



UCU

**Universidad de Concepción del Uruguay
Facultad de Ciencias Agrarias
Centro Regional Santa Fe**

**“ESTADO NUTRICIONAL Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE
ADICCIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL DISPOSITIVO DE INTERNACIÓN DEL
CENTRO CAMBIO DE HÁBITOS, DE LA CIUDAD DE SANTA FE, EN 2018”**

*Tesina presentada para completar los requisitos del plan de estudio de la Licenciatura en
Nutrición*

ALUMNOS

ALESIO, ELIANA ANTONELA

DIAZ, GONZALO MATIAS

DIRECTORA

**MARIA ROMERO DRI
Licenciada en Nutrición**

Santa Fe 04/2019

*“Las opiniones expresadas por los autores de esta tesina no representa necesariamente los
criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del
Uruguay”*



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en forma especial a nuestra directora de tesina, quien supo acompañarnos y guiarnos con actitud de servicio.

Al director y el personal del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, por el espacio que nos brindaron.

A los pacientes del dispositivo de internación, por su predisposición y participación.

Y a nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional.

RESUMEN

Las personas en rehabilitación de adicciones son propensas a desórdenes nutricionales relacionados con una ingesta deficiente o elevada de alimentos; ya que conlleva a un estilo de vida que implica alteraciones de la alimentación diaria, con modificaciones negativas en la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren. Tienden a preferir alimentos ricos en azúcares simples, como dulces y productos de panadería o panificados particularmente, con elevadas concentraciones de azúcar, que repercuten en el estado nutricional.

Por lo mencionado anteriormente, sumado a la falta de información acerca de una alimentación adecuada (desde una mirada multidisciplinaria) durante el tratamiento de adicciones y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar el estado nutricional y la alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, correlacional simple, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por pacientes de sexo masculino en rehabilitación de adicciones que se encontraban en el dispositivo de internación del Centro “Cambio de Hábitos”, con una muestra de 34 pacientes. Los datos recogidos fueron analizados y procesados mediante tablas y gráficas de la hoja de cálculo de Microsoft Excel, para su mejor interpretación.

Al estudiar el estado nutricional se obtuvo una prevalencia en el exceso de peso de los pacientes con respecto al IMC (Índice de Masa Corporal), de los cuales el 44% presentó Sobrepeso y el 27% Obesidad.

En relación a la alimentación de los pacientes, se pudo observar como dato relevante un predominio en el consumo de alimentos fuentes de hidratos de carbono, principalmente de infusiones azucaradas, galletitas dulces y saladas, y panificados.

Palabras claves: estado nutricional, alimentación, rehabilitación de adicciones.

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
<i>Adicciones y drogas</i>	6
<i>Causas principales de la drogadicción</i>	7
<i>Estado nutricional y alimentación</i>	8
<i>Tipos de sustancias y sus efectos en la alimentación</i>	8
<i>Intervención nutricional y rehabilitación</i>	10
ANTECEDENTES	10
JUSTIFICACIÓN	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS	13
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
DISEÑO METODOLÓGICO	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
ANÁLISIS DE DATOS	21
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA	22
<i>Distribución según el sexo</i>	22
<i>Distribución según la edad</i>	22
<i>Distribución según el tiempo de internación</i>	24
<i>Distribución según los tipos de sustancias consumidas</i>	25
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
<i>Distribución del estado nutricional de la muestra</i>	26
<i>Distribución del cambio de peso de la muestra</i>	27
<i>Distribución del consumo alimentario de la muestra</i>	28
<i>Estado nutricional y tiempo de internación</i>	34
DISCUSIÓN	37
LIMITACIONES	38
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	45
ANEXO I	46
ANEXO II	49
ANEXO III	49
ANEXO IV	51
ANEXO V	53



ANEXO VI	55
ANEXO VII	56
<i>Tabla I</i>	57
<i>Tabla II</i>	57
<i>Tabla III</i>	58
<i>Tabla IV</i>	58
<i>Tabla V</i>	58
<i>Tabla VI</i>	59
<i>Tabla VII</i>	60
<i>Tabla VIII</i>	60
<i>Tabla IX</i>	60
<i>Tabla X</i>	61
<i>Tabla XI</i>	61
ANEXO VIII	62
ANEXO IX	63
ANEXO X	64

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es considerado un problema social y de salud pública que afecta a los diferentes grupos etarios; influyendo de manera directa o indirecta en la sociedad y las propias familias (primer vínculo social en el que se desenvuelve una persona), con costos no solo económicos, sino también emocionales y de calidad de vida para estas personas. (Peñañiel Pedrosa, 2009; Troncoso Pantoja y col., 2016)

A nivel mundial, se calcula que unos 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, han consumido alguna droga ilícita por lo menos una vez en el año 2015. Principalmente sustancias del grupo de cannabis, opiáceos, cocaína, o estimulantes de tipo anfetamínico. Eso significa que su afición a las drogas es perjudicial hasta el punto de que pueden sufrir drogodependencia y, por lo tanto, necesitar tratamiento. Sin embargo, la oferta de servicios especializados en el tratamiento de estos trastornos, así como el acceso a dichos servicios, siguen siendo limitados, ya que solo una de cada seis de las personas afectadas recibe tratamiento cada año. (UNODC, 2017)

En nuestro país, SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina) es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones. En 2017, a través de su Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD), llevó a cabo el sexto Estudio Nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en una muestra representativa del total del país, constituida por personas de 12 a 65 años de edad. Los principales resultados en relación a la magnitud del consumo manifestaron que el alcohol y el tabaco presentan las prevalencias más altas, seguida por el consumo de marihuana. Además, el consumo de alguna droga ilícita paso de 3,6% en el año 2010 a 8,3%. Para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres. (SEDRONAR, 2017)

