



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTÍN 2018.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria

AUTORA: Marisol del Carmen Cedeño Chuquín

DIRECTORA: Dra. Jacqueline Andrea Pozo Benavides

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de tesis de grado ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTÍN 2018, presentada por la señorita Marisol del Carmen Cedeño Chuquin, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 29 días del mes de mayo del 2019

Lo certifico:



Dra. Jacqueline Andrea Pozo Benavides

CI. 1001502200

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1001724168		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cedeño Chuquín Marisol del Carmen		
DIRECCIÓN:	Juana Athabalipa 9-120 y Tobías Mena		
EMAIL:	macechu7@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062612015	TELÉFONO MÓVIL:	0959733607
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO	ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTIN 2018.		
AUTOR (ES):	Marisol del Carmen Cedeño Chuquín		
FECHA:	29-05-2019		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria		
ASESOR/DIRECTOR:	Dra. Jacqueline Andrea Pozo Benavides		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 29 días del mes de mayo de 2019

LA AUTORA



Marisol del Carmen Cedeño Chuquín

C.I. 1001724168

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS – UTN

Fecha: Ibarra, 29 de mayo de 2009

Marisol del Carmen Cedeño Chuquín, ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTIN 2018, / Trabajo de Grado. Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Dra. Jacqueline Andrea Pozo Benavides

El principal objetivo de la presente investigación fue: determinar el estado nutricional de pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación de estupefacientes en relación a la ingesta energética y nutricional de la dieta consumida del Centro de Rehabilitación José Martín. Entre los objetivos específicos tenemos: Identificar las características sociodemográficas de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín. Establecer el estado nutricional de pacientes adultos del Centro de Rehabilitación “José Martín”. Evaluar la ingesta energética y macronutrientes de la dieta consumida. Relacionar el estado nutricional con la dieta consumida de los pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación del Centro de Rehabilitación José Martín.

Fecha: Ibarra, 29 de mayo de 2009

.....
Dra. Jacqueline Andrea Pozo Benavides
DIRECTORA

.....
Marisol del Carmen Cedeño Chuquín
AUTORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por su abnegación y apoyo incondicional, que siempre están en los momentos buenos y difíciles, ya que con sus sabios y oportunos consejos, sembraron en mí, grandes valores.

A mi Dios por su infinita misericordia, su inmenso amor, y sus bendiciones diarias, por haber cumplido los deseos de mi corazón, permitiéndome culminar una etapa más de mi vida, por haberme bendecido con mis padres, hermanos e hijos, incondicionales que con amor me apoyaron constantemente.

Marisol Cedeño

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a los pacientes, las autoridades y personal que conforman el Centro de Rehabilitación José Martín, por confiar en mí, abrirme las puertas y permitirme realizar todo el proceso investigativo.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad Técnica del Norte, a la Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria, a mis profesores en especial a la Dra. Jacqueline Pozo, por sus valiosos conocimientos compartidos en la elaboración de esta investigación, paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Marisol Cedeño

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xixi
RESUMEN	xii
CAPÍTULO I.....	15
1. Problema de investigación.....	15
1.1. Planteamiento del Problema.....	15
1.2. Formulación del problema de investigación	17
1.3. Justificación.....	17
1.4. Objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo General	19
1.4.2. Objetivos Específicos.....	19
1.5. Preguntas de Investigación.....	20
CAPÍTULO II	21
2. Marco Teórico.....	21
2.1. Generalidades	21
2.2. Droga.....	23
2.3. Drogadicción	23
2.3.1. Drogo-dependencia.....	23

2.3.2	Desintoxicación.....	25
2.3.3	Deshabitación.....	25
2.3.4	Abstinencia.....	26
2.3.5	Efectos de las droga	26
2.3.6	Tipos de drogas	26
2.3.7	Las drogas depresoras	27
2.3.8	Algunos ejemplos de drogas depresoras son:.....	27
2.3.9	Las drogas estimulantes.....	27
2.3.10	Las drogas estimulantes son las siguientes:.....	27
2.3.11	Las drogas perturbadoras	28
2.3.12	Algunos ejemplos de drogas perturbadoras	28
2.4.	Drogas de mayor consumo.....	28
2.4.1.	La Cannabis sativa, o marihuana	29
2.4.2.	Cocaína.....	30
2.4.3.	Heroína	31
2.4.4.	El alcohol	32
2.4.5.	Tabaco	33
2.4.6.	LSD.....	34
2.4.7.	Isarcil (Cemento de contacto).....	35
2.4.8.	Impacto social.....	36
2.4.9.	Impacto en la salud.....	37

2.4.10.	Reglamento de Centros de Salud	39
2.4.11.	Tratamiento y Rehabilitación de las drogas.....	42
2.4.12.	Manejo de la intoxicación aguda por opiáceos y síndrome de abstinencia.....	43
2.4.13.	Tratamiento de mantenimiento	43
2.4.14.	Tratamiento de Abstinencia	44
2.4.15.	Continuación del Tratamiento	44
2.4.16.	Prevención de Recaídas.....	44
2.4.17.	Terapia cognitiva conductual	45
2.4.18.	Reforzamiento sistemático.....	45
2.4.19.	Terapia de estímulo motivacional	45
2.4.20.	Terapia familiar (en especial para los jóvenes)	45
2.4.21.	Tratamiento con antagonistas opiáceos.....	45
2.4.22.	Tratamiento con antagonistas $\alpha 2$ pre- sinápticos.....	46
2.4.23.	Tratamiento sintomático.....	46
2.5.	Estado Nutricional	47
2.5.2.	Antropometría	48
2.5.3.	Talla	48
2.5.4.	Peso.....	48
2.5.5.	Índice de masa corporal.....	48
2.6	Alimentación en pacientes en proceso de desintoxicación	49

2.6	Requerimientos nutricionales	50
2.6.2.	Evaluación dietética	51
2.6.3.	Método de Peso Directo	52
CAPÍTULO III		53
3	Metodología.....	53
3.1.	Tipo de estudio	53
3.3.	Localización y ubicación el estudio	53
3.4.	Población y muestra	54
3.5.	Criterios de inclusión	54
3.6.	Criterios de exclusión.....	54
3.7.	Variables de estudio	54
3.8.	Operacionalización de variables	55
3.9.	Métodos y técnicas de recolección de datos	56
CAPÍTULO IV		58
4.	Resultados	58
4.1.	Análisis e interpretación de resultados	58
CAPITULO V		65
5.	Conclusiones y recomendaciones	65
5.1.	Conclusiones	65
5.2.	Recomendaciones	65
5.3.	Respuesta a las preguntas de investigación.....	66
BIBLIOGRAFÍA		68

ANEXOS	76
Anexo 1: Formulario para recolección de la información	76
Anexo 2. Consentimiento Informado	78
Anexo 2: Fotografías	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del IMC para adultos.....	49
Tabla 2. Recomendaciones nutricionales.	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Estado nutricional de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.....	58
Gráfico 2.- Relación del Estado nutricional con el tiempo de rehabilitación de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.	59

RESUMEN

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTÍN 2018.

Autora: Marisol Del Carmen Cedeño Chuquín

Directora: Dr. Jacqueline Andrea Pozo Benavides

Esta investigación tiene como objetivo identificar el estado nutricional de los pacientes adultos en proceso de desintoxicación de estupefacientes en relación a la ingesta energética y nutricional de la dieta consumida del “Centro de rehabilitación José Martín” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura – Ecuador, con una muestra de 50 adultos, a quienes se les aplicó una encuesta para la recopilación de los datos, y para la evaluación de macronutrientes de la dieta se utilizó el peso directo de los alimentos. Los resultados indicaron que el 84% son adultos jóvenes, el 84% de estado civil casado, el 86% de etnia mestiza, y en un 86% indicaron tener una instrucción secundaria y nacionalidad Ecuatoriana. El estado nutricional usando el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC), indica que predominó el estado Normal con un 70%. En el indicador de dieta de consumo se presentan valores excesivos de sobre-alimentación en el contenido calórico-energético de carbohidrato proteínas en exceso; la distribución de grasas se encuentra en valores adecuados. Finalmente se encontró que no existe correlación entre el estado nutricional y la dieta consumida en los pacientes adultos en proceso de desintoxicación.

Palabras clave: Estado nutricional, adultos, desintoxicación, dieta, deshabituación.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF ADULT PATIENTS IN DETOXIFICATION OF NARCOTIC DRUGS IN RELATION TO THE DIET CONSUMED. CENTRO REHABILITACIÓN JOSÉ MARTIN 2018.

Author: Marisol Del Carmen Cedeño Chuquín

Director: Dr. Jacqueline Andrea Pozo Benavides

This research aims to identify the nutritional status of adult patients in the process of detoxification of narcotics in relation to the energy and nutritional intake of the diet consumed at the "José Martin Rehabilitation Center" in the city of Ibarra, Imbabura province - Ecuador, with a sample of 50 adults, to whom a survey was applied for the collection of the data, and for the evaluation of macronutrients of the diet the direct weight of the food was used. The results indicated that 84% are young adults, 84% married marital status, 86% ethnic mixed race, and 86% indicated secondary education and Ecuadorian nationality. The nutritional status using the Body Mass Index (BMI) indicator indicates that the Normal state predominated with 70%. In the consumer diet indicator excessive values of overeating are presented in the caloric-energetic content of carbohydrates and proteins; Fat distribution is found in values. Finally it was found that there is no correlation between the nutritional status and the diet consumed in adult patients in detoxification process.

Key words: Nutritional status, adults, detoxification, diet, detoxification.

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ADULTOS EN DESINTOXICACIÓN
DE ESTUPEFACIENTES EN RELACIÓN CON LA DIETA CONSUMIDA.
CENTRO REHABILITACIÓN JOSE MARTIN 2018.

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1. Planteamiento del Problema

El uso y dependencia de sustancias estupefacientes representan un factor significativo en la tasa total de morbilidad para las personas y sociedades en el mundo. De acuerdo a los datos registrados por la OMS 2017, el mayor consumo de alcohol se registra en Europa Central con 50,5%, Oriental con 48,2% y Occidental 40,2%. Además estas mismas regiones europeas han mostrado la mayor prevalencia de tabaquismo, con Europa del Este a la cabeza 24,2%, seguida de Europa Central 23,7% y Europa Occidental 20,9% (2). De la misma manera, en el Informe Mundial de la Salud 2016 (OMS) estableció que el 14,1% de la carga total de morbilidad se atribuye al uso de sustancias psicoactivas, asociadas en un 4% al tabaco, 5,1% al alcohol y 5% a drogas ilícitas (1).

En general, el uso de drogas ilícitas parece que se ha estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo. Estados Unidos y Canadá tuvieron una de las tasas más altas de dependencia del cannabis, los opioides y la cocaína, mientras que en Australia y Nueva Zelanda se registró la mayor prevalencia de dependencia a anfetaminas, así como altas tasas de consumo de cannabis, opiáceos y cocaína (2).

Según la ONU 2015, en América Latina el mayor consumo de drogas ilícitas se registra en países como Argentina, Chile y Colombia; el alcohol en Chile, Argentina y Venezuela y tabaco en Argentina, Ecuador y Venezuela (4)

En Ecuador, el consumo de drogas se evidencia en adolescentes y adultos. El Ministerio de Salud Pública (MSP) a inicios del 2017 declaró a la drogadicción como un problema fuera de control en los grupos etarios jóvenes, ya que fue encontrado existencia de distribución de todo tipo de drogas dentro de las instituciones educativas (5).

La Encuesta nacional de salud y nutrición del Ecuador (ENSANUT 2013), demuestra que los adolescentes y adultos afectados por las drogas, el 19% presentan sobrepeso y el 4,1% obesidad. Por otra parte la delgadez está presente en un 3,5% de esos grupos. En la provincia de Imbabura se registra mayor consumo de drogas en el grupo etario de 12 a 43 años y en menor proporción en el grupo de hasta los 64 años, considerados éstos como nutricionalmente vulnerables. Además, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, se ven influenciadas por diversos factores, físicos, mentales y psicosociales (7).

Por otro lado, patrones como el tabaquismo y consumo excesivo de alcohol incluyendo el consumo de drogas ilícitas, el estrés y la violencia, han aumentado su prevalencia a niveles extremos (8).

Muchos pacientes toxicómanos sufren desnutrición calórica proteica, por la influencia de sus hábitos alimentarios, adicción y estilos de vida, por lo que se debe planificar y distribuir la dieta de acuerdo a sus necesidades, ya que presentan alteraciones orgánicas, metabólicas y de funciones mentales; en estos casos la nutrición apropiada ayuda en este proceso de curación (5).

Los centros de rehabilitación – deshabituación en el Ecuador son instituciones que funcionan en su mayoría con capital privado, pero tienen regulaciones estipuladas por el MSP que deben cumplir como la presencia de un nutricionista y las recomendaciones sobre la calidad de alimentación que deben recibir los pacientes cautivos en dichas instituciones. Sin embargo, encontramos que por la naturaleza económica de éstos no siempre se cumplen con estos requerimientos desde el punto de vista nutricional (1).

Se consideró necesario el estudio en el Centro de Rehabilitación “José Martín” ya que los estudios sobre estado nutricional en procesos de desintoxicación son escasos, considerando a los pacientes, como un grupo vulnerable, ya que por su consumo alteran sus hábitos alimentarios repercutiendo en su estilo de vida, siendo necesario planificar y distribuir una dieta alimentaria de acuerdo a sus necesidades, contribuyendo de esta manera con un tratamientos nutricional adecuado y cumpliendo

con los derechos alimentarios de los pacientes que estipula el Ministerio de Salud Pública (MSP) (1).

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional de los pacientes adultos en desintoxicación de estupefacientes y la dieta consumida en el Centro de Rehabilitación José Martín?

1.3. Justificación

Se realiza la presente investigación con el objeto de conocer el estado nutricional de la población ingresada en el Centro de Rehabilitación “José Martín” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura relacionada con la dieta que se proporciona en dicha institución. Siendo éste un grupo vulnerable, sobre todo en esta etapa de desintoxicación – deshabituación requieren una alimentación saludable que cumpla con los requerimientos nutricionales para la recuperación y es probable que el tipo de alimentación que reciben no cumpla con los parámetros necesarios en esta fase de rehabilitación. Además, dicha institución de salud plantea la necesidad de un profesional de nutrición que le brinde evaluación nutricional de sus pacientes, así como el conocimiento de la alimentación adecuada que deberían recibir.

