutricional y los síntomas de abstinencia en el proceso de rehabilitación en adultos con problemas de adicción a las drogas, Heredia, 2018.

Nombre del Investigador (a) Principal: Maureen Martínez Guevara

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es realizada por la estudiante Maureen Martínez Guevara, estudiante de nutrición de la Universidad Hispanoamericana, el propósito de esta investigación es conocer sobre los hábitos alimentarios de los adultos que permanecen en un centro de rehabilitación, además evaluar el estado nutricional y algunos síntomas que presentan durante el proceso de recuperación, con el fin de aportar nuevos conocimientos sobre el papel de la nutrición en la etapa de recuperación.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

La participación consiste en la toma de medidas del cuerpo, se le medirá el peso en una balanza, se le va a medir la estatura con el tallímetro, con cinta métrica se va a medir la circunferencia de su cintura. Se va a determinar el porcentaje de grasa por medio de bioimpedancia. Además, se realizara una entrevista acerca de sus hábitos alimentarios.

Lo indicado anteriormente se hará dentro del centro, para lo cual se usarán los tiempos destinados de descanso. El tiempo aproximado para la toma de medidas y la entrevista es de 45 minutos. Para

ser parte de la investigación debe tener más de tres semanas de permanecer en el centro y ser mayor de edad.

Usted se compromete a brindar la información solicitada en cada cuestionario o entrevista o medición que se le solicite, los datos obtenidos serán evaluados y analizados. Su participación será aproximadamente de 15 días.

C. <u>RIESGOS</u>:

Debido al tipo de investigación no existe riesgo de afectar la salud de los colaboradores, el único riesgo que se podría presentar es la perdida de privacidad, debido a las preguntas personales que deben contestar los participantes.

D. <u>BENEFICIOS</u>:

Usted se verá beneficiado ya que podrá conocer su estado nutricional, conocer el cambio de peso que ha presentado en el centro, además enterarse sobre cuales hábitos alimentarios debería modificar o mejorar.

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Maureen Martínez Guevara, quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 85856875, el horario lunes a viernes, de 8 am a 5 pm. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana ***<u>al teléfono 2256-8197</u>,*** de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

H. Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

_____

Nombre, cédula y firma del sujeto fecha

_____

Nombre, cédula y firma del testigo fecha

_____

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento fecha

CARTA DEL TUTOR

Carta de Tutor

San José, 25 de mayo del 2018
Señores del Registro
Carrera de Nutrición
Universidad Hispanoamericana

A quien corresponda:

La estudiante Maureen Martínez Guevara, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS, HEREDIA, 2018",** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Nutrición.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación.

a)	**ORIGINAL DEL TEMA**	10%	10 %
b)	**CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES**	20%	17%
c)	**COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**	30%	30%
d)	**RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**	20%	18%
e)	**CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO**	20%	20%
	TOTAL		95%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado a lectura.

Atentamente,

Paola Ortiz Acosta

Paola Ortiz Acosta
Cedula de identidad: 801070272
Carné Colegio Profesional: 661-10

25 de Abril de 2018

A quien corresponda

Por medio de la presente se autoriza a la estudiante de nutrición Maureen Martínez Guevara, cedula de identidad 304160071, de la Universidad Hispanoamericana, a realizar su trabajo de investigación en el centro de rehabilitación Asociación Dios Restaura Eliasib, donde se trabaja con población con problemas de adicción.

Se permite la realización de entrevistas y toma de medidas a los adultos interesados en participar, dentro de las instalaciones del centro.

Atentamente

Randall Magaña Vargas

CEDULA JURIDICA 3002338313
ELIASIB
PARA EL TRATAMIENTO DE LA FARMACODEPENDENCIA

Asociación Dios Restaura Eliasib

CARTA DEL FILÓLOGO

112

CARTA DEL FILÓLOGO

San José, 19 de julio del 2018

Señores
UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE NUTRICIÓN

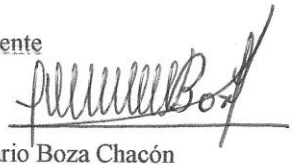
Estimados señores:

La estudiante Maureen Martínez Guevara, cédula número 3 04160071 me ha presentado para efectos de corrección de estilo, el trabajo de investigación denominado "INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS, HEREDIA Y SAN JOSÉ, 2018." el cual ha elaborado para optar por el grado académico de LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo señalados por la Universidad, los aspectos de estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y los vicios de dicción que se traducen al escrito y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe que este trabajo se encuentra listo para ser presentado oficialmente a la Universidad.

Atentamente



Prof. Mario Boza Chacón
Filólogo. Cédula 103580444
Carné Colegio de Licenciados y
Profesores Número 5034

CARTA DEL LECTOR

Cartago, 10 de julio, 2018

Departamento de registro

Carrera de Nutrición

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante Maureen Martínez Guevara, cédula de identidad 304160071, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **"INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y LOS SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN EN ADULTOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS, HEREDIA Y SAN JOSÉ, 2018"** el cual ha elaborado para optar por el grado de licenciatura en nutrición humana.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He ve rificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo tiene una nota 95 por lo que cuenta con mi aval para ser presentado en defensa pública. Atentamente

Patricia Salazar.

Licda. Patricia Salazar Chinchilla, cédula 1-1239-0145
CPN: 442-10