En la provincia de Santa Fe, los principales resultados del estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas, realizado por el SEDRONAR en 2017, indicaron que el 46,6% de la población en Santa Fe fumó alguna vez en la vida y el 81,3% tomó alguna bebida alcohólica. El 18,4% de la población probó alguna vez alguna droga ilícita y de ellas, las que tienen mayor prevalencia son la marihuana (17,4%), los analgésicos opiáceos sin prescripción médica (7,2%), la cocaína (6,4%) y los tranquilizantes sin prescripción médica

(3,9%). Entre las sustancias legales, el alcohol y el tabaco son las que presentan mayor tasa de consumo. (SEDRONAR-Santa Fe, 2017)

Las personas adictas son propensas a desórdenes nutricionales relacionados con una ingesta deficiente o elevada de alimentos; esto se debe a que sustituyen los alimentos ricos en grasas y proteínas por alimentos ricos en azúcares simples, como dulces y productos de panadería o panificados particularmente, con elevadas concentraciones de azúcar. (Parra Salazar y Sierra Madrid, 2012)

Así mismo, el consumo de drogas conlleva a un estilo de vida que implica alteraciones de la alimentación diaria, con modificaciones negativas en la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren. Dependiendo de la droga, se puede observar un aumento o disminución del apetito que repercute en el estado nutricional. (Obermann y col., 2008)

MARCO TEÓRICO

Adicciones y drogas

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia determinadas sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico. Es una enfermedad progresiva, que se caracteriza por episodios continuos de descontrol, distorsiones del pensamiento, negación ante la enfermedad y síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Las drogas son sustancias psicoactivas capaces de llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual, a tal punto de generar una adicción en el que la consume. El consumidor adicto muestra un deseo compulsivo hacia estas sustancias y se intoxica periódicamente o de forma continua; por lo cual tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente su consumo. Además, se muestra decidido a obtenerlas por cualquier medio. (Medranda De Lázaro y Benítez Rubio, 2006)

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir; ya que la principal necesidad es la droga. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo la influencia de la droga, no haría. La droga se convierte en el centro de vida del drogadicto, llegando a afectar todos los aspectos que giran

alrededor de él: el trabajo, las relaciones familiares e interpersonales, los estudios, etc. (Llopis Llácer, 2001)

La ausencia de estas sustancias le produce al drogodependiente, un conjunto de signos y síntomas de naturaleza física y psíquica, que varían según la droga. A esto se lo llama síndrome de abstinencia, caracterizado por estados de ansiedad, nerviosismo e irritabilidad. Dentro del síndrome de abstinencia, la ansiedad surge en respuesta a las exigencias como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo e irritabilidad; ocasionalmente como terror y pánico, manifestando un incremento del apetito y del consumo de alimentos. (Hernández y col., 2005; León Silva y León Gómez, 2014)

Causas principales de la drogadicción

La drogadicción es un problema que está presente en todas las clases sociales y culturales contemporáneas. La persona adicta a estas sustancias cae de tal manera que su vida va a girar en torno al consumo. Al inicio, estas personas ingieren pequeñas cantidades y con el paso del tiempo necesitan aumentar sus dosis volviéndose dependientes de ello. (Llopis Llacer, 2001; Conadic, 2008)

Schiavonne y col. (2017) afirman la existencia de posibles factores que predisponen a que una persona se vuelva drogodependiente:

- a) Factores biológicos: las sustancias adictivas afectan al cerebro de tal manera, que éste reacciona de la misma forma en que responde a situaciones placenteras liberando dopamina, la cual genera una sensación de bienestar y placer en el individuo. Pero no todas las personas llegan a las adicciones, para que eso ocurra deben estar presentes tres elementos; predisposición genética, ambiente favorecedor y agente (droga).
- b) Factores sociales: la sociedad, las condiciones políticas del país, entre otras contingencias que el ciudadano común y corriente no puede controlar, pueden conducir a la drogadicción. En estos factores podemos señalar el narcotráfico, la microcomercialización de la droga, el marketing, el consumismo, la pérdida de valores de la persona, la desintegración del grupo familiar, etc.

- c) Factores psicológicos: todo individuo tiene una estructura de personalidad que se va formando a lo largo de la vida, sobre todo en la infancia a través de un proceso de aprendizaje modelado por el entorno familiar, principalmente por los padres. En función de cómo el individuo se relaciona con los padres y cómo los padres cumplen con su rol frente a los hijos, se formará una determinada personalidad con valores y pensamientos que pueden favorecer a la drogadicción si se dan las condiciones.

Estado nutricional y alimentación

El estado nutricional puede definirse como una condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas del individuo y su ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. Para su valoración, es necesario determinar la composición corporal del paciente (comprobar si está en normopeso, con déficit o exceso) a través de valoración antropométrica; la historia clínica y dietética, y como complemento su estado metabólico (mediante pruebas bioquímicas e inmunológicas) en casos de ser necesario. La valoración del estado nutricional permite arribar a un diagnóstico nutricional e implementar el tratamiento correspondiente.

La alimentación es un proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer las necesidades del individuo. Es el proceso por el cual se obtienen los nutrientes necesarios para vivir. Es por ello, que el estado nutricional del individuo va a depender en parte, de su alimentación. (Torresani y Somoza, 2011)

Tipos de sustancias y sus efectos en la alimentación

Podemos clasificar a las sustancias, en legales o ilegales. Las legales son las admitidas por la sociedad y forman parte de nuestras costumbres, como por ejemplo el alcohol, el tabaco, los medicamentos; y las sustancias ilegales son aquellas que están social y legalmente prohibidas, como la marihuana, la cocaína, los opiáceos, el paco (pasta base), y otras que los contienen en proporciones variables. (O'Brien, 2011)

En el caso del alcohol, provoca un aumento del apetito y disminución de la saciedad, lo que trae como consecuencia un aumento de la ingesta calórica. Además, su consumo aumenta la sensibilidad a la insulina, lo que a su vez también podría contribuir al aumento del peso corporal. (Higuera-Sainz y col., 2017)