En Ecuador, los estudios nutricionales en centros para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas son escasos, existen pocos registros de datos sobre la cantidad y calidad de alimentos que reciben los pacientes con problemas de consumo de estupefacientes y su relación con el estado nutricional. Siendo la drogadicción un problema social de alto impacto en el país y un factor de riesgo para la salud física, emocional y social de este grupo vulnerable, existen ciento diez instituciones privadas en el Ecuador que trabajan para rehabilitar a este grupo social relacionado con el consumo y dependencia de drogas.

El Centro de Rehabilitación “José Martín” es un centro especializado para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD), cuyo propósito es fortalecer la abstinencia, la sobriedad y lograr que el paciente pueda

retornar a la sociedad como un ser productivo y autosuficiente. Sin embargo, para cumplir con este propósito no posee al profesional de nutrición y mantiene ingresados a un grupo de pacientes cuya calidad de alimentación es preocupación de sus autoridades porque deben cumplir con los requerimientos que exige el MSP dentro de los programas de Atención Integral.

El MSP en el Reglamento de Control a Centros de Recuperación de personas con adicción establece que este tipo de instituciones de salud deben ofrecer programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social a personas con cualquier tipo de adicción por el consumo de alcohol, psicotrópicos, estupefacientes y cualquier sustancia que genere dependencia (7).

Estas Instituciones deben contar con un Plan de Atención Institucional (PAI) en donde se estipula reglamentos internos, estructura, programas terapéuticos incluidos modalidades de tratamiento, talento humano especializado y todo lo referente a la atención integral para este tipo de población vulnerable. Dentro de ésta última se contempla las condiciones para la alimentación, en donde se determina su responsable (el profesional de Nutrición), cobertura, dietas especiales, cantidad, calidad, horarios estandarizados, variedad, condiciones de higiene e incluso derechos desde el punto de vista nutricional que deben ser respetados como la religión o la prohibición de suspensión o limitación de la alimentación, como medida disciplinaria.

Una alimentación adecuada constituye un derecho humano y básico; sin embargo, a menudo es ignorado en estos grupos poblacionales. El presente estudio pretende conocer el actual estado nutricional de la población en proceso de deshabituación y la relación con la dieta que se proporciona a dichos pacientes que se encuentran ingresados, considerando que el Centro debe cumplir con reglamentos que estipula el MSP, pues posee varios servicios para cumplir con la atención integral y servirá como base para que las autoridades administrativas encargadas del centro de rehabilitación, consideren los resultados obtenidos, para la planificación y ejecución de acciones para mejorar la dieta entregada a los pacientes del Centro de Rehabilitación “José Martín” y recuperar la salud física y nutricional, brindando un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el estado nutricional de pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación de estupefacientes en relación a la ingesta energética y nutricional de la dieta consumida del Centro de Rehabilitación José Martín.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.
- Establecer el estado nutricional de pacientes adultos del Centro de Rehabilitación “José Martín”.
- Evaluar la ingesta energética y macronutrientes de la dieta consumida.
- Relacionar el estado nutricional con la dieta consumida de los pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación del Centro de Rehabilitación José Martín.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación del Centro de Rehabilitación “José Martín”?
- ¿Cuál es la ingesta energética y macronutrientes de la dieta consumida?
- ¿Qué relación existe entre el estado nutricional de la población en proceso de desintoxicación-deshabitación con la dieta proporcionada en el Centro de Rehabilitación José Martín?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Generalidades

Los registros históricos, demuestran que las drogas tienen su inicio desde la aparición de la humanidad; debido que muchas plantas que contienen droga se encuentran catalogadas dentro de la flora actual, las mismas que ya existían desde aquellos tiempos (12).

Sin lugar a duda, se encuentran testimonios impregnados en las rocas y en ciertas pinturas acerca del uso de drogas desde la edad de piedra. En Egipto en el papiro de Ebert, con una antigüedad de 3500 años A.C, es considerado el tratado médico más antiguo, en el mismo se constata los registros de la utilización del opio para calmar los dolores del cuerpo. En la civilización griega Hipócrates hace 2.400 años atrás manifiesta en sus tratados de medicina, que utilizaban la Frase “Pharmakon”, que significa veneno, pero que sin embargo servían para curar algunas enfermedades. En la antigua Grecia muchos habitantes, entre ellos incluidos destacadas personalidades utilizaban estas sustancias tóxicas para sentir nuevas sensaciones, como los hongos, cornezuelo, mirra y resinas (13).

Las pruebas arqueológicas demuestran que el ser humano ya consumía opio y hongos mágicos. Algunos expertos creen que algunos personajes famosos de la antigua Grecia, como Pitágoras, no hubiese podido desarrollar sus genialidades teóricas y filosóficas sin haber consumido alguna droga. Estas afirmaciones lo realizan expertos genios de la época antigua; por ejemplo, el harnal, un alucinógeno, era consumido en forma habitual por las culturas de la India Occidental (14).

A comienzos del siglo II, después de Cristo, Galeno señala que el cáñamo lesionaba el cerebro al ser consumido en exceso, pero sin embargo, servía para curar las dolencias al emperador Marco Aurelio. Paracelso, el gran clínico de esa época hizo un preparado

de opio con beleño, sustancia que se suministraba a pacientes que se sometían a amputaciones; igualmente el estudioso Sydenham ya en 1624, preparó una bebida basada en opio más alcohol cuya mezcla se llamaba el famoso “láudano”, medicina que duró mucho tiempo (siglos) en el mercado hasta su desaparición por su toxicidad. (15)

Con la llegada de Cristóbal Colón a América en 1492, se descubren a civilizaciones nativas de estas tierras, utilizaban hongos silvestres para comunicarse con sus dioses de esa época; también consumían el tabaco, en vista de la abundancia. Existen registros de pobladores precolombinos que ya que consumían una droga nativa como, la ayahuasca o yagé que lo consideraban como medicina para las personas en los pueblos amazónicos o servía también para comunicarse con sus dioses. (16)

A mediados del siglo XIX, aparece la guerra del opio entre el imperio chino e Inglaterra y Francia por el comercio de contrabando de esta sustancia y se convierte en drogas legales e ilegales. Con la extensión del cristianismo, hace las observaciones de que el consumo de esta droga es inmoral, de ahí, aparece la primera ley o norma antidrogas; estas sustancias han logrado permanecer y crecer indiscriminadamente en el mundo entero convirtiéndose en un comercio preciado e ilícito a todo nivel (16).

En los últimos años del siglo XIX, se sintetizó la heroína a partir del aislamiento de la morfina y se inventaron las máquinas para fabricar cigarrillos, con esta invención como es obvio bajaron los precios para los consumidores; paralelamente en esta época aparece los fármacos de fórmulas más potentes listas para su comercialización (11).

A inicios del siglo XX, se calculaba unos tres millones de personas adictas a las drogas ya existentes, en especial de la cocaína. En 1906, Estados Unidos exigió que los fármacos que contenían estas sustancias tenían que ser rotuladas y etiquetadas con su concentración. El abuso de consumir estos productos era en mayor o igual porcentaje a la actual, y consecuencia de ello, se incorporaron clínicas o casas de salud para tratar la adicción de muchos consumidores (16).

Con la aparición de los llamados opiáceos, se van incorporando variedad de drogas psicoactivas listas para el consumo por personas inmersas en este mundo oscuro y aislado de la realidad; entre las drogas más conocidas en el medio actual del mundo son: El opio, la mariguana, la cocaína, las anfetaminas, el tabaco, el alcohol, el peyote, el colofón, el hachís, La adormidera, la amapola, entre otras de nombres únicamente conocidas en la población consumidora (16).

2.2. Droga

Son todas aquellas sustancias químicas de origen natural, sintético o semi-sintético que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta a través de la habituación y la dependencia. Las drogas y su uso afectan directa o indirectamente, a la sociedad, las familias y los propios individuos que los consumen, con costos no solo económicos, también emocionales y de calidad de vida para estas personas (17).

2.3. Drogadicción

La drogadicción es considerada una enfermedad crónica del cerebro, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que le rodean. En el caso de la mayoría de las personas la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria, con el tiempo, los cambios que ocurren en el cerebro pueden afectar a la persona consumidora de modo que no pueda resistir el impulso intenso de consumir cierta o ciertas drogas (18).

2.3.1. Drogo-dependencia

La drogadicción es una enfermedad compleja que se caracteriza por el deseo incontrolable, la búsqueda y el consumo compulsivo, actividad en la cual las personas persisten a pesar de las consecuencias tan negativas (9).

La adicción es parecida a otras enfermedades, como las enfermedades del corazón, ambas interrumpen el funcionamiento normal y saludable del órgano subyacente,

tienen serias consecuencias dañinas, son prevenibles, tratables y, si no se tratan, pueden durar toda la vida (10).

A menudo la adicción implica no solamente la necesidad compulsiva de consumir la droga, sino también consecuencias que conllevan grandes repercusiones. Por ejemplo, el abuso de drogas y la adicción aumentan el riesgo de desarrollar muchas otras enfermedades mentales y físicas asociadas a una manera de vivir marcada por el abuso de drogas o los efectos tóxicos de las mismas (9).

Existe suficiente información epidemiológica para sostener que los adolescentes son vulnerables al consumo de sustancias legales, ilegales y drogas médicas dado que su identidad se encuentra en un estadio de formación, además de la marcada fluctuación de estados de ánimo que los sensibiliza al uso experimental y recreativo. Por otra parte, el consumo de drogas en adultos es muy elevado debido a tener mayor acceso a estas (11).

La adicción al alcohol, la nicotina y a las sustancias ilegales cuesta a los países latinoamericanos más de 500 mil millones de dólares al año, si se suma su impacto médico, económico, penal y social. Cada año, el abuso de drogas ilícitas y del alcohol contribuye a la muerte de más de 100 mil latinos, mientras que el tabaco está vinculado a alrededor de 440 mil muertes anuales (10).

Los factores de riesgo que pueden llevar a una adicción a las drogas son las personas de cualquier edad, sexo o condición económica, en familias y probablemente implica la predisposición genética, como un pariente de sangre, un padre o un hermano, con problemas de alcohol o drogas, tiene mayor riesgo de desarrollar una adicción a las drogas, asimismo el sexo masculino es más propenso a tener problemas con las drogas que las mujeres, además los trastornos de salud mental, como la depresión, déficit de atención/hiperactividad o trastorno de estrés post-traumático, aumentan la probabilidad de convertirse en dependiente de las drogas (4).

La presión de grupo es un factor importante en el inicio de usar y abusar de las drogas, en particular para los jóvenes del mismo modo situaciones familiares difíciles o falta

de un vínculo con los padres o hermanos pueden aumentar el riesgo de adicción, al igual que la falta de supervisión. La ansiedad, la depresión y la soledad. El uso de drogas puede convertirse en una forma de hacer frente a estos sentimientos psicológicos dolorosos y puede hacer que estos problemas aún peor (4)

2.3.2 Desintoxicación

Sustancia psicoactiva: entendido como procedimiento clínico, proceso de retirada (abstinencia) de la sustancia que se lleva a cabo de forma segura y eficaz, de manera que se reducen al mínimo los síntomas de la abstinencia. Las instalaciones en las que se lleva a cabo reciben varios nombres, como centro o unidad de desintoxicación y centro de rehabilitación. Normalmente, al comienzo de la desintoxicación la persona presenta síntomas clínicos desintoxicación o de abstinencia. Los procedimientos de desintoxicación pueden o no implicar la administración de medicamentos. Cuando es así, el medicamento administrado suele ser un fármaco que tiene tolerancia cruzada y dependencia cruzada con la sustancia tomada por el paciente. Se calcula la dosis para aliviar el síndrome de abstinencia sin inducir intoxicación y se va retirando gradualmente conforme el paciente se recupera (16).

La desintoxicación como procedimiento clínico exige la supervisión del paciente hasta que se recupera completamente de la intoxicación o del síndrome de abstinencia física (17).

2.3.3 Deshabitación

La deshabitación es la superación o remisión de la dependencia psicológica y las secuelas psicopatológicas, relacionales y sociales derivadas de una vida adictiva, procurando capacitar para evitar futuras recaídas, trabajando la maduración psicológica e interviniendo sobre las posibles complicaciones psicopatológicas asociadas, El programa de deshabitación “Spiral” utilizado en una unidad de terapia que lleva el mismo nombre (España), consiste en un complejo y progresivo plan de actividades y actuaciones psicoterapéuticas y socio terapéuticas extensivas sobre todo al paciente, pero también y en la medida de lo posible a la familia, pareja y allegados (16)

2.3.4 Abstinencia

El síndrome de abstinencia está muy ‘mitificado’ entre los dependientes a drogas (piensan que es muy difícil de superar), éste no entraña peligro para el sujeto, excepto en el del alcohol y los barbitúricos, dónde es imprescindible la ayuda farmacológica para (1).

Los medicamentos ayudan como: Metadona, Buprenorfina, Naltrexona, Lofexidina ayudan a suprimir los síntomas de abstinencia durante la desintoxicación. La desintoxicación no es por sí misma "tratamiento", es solo el primer paso del proceso. Los pacientes que no reciben ningún tratamiento después de la desintoxicación por lo general vuelven a consumir drogas (6).

Se están empleando dispositivos para aliviar los síntomas de abstinencia. En noviembre del 2017, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administración, FDA) agregó una nueva indicación para un dispositivo de estimulación electrónica, el NSS-2 Bridge, para su uso como elemento de ayuda para atenuar los síntomas de abstinencia de los opioides. Este dispositivo se coloca detrás de la oreja y envía pulsos eléctricos para estimular ciertos nervios cerebrales (6)

2.3.5 Efectos de las droga

Las drogas son sustancias químicas. Cuando se consumen, llegan al torrente sanguíneo y desde allí se desplazan a todo el organismo, incluyendo el cerebro. Cuando llegan al cerebro, las drogas pueden producir diferentes efectos. Se puede diferenciar tres tipos de efectos de las drogas en el cerebro o sistema nervioso central (SNC): pueden estimular, inhibir, pueden relajar o pueden alterar los sentidos (18)

2.3.6 Tipos de drogas

Las sustancias según su efecto en el sistema nervioso central se consideran la forma más correcta de clasificar las drogas. Esta clasificación es la propuesta por la

Organización Mundial de la Salud y separa las sustancias psicoactivas en depresoras, estimulantes y perturbadoras (18).