El consumo de marihuana predispone a un aumento del apetito y, por lo tanto, aumenta el consumo de alimentos. Debido a la mala selección de alimentos, se produce una disminución en la calidad nutritiva de la alimentación, por lo que pueden observarse síntomas asociados a deficiencias nutricionales, tales como, debilidad muscular, fatiga e indigestión. Por otro lado, el consumo de cocaína produce una disminución del apetito y la consecuente pérdida de peso; efecto opuesto ocurre cuando el individuo se encuentra en abstinencia, evidenciándose un aumento del apetito. Las anfetaminas, como la metanfetamina y el éxtasis, tienen poder anorexígeno debido al efecto que poseen en el hipotálamo, más precisamente sobre el centro inhibitor del apetito, por lo cual producen descenso de peso. Al igual que con la cocaína, en el individuo en abstinencia, ocurre el efecto opuesto, aumentando el apetito. (Estévez y col., 2006; Roger, 2012)

Los opiáceos, como la morfina y la heroína, juegan un papel importante en la sobrealimentación, especialmente en la preferencia por alimentos ricos en hidratos de carbono y grasa. Debido al placer que produce la ingesta, aumenta el consumo de glúcidos de estructura simple (aquellos de rápida asimilación, como el azúcar, jugos comerciales, productos de panadería) y, en consecuencia, las calorías que se suministran al organismo; compensando así, el déficit de su ingesta energética por el escaso contenido proteico y lipídico. Por otro lado, cabe destacar que los opiáceos afectan los centros neuroreguladores del apetito estimulando la avidez por el azúcar. (Graña Gómez y col., 2005)

En relación al tabaco, se ha comprobado que reduce la percepción de sabores y olores, puede producir carencias nutricionales, incrementar las necesidades de nutrientes y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas, debido a la interacción con el metabolismo de los nutrientes. El aumento de peso se puede percibir como una consecuencia de dejar el hábito de fumar. Una intervención ideal para prevenir dicho aumento, comenzaría en el momento en que se deja el tabaco, porque el aumento es mayor inicialmente, y luego la velocidad de ganancia de peso disminuye. Se ha demostrado que el hambre aumenta las ganas de fumar (los fumadores fuman más cuando tienen hambre) y las personas que aumentan más de peso tienen más probabilidades de éxito al dejar de fumar. El uso de tabletas de glucosa fue efectivo para reducir los deseos de fumar, lo que sugiere que evitar el hambre y reemplazar los deseos de fumar con alimentos puede mejorar la abstinencia. (Palou Oliver y col., 2006; Lycett y col., 2010; OMS, 2018)

En esta población, los diagnósticos nutricionales frecuentes son las deficiencias nutricionales, como consecuencia de una mala selección de alimentos: desequilibrio de las grasas alimentarias e ingestas excesivas de hidratos de carbono, alimentos procesados o refinados, bebidas azucaradas y alcohólicas. Es frecuente encontrar bajo peso como así también sobrepeso u obesidad y alteraciones en los valores de laboratorios que están relacionados con la nutrición. (Mahan y col., 2012)

Intervención nutricional y rehabilitación

Debido a esta problemática social surgen instituciones como clínicas, hospitales y comunidades terapéuticas que buscan la rehabilitación y la adquisición de nuevos hábitos de vida para los individuos con problemas de adicciones. Durante el proceso de rehabilitación, estos pacientes requieren una adecuada alimentación para poder contrarrestar los signos y síntomas producidos por el síndrome de abstinencia, generado por la falta de consumo, lo cual desencadena ansiedad, inapetencia e insomnio, entre otros. Asimismo, es importante recalcar la importancia de una buena alimentación que facilite el proceso de recuperación tanto físico como psicológico. (Medina-Pérez y Rubio, 2012)

Particularmente cuando los individuos se encuentran en rehabilitación comienzan a sentirse mejor, son menos propensos a recaídas y dado que una nutrición balanceada ayuda a mejorar el estado de ánimo y la salud, es y será importante estimular una alimentación saludable en estos pacientes. Por este motivo realizar comidas regulares; reducir el consumo de hidratos de carbono simple y de grasas; aumentar el consumo de proteínas, hidratos de carbono complejos y fibra alimentaria; suplementar con vitaminas y minerales; realizar un adecuado aporte de líquidos durante todo el día y optar por colaciones saludables, son algunas de las pautas a llevarse a cabo en el tratamiento de recuperación. (NLM, 2016)

ANTECEDENTES

Troncoso Pantoja y col. (2016), realizaron un estudio sobre los factores que influyen en la alimentación de un grupo de pacientes internados en un centro de rehabilitación de drogas, de la comuna de Concepción, en Chile. Se entrevistaron a los internos del centro de rehabilitación y obtuvieron que, durante su etapa de abstinencia, presentaron alteraciones en su apetito, con un incremento en el consumo de alimentos fuente de carbohidratos, lo que favoreció el aumento de peso en estas personas, afectando su calidad de vida.

En el año 2014, Quintero Febles y Suárez Sánchez, en su trabajo sobre hábitos nutricionales en dependientes a la heroína, analizaron el estado nutricional, el consumo alimentario, los conocimientos y actitudes en relación con la alimentación en un grupo de adictos a la heroína, en la Unidad Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Hospital Universitario de Canarias. Como resultado observaron una disminución significativa de la media del índice de masa corporal, horario de comidas irregular, predominio del consumo de dulces, panificados o productos de panadería y comida rápida. Pudieron concluir que la población compuesta por individuos con dependencia a la heroína se encuentra en una situación de elevado riesgo de desarrollo de problemas relacionados con la malnutrición.