2.3.7 Las drogas depresoras

Las drogas depresoras son las sustancias que disminuyen la actividad del SNC. Lo hacen reprimiendo las estructuras pre-sinápticas, consiguiendo que la cantidad de neurotransmisor sea menor, disminuyendo también la función de los receptores post-sinápticos. Los principales grupos de sustancias depresoras del SNC son:

- Los sedantes/hipnóticos
- Los opiáceos
- Los neurolépticos

2.3.8 Algunos ejemplos de drogas depresoras son:

- Alcohol
- Cannabis
- Benzodiazepinas
- Heroína

2.3.9 Las drogas estimulantes

Las drogas estimulantes son sustancias que estimulan la actividad del SNC. Lo hacen bloqueando la inhibición o excitando las neuronas directamente. La estimulación se explica por el aumento de la despolarización neuronal, el incremento de la cantidad de neurotransmisores (NT) disponibles, el alargamiento de la acción de los NT, la debilidad de la membrana neuronal y la disminución del tiempo de recuperación sináptica. De esta manera, pueden provocar síntomas como taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, aumento de la tensión arterial, etcétera. También se pueden llamar simpaticomiméticos.

2.3.10 Las drogas estimulantes son las siguientes:

- Anfetaminas
- Cocaína

- Cafeína
- Teobromina y la teofilina
- Nicotina

2.3.11 Las drogas perturbadoras

Las drogas perturbadoras del SNC son aquellas sustancias capaces de modificar la actividad psíquica y producir alteraciones en la percepción como alucinaciones, así como alterar el estado de ánimo y los procesos de pensamiento.

2.3.12 Algunos ejemplos de drogas perturbadoras

- LSD (dietilamida de ácido lisérgico)
- Alucinógenos
- Cannabis
- MDMA(3,4-metil enedioxi metanfetamina -éxtasis-)
- Ketamina

2.4. Drogas de mayor consumo

En el Informe de Drogas 2016, realizado por la ONU; los países que tuvieron tasas más altas de consumo del cannabis o marihuana, opioides, y la cocaína fueron los Estados Unidos y Canadá, Australia y Nueva Zelanda se registró la mayor prevalencia de dependencia a anfetaminas, así como altas tasas de consumo de cannabis, opiáceos y cocaína, mientras que en Ecuador las drogas de mayor consumo fueron la cannabis, cocaína, opioides y anfetaminas (4).

El consumo de sustancias psicotrópicas no tiene límite de edad, estrato social ni género. Los profesionales de la salud se encuentran ante un número creciente de adolescentes y adultos que manifiestan los problemas asociados con el consumo de estas sustancias (dependencia, insomnio, crisis de ansiedad, pánico, apatía, irritabilidad, episodio psicótico, etc.) y que solicitan ayuda especializada para interrumpir el uso sea de carácter temporal o indefinido (29).

2.4.1. La Cannabis sativa, o marihuana

Es una planta originaria del Himalaya, que actualmente se encuentra distribuida por todo el globo. Los humanos la usamos desde hace muchos años como planta, aumenta el tono muscular y ayuda en la función motora, tratamiento de espasmos y convulsiones) y recreativa utilizar como droga; a principios del siglo XX fue clasificada como droga y prohibida en muchos países debido a sus efectos psicotrópicos. Se cultiva en algunas zonas como Uruguay, México, Colombia, Holanda a pequeña escala y es parcialmente legal (19).

Merece consideración especial por su elevada prevalencia, la creciente difusión de su uso con fines médicos y la tendencia creciente hacia la despenalización del uso recreacional. La evidencia científica disponible señala que es una droga asociada con menor mortalidad que otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales y está asociada con riesgos mayores si se consume en la adolescencia. Afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción. El consumo intenso de ésta, incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida. La investigación indica que las alteraciones cognitivas producidas por el consumo de marihuana podrían ser reversibles una vez que la persona deja de consumirla, pero a la vez otros estudios demuestran que el consumo durante la adolescencia puede producir cambios persistentes (27).

Efecto

- Ojos rojos.
- Boca seca con saliva espesa.
- Mucosas reseca.
- Aumento del apetito, con antojos.
- Agudización de los sentidos.
- Ataques de risa sin motivos.
- Euforia o relajación.
- Falta de concentración y conexión de las ideas.
- Paranoia.
- Torpeza para hablar.
- Aumento en la velocidad del latido del corazón.

- Desinhibición.
- Confusión.
- Ansiedad y pánico.
- Alucinaciones.

2.4.2. Cocaína

Aunque es producida a partir de un producto natural un tanto variable, mediante un proceso por lotes capaz de una amplia variación, la cocaína cambia relativamente poco en comparación, por ejemplo, con la heroína. En su mayor parte es un polvo cristalino blanco o blanco crema, que con frecuencia es fino y algunas veces húmedo. Para su tráfico internacional, sufre comparativamente pocas adulteraciones (pero no desconocidas) y por lo general tiene una pureza de cerca del 80-90% (como clorhidrato de cocaína). Generalmente, la cocaína es esnifada/inhalada y si bien también puede ser inyectada, esta modalidad es poco usual en la región de Sudamérica. (21)

A nivel mundial, los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) son el grupo de drogas de mayor uso después de la marihuana, con estimaciones que van entre 14 y 53 millones de personas en el caso del grupo de las anfetaminas, y entre 10 y 28 millones de usuarios para las sustancias tipo éxtasis. (28)

En los países de las Américas, el uso de estas drogas es muy variado, con altas tasas de consumo de ETA en Canadá y los Estados Unidos 10,8%. Sin embargo, también se ha detectado un consumo importante de sustancias tipo éxtasis en la población joven de muchos otros países del Hemisferio (27).

Efecto

- Euforia.
- Ansiedad.
- Hablar con exageración.
- Las pupilas se hacen grandes.
- Aumento de los latidos del corazón, la presión arterial y la temperatura del cuerpo.

- Alucinaciones y delirios de persecución.
- Cambios en la percepción y la conducta.
- Sensación de mayor fuerza en los músculos.
- No se siente cansancio.
- Se forma una imagen distorsionada de sí mismo(a).

2.4.3. Heroína

La heroína es una droga opiácea (derivada del opio) elaborada a partir de la morfina, una sustancia natural que se extrae de la vaina de semillas de varias plantas de amapola (adormidera) que se cultivan en el sudeste y sudoeste de Asia, en México y en Colombia (1)

Las estimaciones a nivel mundial señalan que entre 26 y 36 millones de personas la usan. La mitad de ellos (entre 13 y 21 millones) consume opiáceos, principalmente heroína, y el resto abusa de fármacos opioides como: oxicodona, hidrocodona, fentanilo y tramadol. Los mayores niveles de uso de opioides se encuentran en América del Norte 0,5%. En el caso particular de la heroína, el consumo se concentra en los Estados Unidos, Canadá y México con 1%. (27).

En éste último país, el consumo comenzó en la frontera norte y se ha diseminado por todo el país. El consumo de heroína es preocupante también en otros países como Colombia y la República Dominicana, donde es un fenómeno más reciente y al cual se debe prestar mucha atención (27).

Efectos

- Sensación rápida e intensa de placer.
- Sensación de relajación y sueño.
- Ausencia de dolor.
- Pupilas contraídas.
- Boca seca.
- Vómito y náusea.
- Falta de apetito.
- Disminución de la frecuencia respiratoria

- Estreñimiento por la disminución de los movimientos del intestino.
- Inhibición del deseo sexual.
- Lentitud de reacciones y movimientos.
- Juicio alterado

2.4.4. El alcohol

Sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (5).

En el adulto, el alcoholismo es una de las principales causas de deficiencia nutricional, siendo la más común de vitaminas (B6, B1, B2, B12, ácido fólico, C, K, A y D) y minerales (Selenio, Zinc, Magnesio, Hierro y Fósforo); la deficiencia de estos nutrientes causa anemia y problemas del sistema nervioso como el Síndrome de Wernicke-Korsakoff, carencia de vitamina B1 (23)

El alcohol contribuye a una desnutrición al sustituir las calorías buenas provenientes de los alimentos, por calorías malas obtenidas por el mismo alcohol. La intoxicación crónica con alcohol causa daño a nivel hepático y pancreático; el daño a estos dos órganos produce un desequilibrio de líquidos, calorías, grasas, proteínas y electrolitos.

En la actualidad, casi todos los países deben estudiar la mejor manera de hacer frente al abuso de una o más sustancias psicoactivas que causan problemas a las personas, las familias y la comunidad. Esas sustancias comprenden el cannabis, los opioides (como la heroína), la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico, los sedantes y tranquilizantes, los alucinógenos, los disolventes e inhalables y el alcohol (13).

Efecto

- Lagunas mentales.
- Lenguaje poco claro.
- Deterioro de la concentración y atención.
- Se reúne con personas que beben alcohol.
- Presenta actitudes y conductas de rebeldía, agresividad o depresión.
- Miente constantemente.
- Se aísla y se comunica poco
- Presenta trastornos del sueño

2.4.5. Tabaco

El cigarrillo es un sistema de alta ingeniería con un diseño sumamente eficiente de suministro de la droga. Al inhalar el humo de tabaco, el fumador promedio consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo. Cuando se fuma el tabaco, la nicotina llega rápidamente a sus niveles máximos en el torrente sanguíneo y penetra en el cerebro. Un fumador típico la inhala 10 veces a lo largo del periodo de 5 minutos en que el cigarrillo está prendido (32).

Es así que una persona que fuma una cajetilla y media (30 cigarrillos) por día, recibe 300 inhalaciones de nicotina diarias. En el caso de las personas que generalmente no inhalan el humo, como los que fuman pipas o cigarros y los que consumen tabaco sin humo, la nicotina se absorbe a través de las membranas mucosas y alcanza los niveles máximos en la sangre y en el cerebro más lentamente (32).

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 individuos son no fumadores expuestos (fumador pasivo) al humo ajeno. Casi el 80% de los más de mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios, donde es mayor la carga de morbilidad y mortalidad asociada al tabaco (32).

Efectos

- Trastornos del sueño.
- Ansiedad y dependencia al cigarrillo.
- Presenta cambios en la personalidad y humor.
- Pérdida del apetito.
- Tos seca e irritativa persistente.
- Olor desagradable en la piel, cabello e incluso ropa.
- Halitosis.
- Dedos, dentadura amarillos.
- Baja resistencia física por falta de oxígeno.
- Cefalea.

2.4.6. LSD

Son las siglas en inglés de la dietil-amida de ácido lisérgico (LSD). Esta es una droga ilegal que se presenta en forma de polvo blanco o de un líquido claro sin color. Está disponible en forma de polvo, líquido, tableta o cápsula. El LSD normalmente se ingiere por vía oral. Algunas personas lo inhalan por la nariz (aspirado) o lo inyectan en una vena. (33).

El LSD puede dañar el cuerpo de diferentes maneras y puede llevar a padecimientos como: Aumento en el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal, Insomnio, inapetencia, temblores y sudoración, Problemas mentales que incluyen ansiedad, depresión y esquizofrenia (33).

Efectos

- Euforia.
- Insomnio e hiporexia.
- Extroversión y verborrea.

- Trastornos en la percepción sensorial, alucinaciones visuales y auditivas
- .Movimientos involuntarios extremidades, mandíbula y rigidez muscular.
- Sudoración, escalofrío
- Taquicardia e hipertensión.
- Ansiedad, confusión.

2.4.7. Isarcol (Cemento de contacto)

Es conocido como acetato de polivinilo, también se llama ‘solución’, ‘soluca’, en el grupo de personas que lo usa como un estupefaciente. Es la droga más barata y de venta libre. Basta que un niño o adolescente llegue a una ferretería con menos de cincuenta centavos de dólar y accede tranquilamente a un tarro completo de Cemento de Contacto de la marca que sea. (34)

Los efectos que aparecen después de inhalarlo son: Taquicardia, parestesias en cara y el cuerpo. Si es constante en este proceso, comenzará a alucinar con sus propios fantasmas y otras imágenes. A veces demorará más de un día en volver a la normalidad. (35)

Efecto

- Al principio, desinhibición, euforia y luego sueño.
- Parestesias y mareo.
- Visión borrosa y acufenos.
- Disartria.
- Ataxia, pérdida del equilibrio.
- Trastornos de la percepción del medio (Sensación de flotar).
- Alucinaciones.
- Trastornos de conducta.
- Hiperemia conjuntival y lagrimeo.
- Rinorrea.

- Tos seca e irritativa.
- Alcanzan sus efectos en pocos segundos, por lo que pueden provocar muerte desde la primera inhalación.

2.4.8. Impacto social

El Informe Mundial de Drogas 2018 de Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) donde se evidencia que los mercados de sustancias psicoactivas se están expandiendo con la producción de cocaína y opio alcanzando niveles récord, presentan múltiples desafíos en varios frentes. "UNODC se compromete a trabajar con los países para buscar soluciones equilibradas e integrales a los desafíos de las drogas y para avanzar hacia el logro de los objetivos de desarrollo sostenible (36).

La producción mundial de cocaína alcanzó en 2016 el nivel más alto jamás reportado, con un estimado de 1,410 toneladas. La mayor parte de la producción proviene de Colombia. El informe también señala que África y Asia están emergiendo como centros de tráfico y consumo de cocaína. (36).

El uso de distintos tipos de drogas por parte de los seres humanos no es un fenómeno nuevo. Sustancias como el alcohol en Europa; las hojas de coca en la cordillera andina; los derivados del cannabis en los países Árabes o el opio en el Extremo Oriente son conocidos y utilizados desde la antigüedad (36).

En el año 2016 a 2017, la producción global de opiáceos aumentó en un 65 % alcanzando las 10,500 toneladas, la estimación más alta registrada por UNODC desde que comenzó a monitorear la producción mundial de opio a principios del siglo XXI. Un marcado incremento en el cultivo de amapola y la mejora gradual de los rendimientos en Afganistán dio lugar a que allí la producción de opio el año pasado alcanzara las 9,000 toneladas (36).

El problema de las drogas tal como hoy lo conocemos surge a finales de los años 60 y principios de los 70. Las razones que explican su aparición son múltiples, pero entre las principales habría que incluir: la “globalización del mercado de las drogas” que

hace posible que, los individuos de muchas comunidades, puedan acceder a sustancias hasta entonces desconocidas en su entorno; la creciente importancia en nuestra sociedad de valores en los que se resaltan el individualismo y el hedonismo y la asunción por parte de algunos movimientos sociales muy importantes para los jóvenes de distintas épocas (por ejemplo el movimiento hippie en los años 70) del tema de las drogas como elemento identificativo (36) .

Pero las drogas no representan solamente un problema sanitario. A veces el impacto sobre la vida de la persona puede llegar a ser tan o más grave que las enfermedades que lleva asociadas: alteraciones psicológicas, conflictos de relación (de amistad, de pareja, con la familia, con los compañeros de trabajo) y trastornos del comportamiento (dificultades de escolarización, problemas laborales, actos delictivos, conflictos legales, accidentes, etc.) .Las drogas afectan a la persona de manera global, y consecuentemente afectan al conjunto de la sociedad (36).

El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad, además una proporción importante debido al uso nocivo del alcohol corresponde a los traumatismos, sean o no intencionados, en particular los resultantes de accidentes de tránsito, actos de violencia y suicidios (5).

2.4.9. Impacto en la salud

Las cifras sobre la prevalencia del consumo de sustancias mencionadas anteriormente ofrecen una idea del alcance del problema, pero no dan un panorama completo sobre el impacto que tiene sobre la salud y la sociedad. Desde la perspectiva de la salud, el uso del alcohol y otras drogas constituye factores de riesgo importantes para la salud, lo cual se refleja principalmente en días vividos sin salud, pero también y de manera creciente, en la mortalidad (27).

Las drogas afectan a la salud de quien las toma. Todos los sistemas orgánicos (circulatorio, digestivo, nervioso, endocrino) experimentan sus efectos negativos. Además, el consumo de drogas puede llegar a provocar la aparición de graves trastornos psicosociales Al momento de ser introducidas al cuerpo humano, las drogas

atraviesan por un proceso que consta de cuatro momentos: la absorción de la droga por el cuerpo, la distribución de la droga en el cuerpo, la bio-transformación y la eliminación de la droga (28).

La absorción, se refiere al proceso por el cual la droga, a través de los tejidos, pasa al torrente sanguíneo. La administración de las drogas pueden ser: (vía oral, vía rectal, inyección - intravenosa, intramuscular o subcutánea, inhalación, absorción a través de la piel, absorción a través de las membranas mucosas) La dosis (cantidad), y la forma de la dosis pueden ser : (en líquido, tableta, cápsula o inyección). La bio-transformación de la droga ocurre en las células del hígado, sitio donde se llevan a cabo los procesos metabólicos ayudados por enzimas. También intervienen en esta acción el plasma sanguíneo, la función del sistema renal y el aparato gastrointestinal. (37).

Otros problemas no menos importantes relacionados con el consumo recreativo se derivan del hecho de que los efectos de las sustancias, en muchas ocasiones, convierten a los individuos en imprudentes, haciendo que se comporten de forma irresponsable y asumiendo riesgos que en condiciones normales no se correrían. Basta citar como ejemplo la importancia que esos consumos pueden tener a la hora de explicar el establecimiento de relaciones sexuales arriesgadas (37).

En los contextos recreativos, cuando se consumen drogas y se mantienen relaciones bajo sus efectos, aumenta la probabilidad de hacerlo sin tomar las debidas precauciones, incrementándose enormemente el riesgo de que se produzcan embarazos no deseados o contagios de enfermedades de transmisión sexual (5).

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre los sexos. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos (5).

A nivel mundial, las muertes causadas directamente por el uso de sustancias aumentaron en un 60 % entre 2000 y 2015. Las personas mayores de 50 años representaron el 27 % de estos decesos en el año 2000, pero esta cifra aumentó al 39 % en 2015. Alrededor de las tres cuartas partes de las muertes asociadas a trastornos por consumo de drogas entre los mayores de 50 años se encuentran en usuarios de opioides (29).

2.4.10. Reglamento de Centros de Salud

Según el Reglamento de Control a Centros de Recuperación de Personas con adicción, señala que tienen como finalidad ofrecer programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social a personas con cualquier adicción por el consumo de alcohol, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generen dependencia, las mismas que estarán bajo la responsabilidad de un profesional de la salud con formación de cuarto nivel (7).

Los centros se dividen en las siguientes categorías:

- Centros de Desintoxicación o Pre comunidad: que brinden internamiento para desintoxicación y el tratamiento agudo a personas con algún tipo de adicción y asistencia a sus familias.
- Comunidad Terapéutica (de acuerdo a la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas- (FLACT)).
- Centros de Tratamiento Biomédicos: que incluyen Desintoxicación y Comunidad Terapéutica (respaldados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV y el CIE-10).

Además deben contar con un Plan de Atención Institucional (PAI) dentro del cual constará la estructura orgánica funcional, reglamento interno, manual de funciones, fines y objetivos del centro, programa terapéutico, instrumentos terapéuticos, códigos de ética, diario vivir, protocolos, historias clínicas y record del paciente (7).

Los programas terapéuticos básicos deberán contemplar: el modelo terapéutico a seguir; en el caso de las Comunidades Terapéuticas (científicamente respaldado y abalizado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y en los Centros de Desintoxicación y Biomédicos, éstos deben ser sugeridos por el (MSP) de acuerdo al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) IV. (32)

El tiempo estimado de tratamiento de acuerdo al modelo; no menor a 6 meses en comunidad terapéutica o un máximo de 28 días en desintoxicación. Los Profesionales y terapeutas deben ser previamente acreditados de acuerdo a su perfil de personalidad, capacidad y experiencia en el área para cumplir los objetivos y planes del modelo (7).

Las Condiciones para la alimentación de las personas con algún tipo de adicción en estos centros dependerán de su cobertura alimenticia, dietas especiales, dietas para adictos con enfermedades adicionales y deberán ser adecuadas, suficiente que respondan en calidad, cantidad, nutritiva y condiciones de higiene adecuada (33).

La alimentación será brindada en horarios regulares (desayuno, almuerzo, merienda y refrigerios), y su suspensión o limitación, como medida disciplinaria, está totalmente prohibida. Se respetará aspectos filosóficos, culturales y religiosos de dichas personas, determinadas por su situación particular. Los Centros de Rehabilitación contarán para el efecto con el personal de nutrición adecuado como médico endocrinólogo, nutricionista y personal responsable de la preparación de los alimentos. (7).

Dentro de los derechos de los y las pacientes están: el derecho a una alimentación, con cantidad y calidad en condiciones saludables, a una nutrición adecuada y suficiente para el desarrollo físico mental, emocional y psicológico del o la paciente y el derecho a estar oportuna y permanentemente informado sobre el tratamiento que va a recibir, sus riesgos y beneficios, costos, el tiempo aproximado que va a durar y los medicamentos que le van a ser suministrados, así como conocer previa y totalmente las instalaciones físicas del Centro de Recuperación (7).

El ingreso a los Centros de Rehabilitación de las personas con algún tipo de adicción, se realizará previo al diagnóstico de un médico especializado en drogodependencia o

de un psiquiatra, para cuya formulación podrán realizar exámenes e interconsultas correspondientes con otros profesionales, como el psicólogo clínico. Dichos profesionales deben pertenecer a los servicios de la Red Pública y Privada, Consulta Externa y Complementaria de Salud, o Centros de Desintoxicación (7).

Para ingreso, se contará con los siguientes requisitos:

Exámenes médicos: toma de signos vitales: Presión arterial, saturación del ritmo cardiaco.

Exámenes de laboratorio (doping) (coger la orina limpia a mitad del chorro).

Examen Psicológico Clínico: Se enfoca en los aspectos intelectuales, emocionales, sociales y del comportamiento humano. (31)

El médico de la red pública o privada, certificará bajo su responsabilidad si él o la paciente necesitan tratamiento con internamiento, debiendo además el o la paciente, en uso de su conciencia y voluntad, conocer el tratamiento que recibirá y otorgar su consentimiento por escrito. (Formulario 024, autorizaciones y consentimiento informado), debe utilizarse, obligatoriamente, la historia clínica única. En el caso de que él o la paciente no puedan decidir por sí mismo, lo hará por él su cónyuge, su pareja en unión de hecho, sus parientes hasta dentro del cuarto grado de consanguinidad (7).

Su reglamento deberán contar con: registro de ingreso y egreso de los y las pacientes, mantener en archivo la constancia de su historia clínica, base de datos en donde deberá constar número de la historia clínica, código del paciente, fecha de nacimiento, sexo; procedencia, ocupación, grado de instrucción; código de diagnóstico según el Control Internacional de Enfermedades (CIE10), nombres y apellidos, número de cédula de ciudadanía, estado civil; contrato terapéutico suscrito entre las partes, el mismo que contendrá explícitamente el tipo de tratamiento a recibir (desintoxicación, comunidad terapéutica o biomédico), tiempo aproximado de internamiento y los costos que hubieren sido aceptados con la firma del o la paciente y de la persona que solicitó su ingreso; autorización, dirección domiciliaria, número de teléfono del representante legal; y, datos de afiliación y record del paciente en los casos de comunidad terapéutica (7).

2.4.11. Tratamiento y Rehabilitación de las drogas

La rehabilitación puede definirse como la recuperación de personas que han desarrollado una adicción a sustancias psicoactivas a su antiguo estado, habilitándolo de nuevo su calidad de vida. El tratamiento en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social (45).

Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de Salud (OMS) en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (45).

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ex Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito) titulada Demand Reduction – A Glossary of Terms se añade: “Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodependencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales (45).

El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con éste” (17). El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas intervenciones se ven afectadas por diversos

factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo (32).

La investigación muestra que la combinación de medicamentos para el tratamiento (cuando corresponda) con la terapia conductual es la mejor manera de garantizar el éxito en la mayoría de los pacientes. Los enfoques de tratamiento deben ser diseñados para tratar los patrones de consumo de drogas y los problemas médicos, psiquiátricos y sociales de cada paciente relacionados con las drogas (8).

2.4.12. Manejo de la intoxicación aguda por opiáceos y síndrome de abstinencia

Consiste en la aparición de un síndrome específico, generalmente reversible, debido al consumo reciente de los mismos. La gravedad del cuadro está relacionada con la dosis de administración, tipo de sustancia, la susceptibilidad individual, así como la asociación a otras sustancias. El manejo dependerá de la gravedad de la intoxicación pasando desde un manejo estrictamente observacional a un manejo intrahospitalario especializado interdisciplinario que requiera cuidados intensivos (9).

El diagnóstico se confirma mediante la historia clínica, por hallazgos encontrados en el examen físico, (sitios de veno-punción), al revertir los síntomas del antídoto (naloxona) (9).

Existen diferentes tipos de medicamentos que pueden ser útiles en distintas etapas del tratamiento para ayudar a que un paciente deje de abusar de las drogas, continúe con el tratamiento y evite las recaídas. Los descubrimientos científicos conducen a los avances en el tratamiento del abuso de las drogas (8).

2.4.13. Tratamiento de mantenimiento

Los medicamentos, como la metadona, la buprenorfina y la naltrexona, se usan para tratar el mantenimiento del tratamiento en personas adictas a las sustancias opioides, mientras que para los adictos al tabaco existen preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. El disulfiram, el acamprosato y la naltrexona son medicamentos usados

para tratar la dependencia al alcohol, la cual se presenta comúnmente junto con otras drogadicciones. De hecho, la mayoría de las personas con adicción severa son consumidores de diversas drogas y requieren tratamiento para todas las sustancias que abusan. Incluso se ha comprobado que las personas que tienen problemas con el alcoholismo y el tabaquismo pueden recibir tratamiento simultáneamente para ambos problemas (51).

2.4.14. Tratamiento de Abstinencia

El médico especialista en adicciones es el indicado en realizar el tratamiento de abstinencia a los pacientes que dejan de consumir drogas por primera vez, porque pueden experimentar varios síntomas físicos y emocionales, como depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo, así como intranquilidad o insomnio. Por la cual existen ciertos medicamentos que están diseñados para reducir estos síntomas, lo que facilita la detención del consumo de drogas (8).

2.4.15. Continuación del Tratamiento

Algunos medicamentos se utilizan para ayudar al cerebro a adaptarse gradualmente a la ausencia de la droga adictiva. Estos medicamentos actúan lentamente para evitar el deseo de consumir la droga y tienen un efecto calmante sobre los sistemas del cuerpo. Pueden ayudar a los pacientes a concentrarse en la terapia y en otras psicoterapias relacionadas con su tratamiento contra las drogas (8).

2.4.16. Prevención de Recaídas.

La ciencia nos ha enseñado que el estrés, los indicios vinculados a la experiencia con drogas (como personas, lugares, cosas y estados de ánimo), y la exposición a las drogas son los desencadenantes más comunes de una recaída. Se están desarrollando medicamentos para interferir con estos disparadores a fin de ayudar a los pacientes a mantener la recuperación (8).

Los tratamientos conductuales ayudan a que la persona participe en el tratamiento de trastornos provocados por el consumo de sustancias, modificando sus actitudes y comportamientos relacionados con el consumo de drogas y el aumento de sus

habilidades para la vida, con el propósito de manejar circunstancias estresantes e indicios ambientales que podrían desencadenar una intensa ansia de drogas y dar lugar a otro ciclo de consumo compulsivo. Las terapias conductuales también pueden mejorar la eficacia de los medicamentos y ayudar a las personas a permanecer más tiempo en el tratamiento (8).