En nuestro país, en un estudio realizado en 2014 por la universidad Fasta (Mar del Plata) en pacientes que se encontraban en rehabilitación, en una institución privada, se evaluó el estado nutricional, a través del IMC (Índice de Masa Corporal) obteniendo los siguientes resultados, un 52% de la muestra presentó peso normal, un 37% sobrepeso y un 11% obesidad. Se evaluó también, la ingesta alimentaria, obteniéndose como resultado una ingesta excesiva de hidratos de carbono, una adecuada ingesta de proteínas y de grasas, con predominio de grasas saturadas. (Ascacibar, 2014).

Obermann y col. (2008), en la Fundación H. A. Barceló (Buenos Aires), llevaron adelante un estudio que tenía como objetivo evaluar el estado nutricional antropométrico en pacientes que se encontraban en rehabilitación. Los resultados obtenidos permitieron afirmar que conforme se evoluciona en las etapas de tratamiento de las adicciones, se produce un aumento de peso; el 46% de los pacientes presentó normopeso, el 39% sobrepeso y el 15% obesidad.

JUSTIFICACIÓN

Frente a todo lo expuesto anteriormente, sumado a la falta de información acerca de una alimentación adecuada (desde una mirada multidisciplinaria) durante el tratamiento de adicciones y la hipótesis planteada, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo evaluar el estado nutricional y la alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es el estado nutricional y la alimentación de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018?

HIPÓTESIS

Presencia de sobrepeso u obesidad y consumo elevado de alimentos fuente de carbohidratos, en los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el estado nutricional y la alimentación de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos de la ciudad de Santa Fe.

Objetivos Específicos

1. Determinar el estado nutricional de los pacientes.
2. Conocer el consumo de alimentos de los pacientes que se encuentran en el dispositivo de internación.
3. Establecer la relación del estado nutricional con el tiempo de internación.

DISEÑO METODOLÓGICO

El modelo seleccionado para la realización de la presente Tesina es descriptivo, de tipo cuantitativo, correlacional simple, prospectivo y transversal.

Es descriptivo, porque se describirán las variables sin intervenir, es decir que no se van a modificar.

De tipo cuantitativo, pues se registrarán las distribuciones absolutas y relativas de las categorías o valores de las variables en estudio.

Se identifica como correlacional simple, debido a que se establecerá la relación entre el estado nutricional y la alimentación con el tiempo de tratamiento de los pacientes en el dispositivo de internación.

En términos temporales se llevará a cabo en forma prospectiva y transversal, porque se realizará en un momento determinado y se estudiarán las variables como se presentan al momento de la investigación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito de aplicación:

El Centro de rehabilitación y prevención de adicciones “Cambio de Hábitos”, se encuentra en la ciudad de Santa Fe, ubicado en calle Hipólito Yrigoyen 3049, lugar donde se realizará esta investigación. Conformado por un equipo interdisciplinario para abordar el tratamiento que se divide en 5 fases. (Anexo V)

Población y muestra:

La población estará conformada por pacientes de sexo masculino en rehabilitación de adicciones del Centro “Cambio de Hábitos”.

La muestra será determinada por método probabilístico de muestreo aleatorio incluyendo a los pacientes de sexo masculino en rehabilitación de adicciones, que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro “Cambio de Hábitos”, que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- posean 18 años o más.
- se encuentren en fase de internación.
- posean un tiempo de internación mayor a 1 mes de rehabilitación
- presenten expresa conformidad para realizar el estudio.

Unidad de análisis: cada uno de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro “Cambio de Hábitos”. Se estima una muestra de 40 pacientes de sexo masculino.

Variables de estudio y su operacionalización:

- Variables independientes:
 - a. Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento. (Real Academia Española, 2017). Variable cuantitativa, discreta, de razón.
 - b. Tiempo de internación: tiempo transcurrido, en meses, desde que ingresaron a la internación. Variable cuantitativa, discreta, de razón.

- Variables dependientes:

- a. Estado nutricional: situación de salud en la que se encuentra una persona en relación a su nutrición y alimentación. (Ascacibar, 2014). Variable cualitativa, ordinal.

Indicadores:

- * **Peso**: medida volumétrica tridimensional determinada por el total de los componentes del organismo incluyendo fluidos (Ascacibar, 2014). Variable cuantitativa, continua, de razón.
- * **Talla**: es la distancia perpendicular entre los planos transversales del punto del Vertex y el inferior de los pies. (Isak, 2011). Variable cuantitativa, continua, de razón.
- * **IMC (Índice de Masa Corporal)**: relación entre el peso en kilogramos y la altura expresada en metros (peso/altura²). (Girolami, 2003). Variable cuantitativa, continua, de razón.

Categorías:

IMC (kg/m ²)	DEFINICIÓN
15-15,9	Desnutrición severa (grado III)
16-16,9	Desnutrición moderada (grado II)
17-18,4	Desnutrición leve (grado I)
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad grado I
35-39,9	Obesidad grado II
40 o más	Obesidad grado III (mórbida)

b. Consumo alimentario: introducción de alimentos y bebidas al organismo.

(Girolami, 2003). Variable cualitativa, ordinal. (Anexo IV)

Indicadores:

- * Cuestionario de frecuencia alimentaria: se aplica para conocer los alimentos y/o grupos de alimentos que se consumen con mayor frecuencia; y se diferenciarán por grupos según la fuente de nutrientes al que pertenecen (hidratos de carbono, proteínas, lípidos).

Categoría:

- * Nunca;
- * 1-2 veces por semana;
- * 3-4 veces por semana;
- * 5-6 veces por semana;
- * Todos los días.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- Instrumento: ENCUESTA

Técnica: se le entregará a cada paciente una encuesta para recolectar datos sobre los hábitos y el consumo de alimentos que posean. Consistirá en una serie de preguntas breves y concisas donde se les explicará cómo realizarlo atendiendo a sus inquietudes cuando lo soliciten.

- Instrumento: CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Técnica: se le entregará a cada paciente una lista de alimentos y/o grupos de alimentos en el cual tendrán que marcar con una cruz (X) la frecuencia con la que lo consumen en la semana; para luego diferenciar a los alimentos según su fuente de macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas).