2.4.17. Terapia cognitiva conductual

El asesor mental (sicoterapeuta o terapeuta) busca ayudar a los pacientes en una cantidad de sesiones a reconocer, evitar y hacer frente a las situaciones en las que son más propensos a abusar de las drogas (8).

2.4.18. Reforzamiento sistemático

El especialista (psicólogo) utiliza el refuerzo positivo, como el otorgamiento de recompensas o privilegios por estar libres de drogas, por asistir y participar en las sesiones de terapia de apoyo psicológico o por tomar medicamentos para el tratamiento según las indicaciones del médico especialista. (8).

2.4.19. Terapia de estímulo motivacional

Se utiliza estrategias de terapia de apoyo psicológico para producir cambios rápidos en el comportamiento, motivados internamente, para dejar de consumir drogas y facilitar el inicio del tratamiento (8).

2.4.20. Terapia familiar (en especial para los jóvenes)

Aborda los problemas de drogas de una persona en el contexto de las interacciones familiares y su dinámica, que podrían contribuir al consumo de drogas y otras conductas de riesgo, busca fortalecer las relaciones familiares mejorando la comunicación y la capacidad de los miembros de la familia para apoyar la abstinencia de las drogas (8).

2.4.21. Tratamiento con antagonistas opiáceos

Se basa en la tolerancia cruzada de opiáceos con otros y consiste en sustituir el opiáceo usado por el paciente el medicamento de vida media larga y más fácil manejo

entre ellas podemos mencionar naloxona y naltrexona, un antagonista opiáceo de acción prolongada (9).

2.4.22. Tratamiento con antagonistas $\alpha 2$ pre- sinápticos

Se basa en la estimulación de los receptores del locus coeruleus del mesencéfalo, muchas veces abreviado como (LC) es una región anatómica en el tallo cerebral involucrada en la respuesta al pánico y al estrés. Bloqueando así la sintomatología neurovegetativa del síndrome de abstinencia (9).

2.4.23. Tratamiento sintomático

El médico especializado utiliza como tratamiento complementario o para tratar complicaciones. Entre estos figuran analgésicos, no esteroides, antieméticos, benzodiacepinas, antidepresivos, anti cólicos y antipsicóticos (9).

El medicamento recomendado por el MSP 2015 para la desintoxicación rápida y sin dolor de la heroína es la metadona que es un opiáceo sintético, el proceso puede durar de 14 y 21 días, y luego se puede reducir la dosis hasta obtener la abstinencia, algunos de los efectos son diarrea, náusea, vómito, los cuales se pueden tratar con otros medicamentos y duran hasta 6 días, pero en personas con un consumo crónico y función hepática normal se pueden prologar hasta un día y medio. La metadona se toma por vía oral, aunque rara vez también por inyección en músculo o en vena (7) (8).

Otros medicamentos recomendados son la bupremorfina que es un opiáceo semisintético, que provoca una menor dependencia a la heroína y síntomas de abstinencia, la noraxina que es indicada en sobredosis de drogas a más de los opioides, dentro los efectos se encuentran las náuseas, vomito convulsiones; y la naltrexona o naltraxona, disponible vía oral, muy usado en el tratamiento de la intoxicación aguda de opiáceos como la heroína, morfina y la codeína, ayuda a reducir la ansiedad de los narcóticos o del alcohol, uno de sus efectos adversos son mareos, náuseas y vómitos y también falta de apetito (9) (8).

Los medicamentos que usan en este centro de salud son la carbamazepina, que es un fármaco anticonvulsivo y estabilizador del estado de ánimo utilizado, principalmente, para controlar las crisis epilépticas y el trastorno bipolar. Este fármaco es un anticonvulsivante, relacionado químicamente con los antidepresivos tricíclicos, la dosis es de 1-4 por 3 días 50g 3 veces al día, los tres días siguientes 100g cada comida 3 veces al día y los tres días siguientes 100g mañana 100 tarde 200 noches y después de este proceso se administra ácido fólico, además de 1 dextrosa una diaria.

- B Dex 1000ml 250ml 1 bolo IV 125moll
- Lactato de ringer 2ml 125ml/h IV
- Ácido fólico 1mg * 9 días

2.5. Estado Nutricional

Es el estado de salud de una persona en relación con los nutrientes de su régimen de alimentación. La evaluación de la composición corporal es uno de los aspectos básicos de la salud pública. Son muy diversos los métodos que se emplean en esa tarea y su selección depende del objetivo que se asigne a la evaluación (18)(19).

El adulto comprende entre los 18 y los 64 años por haber concluido su fase de crecimiento, ofrece para la estimación de su estado nutricional, la evaluación del peso, la estatura que haya alcanzado, obteniendo el Índice de Masa Corporal (IMC) con la curva ponderal del tejido magro integrado por la masa muscular, y el tejido graso (54).

2.5.1 Técnica para la evaluación del estado nutricional

Existen múltiples fórmulas para determinar la relación de peso/talla y obtener el IMC más la superficie corporal: Método de Bois y el Método de Mosteller. Se utilizó en este estudio la fórmula de la Organización Mundial de la Salud para calcular la relación de peso y talla. Formula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$ (55).

2.5.2. Antropometría

La antropometría es uno de los métodos que se emplean para la medición del tamaño corporal, el peso y las proporciones, que constituyen indicadores sensibles de la salud, desarrollo y crecimiento (54).

Los cambios ocurridos en los estilos de vida, en la nutrición y en la composición racial o étnica de las poblaciones, conllevan a cambios en la distribución de las dimensiones corporales, y con ellos surge la necesidad de actualizar constantemente la base de datos antropométricos (21).

2.5.3. Talla

La estatura (talla) designa la altura de un individuo. Generalmente se expresa en centímetros y viene definida por factores genéticos y ambientales. La mujer llega a su estatura máxima a la edad de los 15 años y el hombre más tarde, alrededor de los 20 años. La estatura puede verse alterada durante la infancia o la adolescencia por ciertas enfermedades (56)

2.5.4. Peso

El peso se toma en kilogramos (Kg), se determina en una báscula calibrada, la medición con el individuo debe estar usando la menor ropa posible y sin zapatos, erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos a los lados (8).

2.5.5. Índice de masa corporal

El Índice de Masa Corporal (IMC), es un simple pero objetivo indicador antropométrico del estado nutricional de la población, que está influenciado por la talla en el periodo intrauterino, la talla al nacer, el estatus socioeconómico, cambios estacionales en la disponibilidad de alimentos. Para ellos se toma la estatura mediante el tallímetro según la técnica. El individuo debe estar en posición vertical y se mide

desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de firmes, (se mide en centímetros) (8).

El IMC se determina con el peso actual en kg, dividido por la estatura en metros cuadrados (m^2) (20). Es un indicador muy económico, fácil de recolectar y analizar.

El peso y la talla son los parámetros utilizados para obtener el $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$. Puede ser utilizado para vigilancia en cualquier encuesta nutricional o para monitorear seguimientos interregionales, internacionales, o estudios comparativos dentro de la misma región o país. Esto demuestra que es una variable estandarizada y válida para este tipo de estudios (8).

Tabla 1. Clasificación del IMC para adultos.

IMC	Clasificación
< 18,5	Delgadez o bajo peso
18,5 - 24,9	Normal o saludable
25,0 - 29,9	Sobrepeso
30,0 - 34,9	Obesidad grado I
35,0 - 39,9	Obesidad grado II
$\geq 40,0$	Obesidad grado III o mórbida

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2010.

2.6 Alimentación en pacientes en proceso de desintoxicación

La dieta balanceada puede ayudar en los casos de desintoxicación, debe ser de calidad para mejorar el estado de ánimo del paciente, ya que sus problemas de drogadicción son por estados de ánimo de depresión, ansiedad. El consumo de drogas disminuye el apetito, influyen directamente en la alimentación, lo que lleva al consumo de los alimentos potencialmente deficientes en nutrientes, y por ello es importante, la prescripción de alimentos que influyan en el estado de ánimo y la química del cerebro (4).

Los carbohidratos que son la principal fuente de energía del cuerpo, e influyen en la producción de serotonina sustancia que está presente en las neuronas , es producida por el cuerpo humano, encargada de transmitir señales entre las neuronas y filtros nerviosos ,funciona como neurotransmisor facilita el humor estable, ayuda en el sueño y a controlar los antojos. Los bajos niveles de serotonina pueden causar problemas de sueño, irritabilidad y depresión. La liberación de insulina tras la ingesta de hidratos de carbono ayuda a que la glucosa al entrar en las células se utilice para producir energía y provocar la entrada de triptófano en las células cerebrales. El triptófano es un aminoácido esencial que el cuerpo no puede sintetizarlo y hay que conseguirlo a través de la alimentación. (4).

Los aminoácidos, bloques de construcción de proteínas, son la base de los neurotransmisores. Los bajos niveles de neurotransmisores, particularmente dopamina ayudan al individuo a sentirse mejor. La dopamina se sintetiza a partir del aminoácido tirosina. Si un individuo carece de cualquiera de los aminoácidos mencionados, la síntesis de la respectiva neurotransmisión se interrumpe, afectando el estado de ánimo, la agresión y la necesidad de consumo de drogas o alcohol (4).

2.6 .1 Requerimientos nutricionales

Para que la dieta sea adecuada y nutricionalmente equilibrada tienen que estar presentes en ella la energía y todos los nutrientes en cantidad, calidad adecuada y suficiente, para cubrir las necesidades del ser humano y conseguir un óptimo estado de salud. Unos nutrientes se necesitan en mayores cantidades que otros, pero todos son igualmente importantes desde el punto de vista nutricional. Según esto, el esquema general y teórico de la nutrición es muy sencillo, se trata por un lado, de conocer las necesidades de energía y nutrientes de un individuo y por otro su ingesta real (18).

La distribución calórica de la ingesta debe mantener una proporción correcta de 10-15% del valor calórico total de proteínas, 50-60% en forma de hidratos de carbono y 30-35% como grasa. La distribución calórica del día debe realizarse de acuerdo a las actividades desarrolladas de los pacientes, evitando comidas o ingerir algunas excesivamente copiosas. Es fundamental fortificar el desayuno, evitar picoteos entre

horas y el consumo indiscriminado de colaciones. Se sugiere un régimen de cuatro comidas con la siguiente distribución calórica: desayuno, 25% del valor calórico total; almuerzo, 30%; merienda, 15-20%, y cena 25-30% (45).

La comparación de ambos componentes puede servir de referencia para la valoración del estado nutricional juzgado por la dieta, tanto en individuos como en grupos.

Tabla 2. Recomendaciones nutricionales.

Categoría	Energía	Proteína	Grasa	Carbohidratos
Edad (años)	Kcal	Gr	Gr	Gr
Hombres				
18 -39 años	3.000	112	83,33	450
40-49 años	2.850	106	79,16	427
50-59 años	2.700	101	75	405

Puente: FAO/WHO/UNU Expert consultation report. Energy and protein requirements. Technical report series 724.

2.6.2. Evaluación dietética

El estado nutricional es el resultado del equilibrio entre la ingestión de alimentos y las necesidades nutricionales de los individuos, es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social (31).

Al realizar esta evaluación nos permite obtener información sobre los alimentos consumidos por individuos o grupos. La estimación de la ingesta de nutrientes implica además el valor del contenido de energía y nutrientes de estos alimentos usando valores derivados de las tablas de composición de alimentos, programas de análisis nutricional por software o análisis químico directamente de los alimentos. Su práctica requiere un adecuado cuidado con lo que se van a utilizar (raciones, tazas, cucharadas, gramos etc.) (59).

La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedad cardiovascular, algunos tipos de cáncer, diabetes, obesidad y osteoporosis, en todo el mundo, pone de manifiesto la necesidad de mejorar los métodos de evaluación de ingesta dietética de los alimentos con el propósito de identificar el rol de la nutrición en la etiología y prevención de estas enfermedades (59).

2.6.3. Método de Peso Directo

Se basa en registro directo del peso o volumen de los alimentos ingeridos a lo largo de diversos periodos. Es necesario pesar y medir todos los alimentos que serán ingeridos por el individuo para luego pesar los sobrantes o restos que haya dejado de ser el caso. Los mejores resultados se alcanzan cuando se cubre al menos una semana de consumo. Este es un método muy preciso para evaluar el consumo de alimentos sobre todo cuando se va a realizar estudios de investigación, pero es poco práctico en individuos que realizan comidas fuera de casa y cuando se requiere de programas intensos de capacitación para el encuestador o para el encuestado dependiendo de quién llevará a cabo el registro (47).

Para determinar el valor nutritivo de los alimentos consumidos se utiliza tablas de composición de alimentos; se debe elegir tablas que den datos apropiados sobre la composición de éstos. En la actualidad es conveniente calcular el valor calórico de proteínas, lípidos e hidratos de carbono de la dieta (48).

CAPÍTULO III

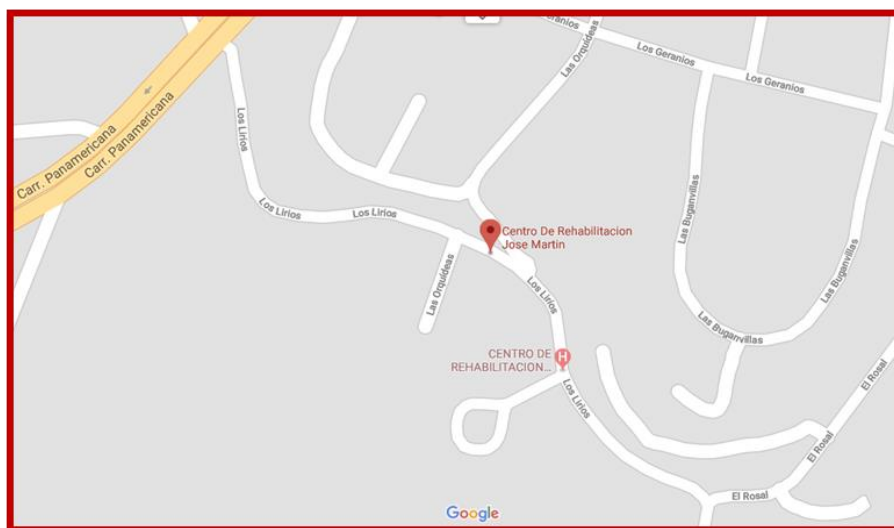
3 Metodología

3.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal con enfoque cuantitativo.