- Instrumento: BALANZA

Técnica: se utilizará una báscula modelo ROMA, para registrar el peso, con capacidad hasta 150 kg y sensibilidad de 100 g. La medición se realizará sin zapatos ni prendas pesadas, el individuo deberá colocarse en el centro de la báscula y mantenerse inmóvil durante la medición.

- Instrumento: CINTA MÉTRICA

Técnica: la talla se medirá con una cinta métrica fijada a la pared, cuyo rango de medición va desde 0 a 2 metros, el sujeto deberá estar descalzo y se colocará de pie con los talones unidos y pegados a la pared, las piernas rectas y los hombros relajados. (Torresani y Somoza, 2011). Se utilizará la cinta métrica debido a la falta de un tallímetro propio o de la institución.

- Instrumento: HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Técnica: con el permiso de los directivos del centro de rehabilitación “Cambio de Hábitos”, se utilizará la historia clínica como fuente de información secundaria para obtener datos sobre el tipo de sustancias consumidas.

Recursos Solicitados:

a. Recursos humanos:

- Alumnos de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, sede Santa Fe.
- Pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro “Cambio de Hábitos”. Autoridades del Centro “Cambio de Hábitos”.
- Directora de Tesina.

b. Recursos materiales:

- Fotocopias del consentimiento informado presentado al establecimiento y los que se le entregaron a cada paciente antes de realizar el estudio.
- Fotocopias de las encuestas y cuestionarios de frecuencia que fueron realizados para cada paciente.
- Hojas, lapiceras, cuaderno, calculadora.
- Computadora, celular, internet, impresora.
- Balanza de peso corporal y cinta métrica.

c. Recursos físicos:

- Centro de prevención y rehabilitación de adicciones “Cambio de Hábitos”.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES / TIEMPO	2018												2019				
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Planificación																	
Identificación del problema																	
Búsqueda bibliográfica																	
Planteamiento del problema																	
Confección de protocolo																	
Entrega de protocolo																	
Corrección de protocolo																	
Ejecución y recolección de datos																	
Tratamiento y análisis de datos																	
Tabulación e interpretación de datos																	
Confección de informe final																	
Entrega de informe final																	
Corrección de informe final																	
Preparación de la defensa																	

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación, serán tenidos en cuenta los principios éticos para la investigación médica en seres humanos de la Declaración de Helsinki, Mundial, A.M. (2009) velando por la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad, y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la investigación.

En primera instancia, para llevar a cabo esta investigación, se solicitará autorización al Director del Centro de prevención y rehabilitación de adicciones “Cambio de Hábitos” para realizar dicho trabajo en el mencionado lugar.

Posteriormente, previo a la realización del trabajo de campo, se solicitará autorización por escrito de cada paciente, mediante una carta de consentimiento informado, donde se explicará el propósito de la investigación, la descripción del procedimiento a llevar a cabo, y la confidencialidad de la información obtenida, siendo en todo momento voluntaria su participación.

Se promoverá y asegurará el respeto hacia todos los participantes para proteger su salud y derechos individuales.

Al final de la investigación, todos los pacientes que hayan participado del estudio tendrán el derecho a ser informados sobre sus resultados.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo a partir del procesador de textos de Microsoft Word y la hoja de cálculo de Microsoft Excel, donde se cargaron los datos en tablas para facilitar el ordenamiento de los mismos y se utilizaron funciones y fórmulas del programa Excel para obtener resultados precisos y construir las gráficas correspondientes.

De esta manera, de acuerdo a los objetivos propuestos, se realizó un análisis univariado utilizando frecuencias absolutas y relativas (porcentuales) de cada una de las características de la muestra, el estado nutricional y el consumo alimentario de los pacientes que se encuentran en el dispositivo de internación.

Luego se presenta un análisis bivariado, para establecer si hay correlación entre las variables de estudio, el estado nutricional de los pacientes y el tiempo de internación de los mismos, se utilizó la prueba de hipótesis no paramétrica, *Chi-cuadrado (X^2) de independencia*.

La finalidad de éste tipo de pruebas de hipótesis es determinar si dos variables categóricas son independientes, o bien si están relacionadas. Utiliza tablas de contingencias, de doble entrada, que muestran la relación contingente entre dos variables; donde cada celda contiene las frecuencias observadas de ambas variables.

Se utilizó un nivel de significancia (α) de 0,05 y se obtuvieron los grados de libertad correspondientes, teniendo en cuenta los renglones y columnas de la tabla sin sus totales marginales.

El entrecruzamiento de las variables permitió arribar a una mejor interpretación y análisis de los resultados, y dio lugar a la formulación de conclusiones y recomendaciones.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

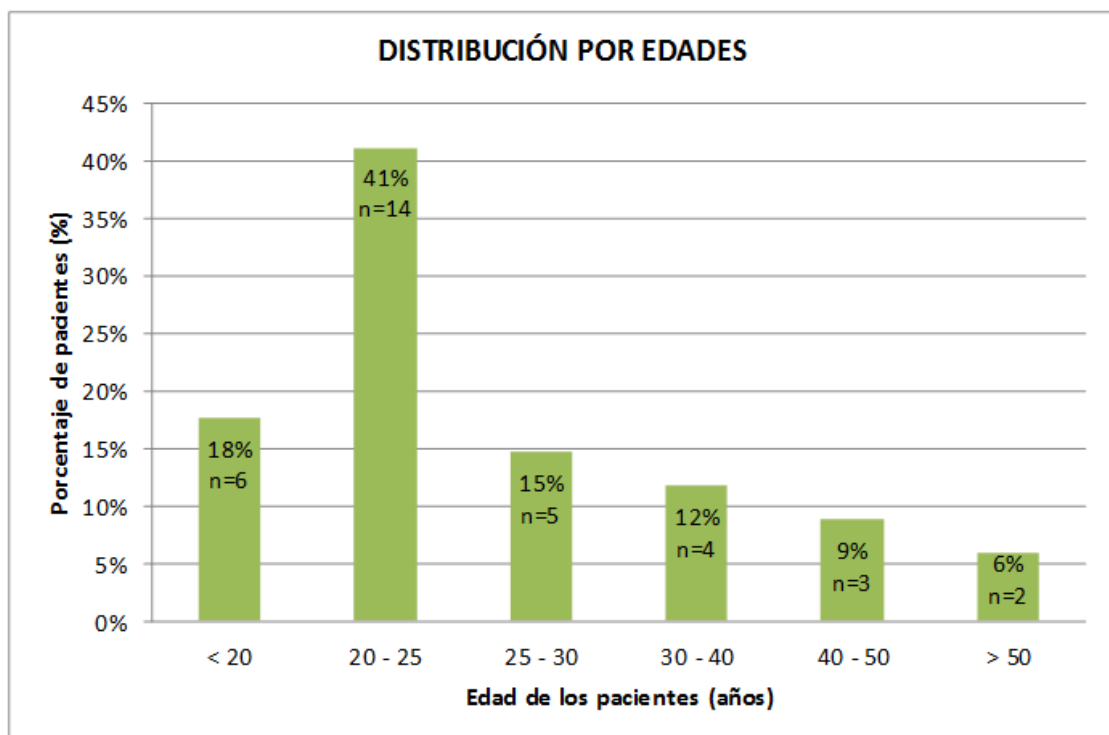
Distribución según el sexo

La población total quedó conformada por 34 pacientes del centro Cambio de Hábitos, de sexo masculino mayores de 18 años; que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado.

Distribución según la edad

Las edades de los pacientes fluctuaron entre una mínima de 18 años y una máxima de 60 años, con una edad promedio de 27 y una mediana de 23 años. La mayor cantidad de pacientes se encuentra en el rango de entre 20 y 25 años, con una moda de 20 años.

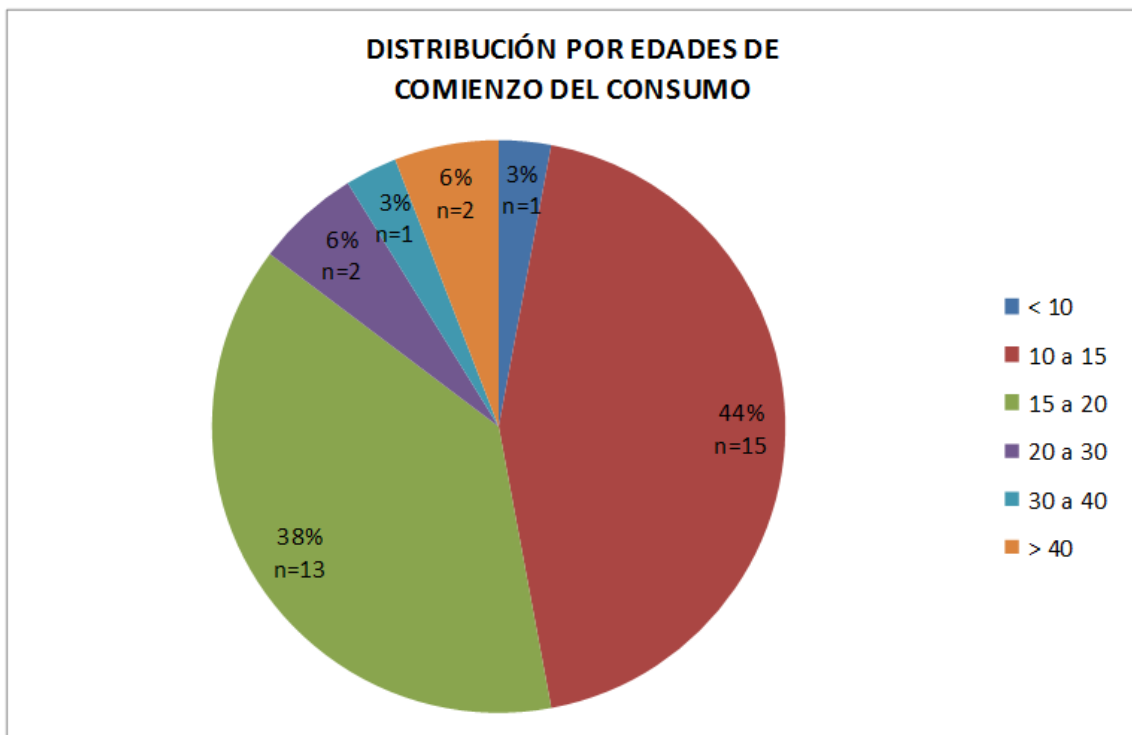
Gráfico I.a: Frecuencias relativas de las edades de la población, según rangos categóricos.



Ver Tabla I.a: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) de las edades de la población, en intervalos categóricos. (Anexo VII)

Otro dato relevante que se pudo extraer de las historias clínicas de los pacientes, fue que los rangos de edades en las que hubo mayor prevalencia en el inicio de consumo de sustancias fueron de 10 a 20 años, con una edad promedio de 17 años. Los datos son detallados en el siguiente gráfico:

Gráfico I.b: Frecuencias relativas de las edades de comienzo de consumo de la población, según rangos categóricos.