3.3. Localización y ubicación el estudio

El presente estudio se realizó en el Centro de Rehabilitación “José Martín”, una unidad de salud privada de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, localizada en el Barrio Chorlavi. Calle Los Lirios s/n a dos kilómetros de la ciudad, en el período comprendido entre enero a junio del año 2018. Es una institución que tiene la denominación de sociedad civil con prestación de servicios para pacientes con problemas de adicción al alcohol y estupefacientes desde hace 17 años. Funciona en la Antigua Hostería Chorlavi. Como institución para atención a pacientes con problemas especiales tiene permiso de funcionamiento en calidad de CETAD (Centro especializado para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y pertenece a una red de centros con otra sucursal en la ciudad de Quito.



Fuente: Mapas (Google)

3.4. Población y muestra

El Centro de Rehabilitación “José Martín” tiene un universo de pacientes conformado de 60 individuos masculinos de diferentes grupos etarios, nacionalidades y etnias. La muestra seleccionada mediante criterios de inclusión y exclusión fue de 50 personas, distribuidos según grupos etarios de adultos acorde a la clasificación de la OMS (1).

3.5. Criterios de inclusión

- Adultos ingresados en el Centro de Rehabilitación “José Martín” de Ibarra con Historia Clínica que cumplan con los rangos de edad de 18 a 35 siendo adultos jóvenes y 36 a 64 denominándose adultos.

3.6. Criterios de exclusión

- Trastornos en la alimentación: Bulimia, Anorexia.
- Trastornos psiquiátricos de alto riesgo
- Prescripción médica de dieta por problemas específicos.

3.7. Variables de estudio

Variables características sociodemográficas

- Grupo etario: adultos (OMS) (1)
- Estado civil
- Etnia
- Nivel de instrucción

Variables proceso de deshabitación

- Tiempo en rehabilitación
- Estupefaciente consumido

Estado Nutricional

- IMC

Características Dietéticas

- Porcentaje de adecuación de la dieta de macronutrientes y energía.

3.8. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	Edad	18 a 35 años Adulto Joven
		36 a 64 años Adulto
	Estado civil	Casado
		Soltero
		Viudo
		Divorciado / Separado
		Unión Libre
	Etnia	Blanco
		Afro Ecuatoriano
		Indígena
		Mestizo
	Origen	Ecuatoriano
		Latino
		Norteamericano
	Instrucción	Sin instrucción
		Alfabetizado
		Primaria
		Secundaria
		Superior
	PROCESO DE DESINTOXICACIÓN	Tiempo en rehabilitación
3 - 6 meses		
6 - 12 meses		
1 – 2 años		
> 2 años		

ESTADO NUTRICIONAL	Antropometría IMC	<18,5 Delgadez
		18,5-24,9 Normal
		25,0-29,9 Sobrepeso
		30,0-34,9 Obesidad I
		35,0-39,9 Obesidad II
		≥ 40,0 Obesidad III
PORCENTAJE DE ADECUACIÓN DE DIETA	Porcentaje de adecuación de energía por peso directo de alimentos	< 90% Subalimentación
		90%-110% Adecuado
		>110% Sobrealimentación
PORCENTAJE DE ADECUACIÓN DE DIETA	Porcentaje de adecuación de macronutrientes por peso directo de alimentos	< 90% Déficit
		90%-110% Adecuado
		>110% Exceso

3.9. Métodos y técnicas de recolección de datos

En la presente investigación para la recolección de datos sociodemográficos se aplicó una encuesta, así como también para determinar el consumo de alimentos y el aporte nutricional de los mismos se aplicó la técnica de peso directo de alimentos de cinco días; para esto se procedió a pesar todos los alimentos de los tres tiempos de comida antes de que el paciente ingiera la dieta y no se registró el peso de los residuos porque no existieron durante el período de estudio. Se determinó el consumo calórico total y de macronutrientes del menú servido basado en los alimentos de consumo más frecuente. Para la evaluación del consumo de alimentos se realizó el análisis químico del menú patrón, utilizando la tabla de composición de alimentos ecuatorianos, donde se evaluó los macronutrientes en base a los rangos establecidos por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (1).

3.13 Procesamiento y análisis de datos

La información obtenida se ingresó en una base de datos diseñada en el programa Excel versión 2016, Microsoft Excel 97-2003 para ser validados en el programa estadístico Epi info 7, finalmente se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS versión 25, con la prueba Rho Spearman, logrando un análisis descriptivo y relación de variables; para posteriormente representar los datos en tablas y gráficos presentados en Word.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 3.- Datos sociodemográficos de edad, etnia, instrucción, estado civil y nacionalidad de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.

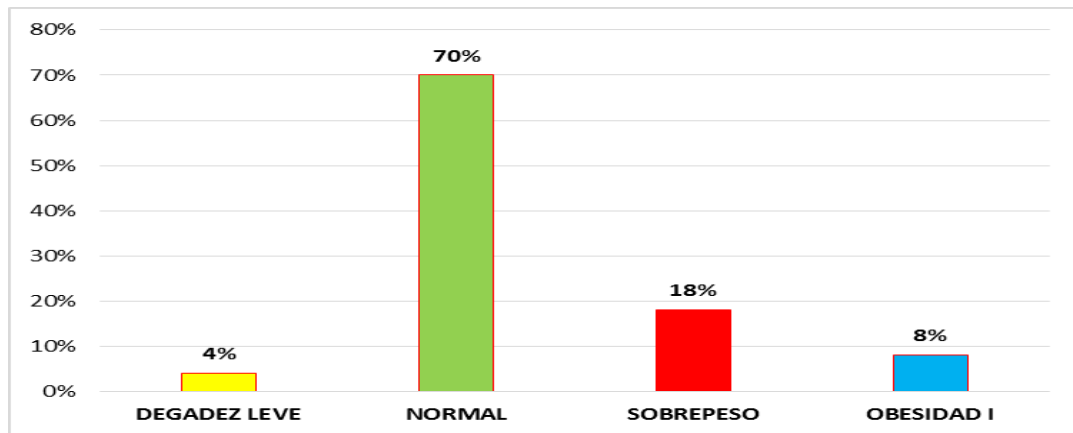
EDAD (n=50)		N	%	ESTADO CIVIL (n=50)		N	%
18 a 35 años	Adulto Joven	42	84	Casado		42	84
36 a 64 años	Adulto	8	16	Soltero		3	6
				Viudo		3	6
				Divorciado		2	4
ÉTNIA (n=50)				NACIONALIDAD (n=50)			
Blanco		4	8	Ecuatoriano		43	86
Afro Ecuatoriano		2	4	Latino		5	10
Indígena		1	2	Americano		2	4
Mestizo		43	86				
INSTRUCCIÓN (n=50)							
Primaria		1	2				
Secundaria		43	86				
Superior		6	12				

Fuente: Encuesta aplicada en la población investigada Centro de Rehabilitación José Martín

Autor/a: Marisol Cedeño

Según los resultados de las características sociodemográficos, se evidencia que por edad, el grupo etario en el rango entre 18 a 35 años (adulto joven) corresponde al 84% y el 16% al grupo de 36 a 64 años. En el estado civil predomina el 84 % de casados, solteros y viudos con el mismo porcentaje de un 6% y apenas un 4% de divorciados. En relación a la etnia, con mayor porcentaje del 86% corresponde a Mestiza, y en menores porcentajes con el 8% blanca, 4% Afro-ecuatoriano y un 2% Indígena. La nacionalidad de los pacientes es 86% ecuatoriano con instrucción secundaria en un 86% y un nivel superior de estudio en un 12% de la población de estudio. En la instrucción predominó la secundaria con el 86%, seguido de superior con el 12% y apenas un 2% con primaria.

Gráfico 1.- Estado nutricional de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.

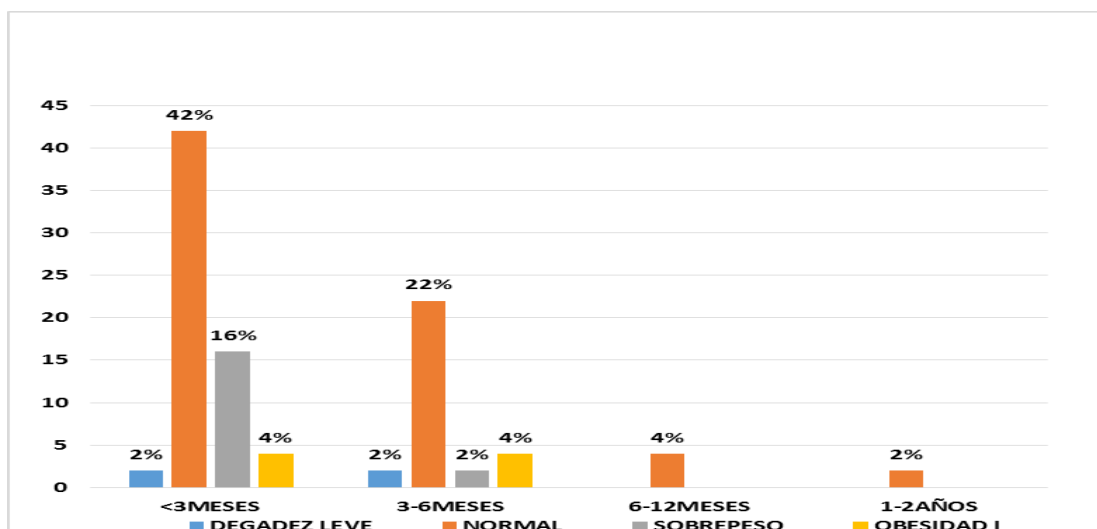


Fuente: Encuesta aplicada en la población investigada Centro de Rehabilitación José Martín

Autor/a: Marisol Cedeño

En cuanto al estado nutricional de los pacientes calculado mediante el IMC, refleja que el mayor porcentaje de población tiene un estado nutricional Normal con un 70%, Sobrepeso encontramos el 18% y obesidad grado I con el 8% de la muestra poblacional, a diferencia de los hallazgos encontrados en el estudio de Estévez, Clarisa de la Universidad FASTA, Argentina en donde se encontró en una población similar, en recuperación de pacientes alcohólicos que evidenció el estado de nutrición normal 33% y sobrepeso 32%, lo cual indica que existen otros factores además de la alimentación que contribuyan al predominio de pacientes con estado nutricional normal y sobrepeso (12).

Gráfico 2. Relación del Estado nutricional con el tiempo de rehabilitación de los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín.



Fuente: Encuesta aplicada en la población investigada Centro de Rehabilitación José Martín
Autor/a: Marisol Cedeño

El estado nutricional de los pacientes con relación al tiempo de rehabilitación-deshabitación en el Centro “José Martín” evidenció que los pacientes con un tiempo de permanencia < de 3 meses es el mayor grupo poblacional (58%) y posee una importante proporción de individuos con estado nutricional normal (42%) y sobrepeso (16%) en menor proporción, a diferencia del estudio “Iluminare” realizado en la ciudad de Guayaquil 2017 con 25 adultos masculinos que presentan el estado nutricional normal y sobrepeso con 11% ; en sujetos que tenían más de un año de (1).

Tabla 4. Menú patrón servido a los pacientes Centro de Rehabilitación “José Martín”.

Desayuno	Leche chocolatada pan con queso ,mortadela jugo de tomate de árbol
Almuerzo	sopa de harina de haba ,arroz con papas en salsa de maní Lechuga y carne fileteada frita. jugo de naranja
Merienda	Arroz con papas , atún ensalada de tomate riñón y paiteña aromática de manzanilla

Fuente: Centro de Rehabilitación José Martín.

Autor/a: Marisol Cedeño

Según el análisis químico del menú servido se encuentra el mayor consumo de alimentos ricos en carbohidratos, que son consumidos en los tres tiempos de comidas principales; se observó que los alimentos de mayor consumo fueron el tomate riñón, tomate de árbol, arroz, papa, col y lechuga.

Tabla 5. *Peso de alimentos del menú servido de los pacientes en estudio del Centro de Rehabilitación José Martín.*

ALIMENTO	CANT.
	(gr)(ml)
Leche Pasteurizada	378ml
Mortadela	25
Queso de Mesa	20
Tomate	63
Azúcar	25
Pan de sal	190
Harina de Haba	20
Col	60
Culantro	6
Cebolla pitaña	66
Naranja	63ml
Cerdo (Cocida)	20
Leche Pasteurizada	30ml
Papa Blanca	30
Arroz Flor	200
Papa Blanca	150
Res Cocido)	100
Lechuga	8
Maní Tostado	30
Arroz cocido	190
Cebolla pitaña	66
Tomate riñón	81
Atún Enlatado en Aceite	60
Papa Blanca	155
Limón Sutil	20ml

Fuente: *Centro de Rehabilitación José Martín.*

Autor/a: *Marisol Cedeño*

Con la información que se obtuvo, se realizó la adecuación de energía y el consumo de los macronutrientes del menú servido en el grupo poblacional

Tabla 6. Promedio del valor energético y de macronutrientes de la dieta servida a los pacientes del Centro de Rehabilitación José Martín mediante la técnica de peso directa de los alimentos.

Menú de 3 tiempos de comida	Calorías	Proteínas	Grasas	Carbohidratos
Consumido	3653kcal	125,5 kcal	75,9 kcal	625.9kcal
Recomendado 18-39 años	3000 kcal	112 .5kcal	83,3kcal	450 kcal
% de Adecuación	121,7%	111,5%	91.1%	139.1%
g% de Adecuación Recomendado	90-110%	90-110%	90-110%	90-110%
Interpretación	Sobrealimentación	Exceso	Adecuado	Sobrealimentación
Consumido	3653kcal	125,5 kcal	75,9 kcal	625.9kcal
Recomendado 40-59 años	2800 kcal	105 kcal	77,7kcal	420kcal
% de Adecuación	130.4%	119.5%	97,6%	149%
% de Adecuación Recomendado	90-110%	90-110%	90-110%	90-110%
Interpretación	Sobrealimentación	Exceso	Adecuado	Sobrealimentación

Fuente: Centro de Rehabilitación José Martín.