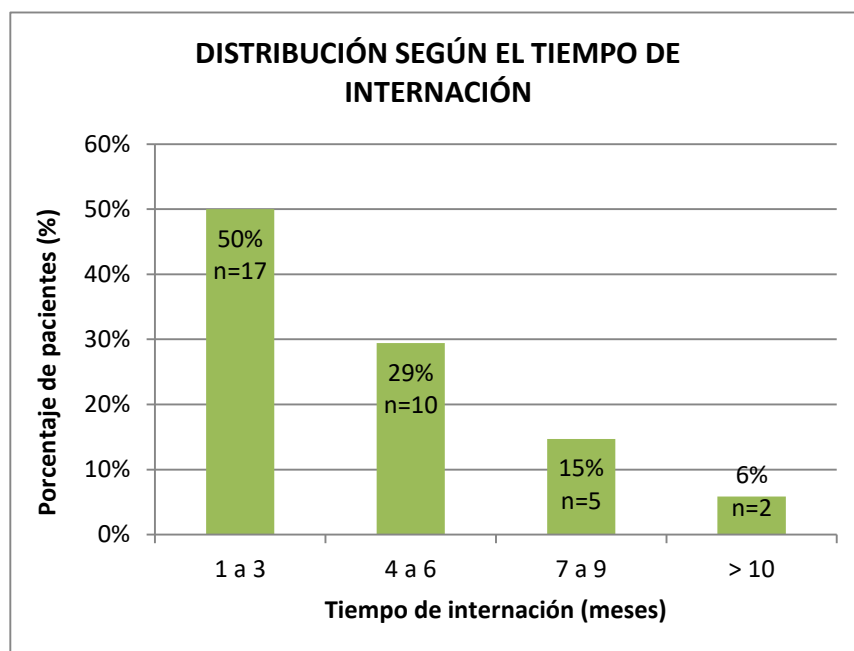


Ver Tabla I.b: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) de las edades de comienzo de consumo de la población, en intervalos categóricos. (Anexo VII)

Distribución según el tiempo de internación

El tiempo de internación de los pacientes quedó comprendido entre 1 y 12 meses, con un promedio de 4,5 meses.

Gráfico II: Frecuencias relativas del tiempo de internación (en meses), según rangos categóricos.



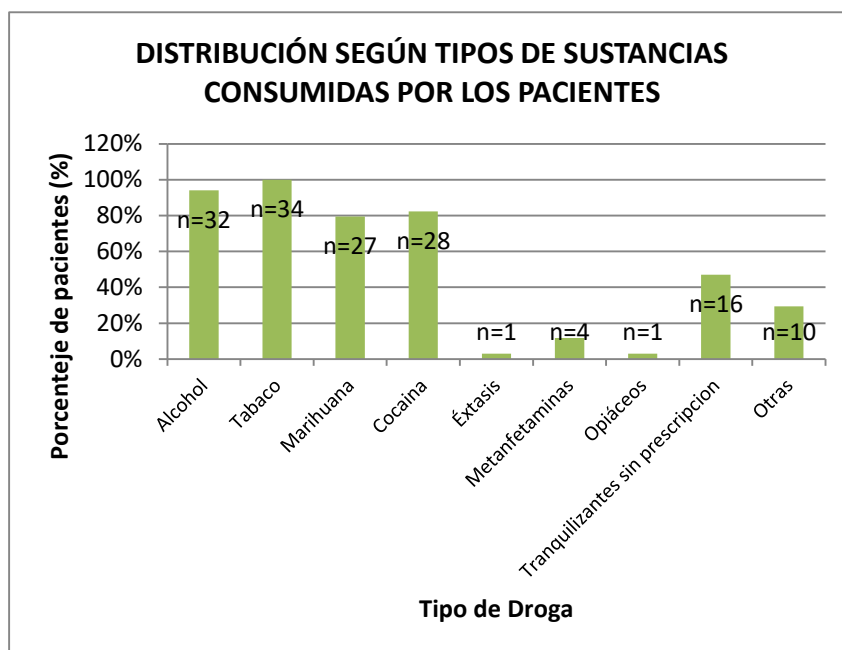
Ver Tabla II: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del tiempo de internación (en meses), en intervalos categóricos. (Anexo VII)

El 50% de los pacientes se encuentra en la categoría de 1 a 3 meses de internación, representando un n=17; el 29% de 4 a 6 meses de internación (n=10); el 15% de 7 a 9 meses (n=5); y un 6% llevaba un tiempo de internación mayor a 10 meses (n=2).

Distribución según los tipos de sustancias consumidas

A partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, se pudo indagar sobre los tipos de sustancias por las que habían acudido al centro de rehabilitación, obteniendo que el 100% de los pacientes consumieron tabaco, el 94% alcohol, el 82% cocaína, el 79% marihuana, el 47% tranquilizantes sin prescripción médica, el 29% otras sustancias no especificadas, el 12% metanfetaminas y el 3% éxtasis y opiáceos.

Gráfico III: Frecuencias relativas del tipo de drogas consumidas por la población, previo a la internación.



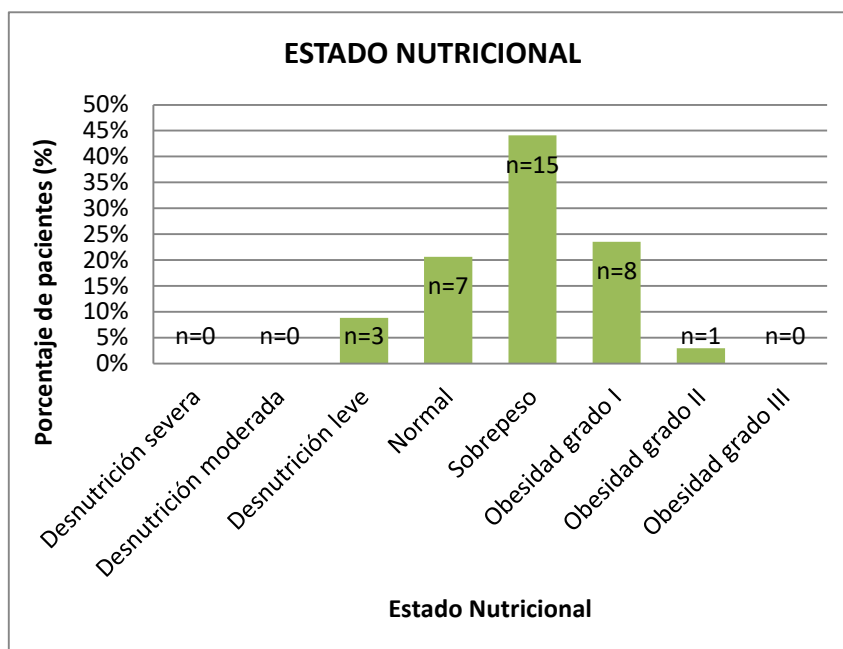
Ver Tabla III: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) del tipo de drogas consumidas por la población previo a la internación. (Anexo VII)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Distribución del estado nutricional de la muestra