Autor/a: Marisol Cedeño

El menú servido de 3 tiempos de comida a los pacientes del Centro de Rehabilitación “José Martín”, tiene 3653 kcal como valor calórico total resultado de 125,5 kcal de proteína, 625,9 kcal de carbohidratos y 75,9 kcal de grasa. Los resultados obtenidos reflejan que dicha dieta se encuentra dentro de parámetros de Sobrealimentación; coincidiendo con otro estudio efectuado por Gómez Guillermina de la Universidad Católica de Guayaquil en el Centro “Iluminari” en el 2017, quienes de igual manera encontraron sobrealimentación, pero se basó su cálculo en otros métodos menos exactos como el recordatorio de 24 horas y la frecuencia de consumo de alimentos. Esto indica que para llegar a la misma conclusión, este estudio se basó en una técnica de mayor precisión. (1)

Tabla 7. Relación del estado nutricional con la dieta consumida

Correlaciones			Estado Nutricional	Calorías Kcal
Rho dge Spearman	Estado Nutricional	Coeficiente de correlación	1,0	
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	50	50
	Calorías Kcal	Coeficiente de correlación	g.	.
		Sig. (bilateral)	.	.
		N	50	50

Fuente: Centro de Rehabilitación José Martín.

Autor/a: Marisol Cedeño

El presente estudio tuvo como propósito correlacionar las variables de estado nutricional y la dieta consumida, mediante el programa estadístico SPSS con la prueba Rho Spearman obteniendo como resultados, que no existe una correlación estadística entre las dos variables porque para el estado nutricional no solamente es imprescindible determinar el tipo de dieta consumida, sino la evaluación en este tipo de pacientes de otros factores como son actividad física, estado nutricional previo, horas de sueño, etc. que no son motivo de este estudio, sino la influencia directa de la dieta administrada sobre el estado nutricional. Otros estudios como el realizado en el Centro “Puerta de Alghandi” (2014) por Zamora E. y Rodríguez en Portoviejo que utilizó la frecuencia de consumo de alimentos, encontró en ese período, que los pacientes tenían predominancia de normo-peso y sobrepeso en ese tiempo. Sin embargo a diferencia de nuestros pacientes que tienen un solo tipo de dieta, en el estudio en cuestión se encontró importante presencia de comida chatarra incluida en la dieta, así como variable número de comidas al día que lo dejaban a libertad del paciente sin un control, lo cual explica claramente la importante presencia de sobrepeso y normo peso como predominantes en ese estudio (1).

CAPITULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

De los resultados obtenidos podemos observar que en el grupo de población de estudio del Centro de Rehabilitación “José Martín” predomina el rango de edad de adultos jóvenes comprendida entre 18-35 años, siendo en su mayoría de estado civil casados de etnia mestiza, y con nivel de instrucción secundaria.

Se estableció el estado nutricional mediante la evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC), encontrando que en su mayoría los pacientes presentan un estado nutricional normal.

Una vez evaluada la ingesta energética se evidencia una sobrealimentación y en relación a los macronutrientes de la dieta consumida, mediante el peso directo de los alimentos se encontró que en el consumo de alimentos que aportan fuentes de hidratos de carbohidratos y proteína presentaba valores superiores a los recomendados, recibiendo tres tiempos de consumo de alimentos (desayuno, almuerzo, merienda) en horarios variados.

Finalmente al correlacionar las variables de estado nutricional y la dieta consumida, los resultados demuestran que no existe correlación entre las dos variables.

5.2. Recomendaciones

Para obtener mejores resultados en este tipo de estudio de pacientes en proceso de desintoxicación, es necesario realizar análisis médicos completo como: exámenes (bioquímicos, orina, eses). En cuanto a datos nutricionales: medidas antropométrico, para toma de peso utilizar balanza de bioimpedancia que mide masa magra /masa grasa el cual da mejor resultados, medición de pliegues y realizar el seguimiento de proceso de evolución del tratamiento en un tiempo no menor de un año en estos pacientes.

La presencia de un Profesional de Nutrición en los Centros de Rehabilitación es de vital importancia porque cada paciente necesita ser evaluado, tratado individualmente y con conocimiento científico. Los pacientes requieren un seguimiento nutricional durante el periodo de deshabitación de estupefacientes ya que en este periodo presentan efectos adversos (vómito, inapetencia, ansiedad etc.), pero además se está reemplazando el consumo de estupefacientes por el consumo de alimentos que proporcionarán nutrientes que ayudarán a la recuperación y sensación de bienestar del paciente. Por lo tanto, la alimentación adecuada debe cumplir con los requerimientos nutricionales.

Es necesario que los pacientes tengan una alimentación con horarios establecidos y completa, de tres comidas principales (desayuno, almuerzo merienda) y dos refrigerios (media mañana y media tarde) alimentación importante que es complementario en este proceso de recuperación, los horarios de alimentación tienen que ser establecidos y respetarlos ya que son parte de una buena nutrición. Estas características antes mencionadas son elementos que el Profesional de Nutrición, de existir uno, sería obligatorio su seguimiento y cumplimiento.

5.3. Respuesta a las preguntas de investigación

¿Cuáles son las características socioeconómicas de los pacientes de Centro de Rehabilitación José Martín?

Los pacientes en proceso de desintoxicación del Centro de Rehabilitación “José Martín” son adultos jóvenes (18 a 35 años) con el 84 % y el 16 % corresponden a adultos (36 a 64 años); en mayor porcentaje con 84 % son de estado civil casados, el 86% se auto identifican con la etnia mestiza, la instrucción secundaria se presenta en el 86 % y de nacionalidad Ecuatoriana el 86 %.

¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes adultos en proceso de desintoxicación-deshabitación del Centro de Rehabilitación José Martín a través de los indicadores antropométricos?

El estado nutricional de los pacientes adultos señala que el 70% presentan un estado nutricional normal y los principales problemas de malnutrición como el sobrepeso está en un 18% y la obesidad tipo I en el 8 %. La delgadez se presenta en un 4 % de la población de estudio.

¿Cuál es la ingesta energética y macronutrientes de la dieta consumida a través del peso directo de los alimentos del Centro de Rehabilitación José Martín?

Todos los pacientes del centro de rehabilitación reciben tres tiempos de comida (desayuno, almuerzo y merienda) que de acuerdo a la percepción de los pacientes que evaluaron la calidad, cantidad y satisfacción de la alimentación indicaron que es de buena calidad (50%), abundante cantidad (50%) y elevada satisfacción posterior a la ingestión de alimentos (68%). Sin embargo, el método de pesaje directo de los alimentos obtuvo que el valor calórico total de la dieta consumida estaba con valores que indicaban sobrealimentación, dados por consumo de alimentos que aportan fuente altos en carbono hidratos y aportes de proteínas, a diferencia del consumo de grasas que presenta valor adecuado.

¿Qué relación existe entre el estado nutricional de la población en proceso de desintoxicación –deshabitación con la dieta proporcionada en el Centro de Rehabilitación José Martín?

Entre el estado nutricional de los pacientes en proceso de desintoxicación del centro de rehabilitación José Martín no tiene relación con las características de la dieta consumida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler MPD. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones California: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Institutos Nacionales de la Salud. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU; 2010.
2. Nora D. Volkow MD. Las drogas, el cerebro y el comportamiento. La ciencia de la adicción California: NIDA. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud. ; 2008.
3. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar Lima: UNODC; 2013.
4. El Telégrafo. Marihuana, cocaína y heroína, drogas más consumidas en Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2017 Noviembre 26. Available from: HYPERLINK "<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/quito/11/marihuana-cocaina-y-heroina-drogas-mas-consumidas-en-ecuador>"
5. Antonio GJ. El papel de la familia en el consumo recreativo de drogas Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología.; 2010.
6. Vielva I,PL,AJA. El funcionamiento de la familia con hijos (consumidores y no consumidores) de comportamientos no problemáticos Bilbao: Universidad de Deusto; 2001.
7. Naciones Unidas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación Nueva York: Oficina contra la Droga y el Delito; 2003.
8. Porter L,AMyCWJ. Drug and Alcohol Dependence Policies, Legislation and Programmes for Treatment and Rehabilitation Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
9. Klingemann HyBA. Drug Treatment Systems in an International Perspective. European Addiction Research Journal. 2009; vol. 5(núm. 3).
10. OPS. Programa Mundial de Alimentos. Estado nutricional, de alimentación y

condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

11. Fernández LNAS. Manual de antropometría para la evaluación del estado nutricional en el adulto Ciudad de Mexico: Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Salud. Clínica de Nutrición; 2009.
12. Grant J. Nutritional assessment by body compartment analysis. JP Grant Handbook of Total Parenteral Nutrition Philadelphia: WB Saunders; 1992.
13. Triana AH. Evaluación Antropométrica y motriz condicional de escolares en edades de 6 a 11 años, pertenecientes al Liceo Nueva Floresta Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2013.
14. Sarmiento VdRB. Evaluación del Estado Nutricional en el Ciclo Vital Humano Mexico, D.F.: Mc Graw Hill; 2012.
15. Kramer M. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization- Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. 1987;; p. 663-737.
16. Khosla T. Indices of obesity derived from body weight and height. Brit. J. Prev. Soc. Med. 1967;; p. 122-128.
17. OPS. Parte A: Módulos de Valoración Clínica. Módulo 5: Valoración Nutricional del Adulto Mayor Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
18. OMS. La desviación estándar de los valores Z antropométricos como instrumento de evaluación de la calidad de los datos a partir de los patrones de crecimiento de la OMS de 2006: análisis interpaíses. Volumen 85, Junio 2007, 421-500. [Online].; 2007 [cited 2017 noviembre 26. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-034421-ab/es/>"]
19. Gallegos SE. Uso de indicadores del estado nutricional: Curso de doctorado en nutrición y dietética Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2000.
20. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Nutrición, Actividad Física, y Obesidad. Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2017

- Noviembre 27. Available from: [HYPERLINK](#)
"http://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerc
a_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html"
21. Varela G. Bases para la estimación de las necesidades y recomendaciones nutricionales. *Nutrición Clínica. Dietética Hospitalaria*. 1982;; p. II/3:25-39.
 22. Stamler J. Assessing diets to improve world health; nutritional research on disease causation in populations. *Am. J. Clin.Nutr.* 1994;; p. 59S (1):146S-156S.
 23. García GR. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Rev Cubana de Salud Pública*. 2010; 36(1): p. 19- 29.
 24. Martín-Moreno JM GL. Valoración de la ingesta dietética a nivel poblacional mediante cuestionarios individuales: sombras y luces metodológicas. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 8(1): p. 507-518.
 25. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. *Décimo Estudio Nacional de Drogas Chile: SENDA*; 2013.
 26. Zarco Montejó J CGF. *Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Conductas de riesgo adictivo* Barcelona: Semfyc Ediciones; 2017.
 27. Bobes García JCBM. *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias* Barcelona: Ars Médica; 2013.
 28. Organización Panamericana de la Salud. *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública* Washington, D.C.: OPS/OMS; 2016.
 29. El Universo. *Accesibilidad de las drogas en el Ecuador*. [Online].; 2017 [cited 2017 noviembre 29. Available from: [HYPERLINK](#)
"https://www.eluniverso.com/noticias/2017/06/21/nota/6241642/ecuador-decomiso-4724-toneladas-droga-primer-semester-2017"
 30. Villagrán Silva F. Estado Nutricional, Consumo de Drogas, Percepción de la Imagen Corporal y Capacidad Intelectual, y su Relación con el Rendimiento Escolar en la Prueba de Selección Universitaria (PSU 2013) en Adolescentes que Rindieron el SIMCE 2009: Un Estudio Multicausa Santiago de Chile:

Universidad de Chile; 2016.

31. Freire W. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014.
32. FAO. Composición de los Alimentos. [Online].; 2016 [cited 2017 noviembre 26]. Available from: [HYPERLINK "http://www.fao.org/nutrition/composicion-alimentos/es/"](http://www.fao.org/nutrition/composicion-alimentos/es/) <http://www.fao.org/nutrition/composicion-alimentos/es/>.
33. OMS. LA DIMENSION DE PROBLEMA DE SALUD PUBLICA DEL PROBLEMA MUNDIAL DE DROGAS. [Online].; 2016. Available from: [HYPERLINK "http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf"](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf.
34. OMS. El informe 'Global Statistics on Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Use: 2017 Status Report'. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "http://www.diariosur.es/sociedad/salud/oms-amenaza-alcohol-tabaco-20180512122845-ntrc.html"](http://www.diariosur.es/sociedad/salud/oms-amenaza-alcohol-tabaco-20180512122845-ntrc.html) <http://www.diariosur.es/sociedad/salud/oms-amenaza-alcohol-tabaco-20180512122845-ntrc.html>.
35. OMS. Alcohol. [Online].; 2018. Available from: [HYPERLINK "http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol"](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol) <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
36. Gómez G. Efecto de la rehabilitación de drogas sobre el estado nutricional de varones en la fase final de internamiento en Centro de desintoxicación ILUMINAR, Guayaquil. [Online].; 2017. Available from: [HYPERLINK "http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7558/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-220.pdf"](http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7558/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-220.pdf) <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7558/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-220.pdf>.
37. México SdS. Manual de Procedimientos Antropométricos. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf"](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf) <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>
38. Wikipedia. Metadona. [Online].; 2018. Available from: [HYPERLINK "La duración de una terapia de desintoxicación con metadona puede extenderse desde algo menos de un mes hasta unos seis meses."](#)
39. MSP. Protocolo de atención en intoxicación aguda por opioides y síndrome de abstinencia. [Online].; 2015. Available from: [HYPERLINK](#)

"https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/ac_00005282_2015%2031%20jul.pdf"

40. Wikipedia. Naltrexona. [Online].; 2018. Available from: [HYPERLINK "https://es.wikipedia.org/wiki/Naltrexona"](https://es.wikipedia.org/wiki/Naltrexona)
41. MSP. REGLAMENTO CONTROL A CENTROS DE RECUPERACION A PERSONAS. [Online].; 2010. Available from: [HYPERLINK "http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/pdf/ec/decreto_339.pdf"](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/pdf/ec/decreto_339.pdf)
42. Drug NIO. Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. [Online].; 2014. Available from: [HYPERLINK "https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion"](https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion) <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion> .
43. Betancourth S, Bastidas L, Edwin C. Scielo. Colombia. [Online].; 2016 [cited 2019 Enero 18. Available from: [HYPERLINK http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00037.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n1/0124-7107-reus-19-01-00037.pdf) .
44. Abuse "NIO. <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas-sales-de-bano>. [Online].; NIDA. (2017, abril 26) [cited 2019 Marzo 28. Available from: [HYPERLINK "https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas-sales-de-bano"](https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas-sales-de-bano) <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas-sales-de-bano> .
45. Dr. Oscar Lázaro de la Torre. www.intranet.cij.gob.mx. [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 5. Available from: [HYPERLINK "http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEAPOYODIETAS.pdf"](http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/MANUALDEAPOYODIETAS.pdf)
46. Antonio Casero Matinez. LS Colorado Guerrero Web site. [Online].; 2016 [cited 2019 ABRIL 6. Available from: [HYPERLINK "https://www.google.com"](https://www.google.com) <https://www.google.com> .

47. Escotado A. Historia de las drogas. [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 6. Available from: HYPERLINK "https://www.tabiblion.com" https://www.tabiblion.com .
48. Salud OMDl. OMS Web site. [Online].; 2017 [cited 2019 Abril 6. Available from: HYPERLINK https://www.psicologia-online.com .
49. ECOCOSAS. Salud natural. ECOCOSAS. 2017 Noviembre.
50. UNIDAS ODN. UNODEC Web site. [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 6. Available from: HYPERLINK http://www.cicad.oas.org/Smart/Reports/4_SPA.pdf .
51. Chaico DJA. DrogaasWeb site. [Online].; 2015 [cited 2019].
52. OEA. El programa de las Americas; ESTUDIOS. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/index.html .
53. PUBLICA S. SALUD PUBLICA.uso de drogas. [Online].; 2017.
54. FAQs. Facultad de Medicina. [Online].; 2019. Available from: HYPERLINK https://medicina.ufm.edu/eponimo/enfermedad-de-wernicke-korsakoff/ .
55. Torre DOLdl. Medicion de adicciones web site. [Online].; 2014 [cited 2019 Abril 10. Available from: HYPERLINK fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf .
56. SOCIDROGALCOHOL. GUIA CLINICA DE INTERVENCION PSICOLOGICA. [Online].; 2014. Available from: HYPERLINK file:///C:/Users/CRISTIAN/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf .
57. OMS. OMS. [Online].; 2019. Available from: HYPERLINK "Los medicamentos ayudan a suprimir los síntomas de abstinencia durante la desintoxicación. La desintoxicación no es por sí misma "
58. OMS. OMS. [Online].; 2019. Available from: HYPERLINK https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.
59. Spiral FI. http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/pdf/10.6-Actividad-Fisica-el-Ocio-en-la-Rehabilitacion-de-Adicciones.pdf. [Online].; 2013 [cited 2019

- Marzo 28. Available from: HYPERLINK "<http://fispiral.com.es/tratamientos-en-adicciones/deshabitucion/>"
60. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. REGLAMENTO CONTROL A CENTROS DE RECUPERACION A PERSONAS. [Online].; 2010.
61. REGLAMENTO CONTROL A CENTROS DE RECUPERACION A PERSONAS. [Online].; 2010.
62. <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas->. [Online].; NIDA (2017 Abril 26). Available from: HYPERLINK "<https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/las-catinonas-sinteticas>."
63. MANUAL DE NUTRICION Y DIETETICA. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "<https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-19-cap-23-nutrici3n-a-lo-largo-de-la-vida.pdf>" <https://www.ucm.es/data/cont/docs/458-2013-08-19-cap-23-nutrici3n-a-lo-largo-de-la-vida.pdf> .
64. FAO. EVALUACION DE LA INGESTA DIETETICA. [Online].; 2017. Available from: HYPERLINK "<http://www.fao.org/3/Ah833s10.htm>" <http://www.fao.org/3/Ah833s10.htm> .
65. MSP. [Online].; 2017. Available from: HYPERLINK "<https://www.google.com/search?q=Ministerio+de+Salud+P3blica+a+inici> .
66. FONDECYT. proyecto FONDECYT web site. [Online].; 2016 [cited 2019 Abril TESIS. Available from: HYPERLINK "http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143603/Tesis_Francisca_Villagran.pdf?sequence=1&isAllowed=y"
67. ENSANUT. EBSANUT Web site. [Online].; 2013 [cited 2019 ABRIL 14. Available from: HYPERLINK "<https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>" <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf> .
68. SALUD. GUIA PREVENCION DE DROGAS. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "<https://www.google.com/search?q=Patrones+como+el+tabaquismo+y+consumo+excesivo>."
69. OEA. El Programa de Drogas en las Am3ricas: Estudios. [Online].; 2014 [cited

2019 Abril 6. Available from: [HYPERLINK](#)
"http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichea
lth_esp.pdf.

70. ONU. Informe sobre Drogas. [Online].; 2016. Available from: [HYPERLINK](#)
"http://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/informe-de-la-onu-sobre-
drogas-63610"

ANEXOS

Anexo 1: Formulario para recolección de la información



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE NUTRICION Y SALUD COMUNITARIA

Tesis: Estado nutricional en relación al proceso de desintoxicación de los pacientes adultos del Centro de Rehabilitación José Martín de la ciudad de Ibarra, 2018.

Número de Encuesta: _____ Fecha: _____

Información Sociodemográfica

Edad: _____

Estado civil:

Casado___ Soltero___ Viudo___ Divorciado___ Unión libre___

Etnia:

Blanco___ Afro ecuatoriano___ Indígena___ Mestizo___

Instrucción:

Analfabeta___ Alfabetizada_____

Información de la dependencia asociada a drogas.

Tiempo en rehabilitación:

< 3 meses___ 3-6 meses___ 6-12 meses___ 1 a 2 años___>2 años___

Medición Antropométrica

Peso: _____kg **Talla:** _____cm **IMC:** _____m/kg²

Estado nutricional según el IMC: _____

Anexo 2. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

INVESTIGADOR: MARISOL DEL CARMEN CEDEÑO CHUQUIN
TUTORES: DRA. JACQUELINE A. POZO BENAVIDES.

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a la población que asiste al centro de rehabilitación José Martín de Ibarra utilizando encuesta con la finalidad de obtener datos para realizar dicha investigación.

I PARTE: INFORMACIÓN

Soy estudiante de la Carrera de Nutrición y Salud comunitaria de la Universidad Técnica del Norte. Estoy realizando una investigación sobre los términos el estado nutricional en proceso desintoxicación de estupefaciente. Centro de rehabilitación Ibarra 2018. Le vamos a brindar información e invitarle a participar de esta investigación. Siéntase libre si participar o no en la presente encuesta. Antes de decidir su participación, puede consultar o hablar con alguien que se sienta cómodo sobre esta investigación, que es con fines científicos.

Puede que haya alguna o algunas palabras que no entienda. Por favor, puede detenerme según le vaya informando para tomar tiempo para explicarle con más claridad. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a, pero tratare de ser lo más clara..

PROPÓSITO.

El propósito de la presente investigación es realizar una investigación de la alimentación ofertada que reciben los pacientes, que se encuentren en este centro de rehabilitación. Es importante para nosotros, esta encuesta para obtener la información y así de este modo obtener los datos de la investigación.

Su participación en esta Investigación es absolutamente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

PROCEDIMIENTO:

Se le proporcionará una hoja (encuesta) en donde existen 2 secciones. En cual Ud. llenara de acuerdo a la pregunta realizada .

CONFIDENCIALIDAD:

La información recolectada de las encuestas es personal y se mantendrá en estricta confidencialidad. La información personal sobre usted será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. La encuesta que usted llenará y la presente propuesta ha sido revisada y aprobada por nuestros Docentes Tutores, cuya tarea además es asegurarse de que se proteja de daños a los participantes en la Investigación.

PARTE II: FÓRMULARIO DE CONSENTIMIENTO.

He sido invitado a participar en la investigación sobre la alimentación en el centro de rehabilitación José Martín.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en la presente encuesta de esta Investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de no contestar la encuesta si lo decidiera en el transcurso de ésta sin perjuicio a mí persona o me afecte de ninguna manera.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

FECHA DE LA ENCUESTA: _____

SI ES ILETRADO:

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debería tener conexión con el equipo de Investigación). Los participantes deberán incluir su huella dactilar también.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y _____ ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que _____ ha dado consentimiento libremente.

NOMBRE DEL TESTIGO: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: _____

FIRMA DEL INVESTIGADOR: _____

FECHA: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado: _____ (Iniciales del investigador).



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA
Ibarra- Ecuador

Ibarra, 01 de junio de 2018
Oficio 065-NSC-UTN


Señor
Carlos Torres
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACION "JOSÉ MARIN"
Presente.-

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo me permito solicitar muy comedidamente, la autorización respectiva para que la estudiante **Marisol Del Carmen Cedeño Chuquin** con número de cédula **100172416-8** estudiante de Octavo semestre, realice la Investigación del Trabajo de Grado titulado: **"Estado nutricional en relación al proceso de desintoxicación de los pacientes adultos del Centro de Rehabilitación José Martín de la ciudad de Ibarra, 2018."**, como requisito previo a la obtención del título de Licenciado en Nutrición y Salud Comunitaria y en virtud de que dicho estudio aportará a la comunidad.

Por su gentil atención, le agradezco.

Atentamente,
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"


Dra. Magdalena Espín, Mg.C.
COORDINADORA CARRERA DE NUTRICIÓN




04 Junio 2018

MISIÓN INSTITUCIONAL
"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el desarrollo social y con la preservación del medio ambiente".

Distrito Universitario Barro El Obispo
Teléfono: 2609-220 Ext. 2607 Cuidado 199

Anexo 2: Fotografías
Medidas antropométricas

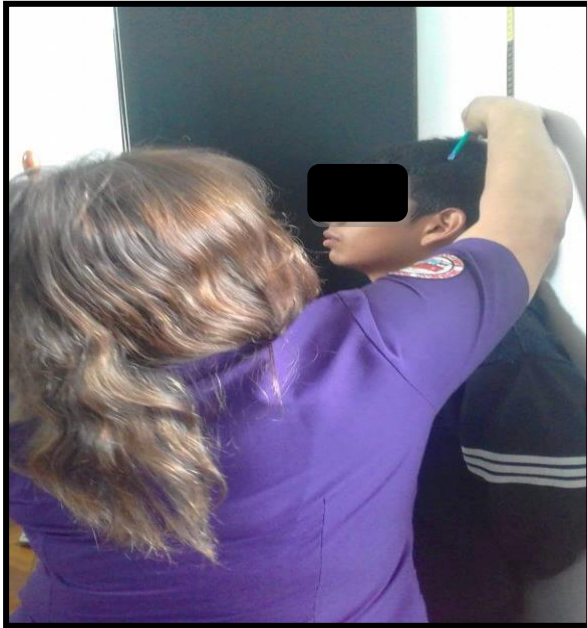


Foto 1: Toma de medidas de Talla
Fuente: Marisol Cedeño.



Foto 2: Toma de peso.
Fuente: Marisol Cedeño



Foto 3: Pesaje de alimentos.
Fuente: Marisol Cedeño

Foto 3: Pesaje de alimentos.

Fuente: Marisol Cedeño.



MENÚ CONSUMIDO

DESAYUNO



ALMUERZO



MERIENDA



ABSTRACT

NUTRITIONAL STATUS OF ADULT PATIENTS DURING THE PROCESS OF NARCOTIC SUBSTANCES DETOXIFICATION IN RELATION TO THE CONSUMED DIET. JOSÉ MARTIN REHABILITATION CENTRE. 2018.

Author: Marisol Del Carmen Cedeño Chuquín

Director: Dr. Jacqueline Pozo

This research aims to identify the nutritional status of adult patients in the process of detoxification in relation to the energy and nutritional intake of the diet consumed at the "José Martín Rehabilitation Center" in the city of Ibarra, Imbabura province, Ecuador. A survey was applied to a sample of 50 adults and for the evaluation of macronutrients the direct weight of the food method was used. The results showed the people in the sample are Ecuadorian, 84% are young adults, 84% married, 86% are of mixed race, and 86% had a secondary education level. The nutritional status using the Body Mass Index (BMI) shows that the Normal status predominates in a 70% of the sample. In the consumer diet indicator; excessive values of overeating are shown in the caloric-energetic content of carbohydrates and proteins; Fat distribution is found in normal values. Finally it was found that there is no correlation between the nutritional status and the diet consumed in adult patients during their detoxification process.

Key words: Nutritional status, adults, detoxification, diet, detoxification.

Victor Pedraza
M^c



Urkund Analysis Result

Analysed Document: MAYO 12 TESIS MARISOL CEDEÑO.docx (Reparado).doc (D52204254)
 Submitted: 5/16/2019 10:57:00 PM
 Submitted By: japoza@utn.edu.ec
 Significance: 8 %

Sources included in the report:

Monografia.docx (D39274307)
 GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA TESIS .docx (D26236088)
 PORTAFOLIO DE EVIDENCIAS.pdf (D41837448)
 GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA tesis finallll.docx (D26284438)
 GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA TESIS (1) marzo (Autoguardado).docx (D26405847)
 GOMEZ GUANGA GUILLERMINA LILA TESIS corregido urkund.docx (D26432450)
 Resumen geanella hoy.docx (D49718306)
 TESIS DROGAS PARA URKUND 2015.docx (D16646427)
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-drogas-y-las-infecciones-virales-vih-hepatitis>
https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
<http://www.cicad.oas.org/cicaddocs/Document.aspx?Id=2206>
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf
http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf
http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/143603/Tesis_Francisca_Villagran.pdf?sequence=1&isAllowed=y
<https://es.wikipedia.org/wiki/Metadona>
<http://www.fao.org/3/Ah833s10.htm>
<http://www.who.int/bulletin/volumes/85/6/06-034421-ab/es/>

Instances where selected sources appear:

43



Dra. Jacqueline A. Pozo B
 TUTORA