De acuerdo a los resultados obtenidos, sólo el 21% de la muestra se encontraba con un estado nutricional normal. Fue relevante que el 44% de los pacientes presentó sobrepeso, siendo el porcentaje más elevado con $n=15$; el 24% presentó obesidad I ($n=8$); el 9% desnutrición leve ($n=3$); y por último, el 3% obesidad II ($n=1$).

Gráfico IV: Frecuencias relativas del estado nutricional de los pacientes durante la internación.

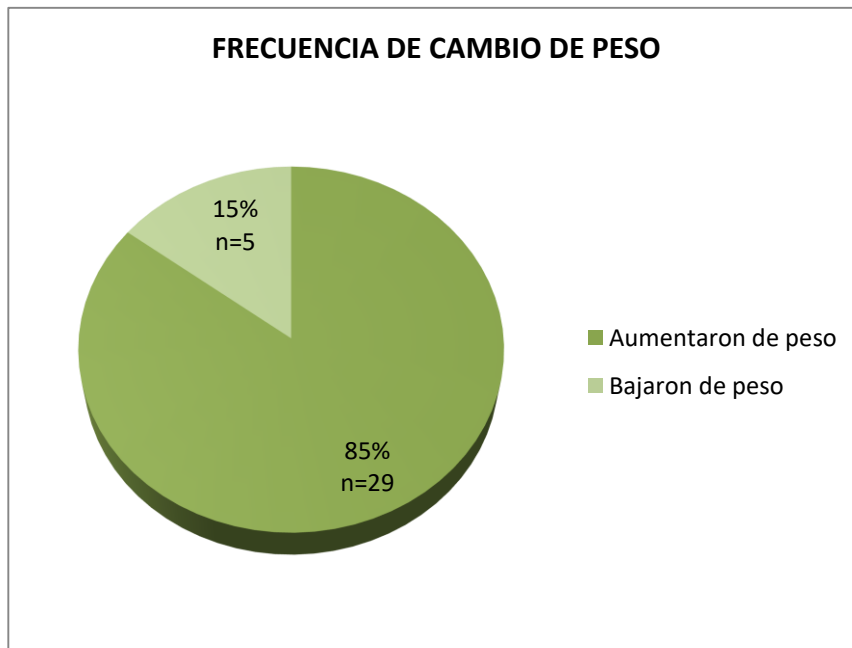


Ver tabla IV: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del estado nutricional de los pacientes durante la internación. (Anexo VII)

Distribución del cambio de peso de la muestra

Teniendo en cuenta los pesos actuales de los pacientes internados y los pesos al momento de la internación, que se obtuvieron a través de las historias clínicas; se indagó acerca de la variación del peso. Los datos arrojaron que el 85% de los pacientes aumentó de peso durante el tratamiento, y sólo el 15% tuvo un descenso de su peso corporal una vez internados.

Gráfico V: Frecuencias relativas de la diferencia entre los pesos previos a la internación y actuales (durante la internación), indicando el aumento o la disminución del mismo.



Ver tabla V: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) de la diferencia entre los pesos previos a la internación y los pesos actuales (durante la internación), indicando el aumento o la disminución del mismo. (Anexo VII)

Distribución del consumo alimentario de la muestra

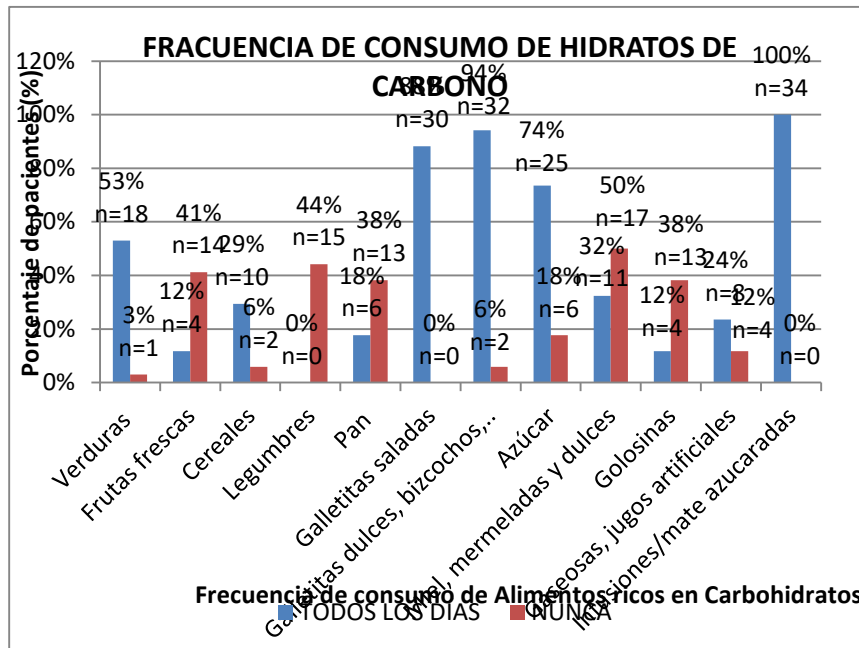
Frecuencia de consumo diferenciada por alimentos ricos en Carbohidratos

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES X SEM	4-3 VECES X SEM	2-1 VECES X SEM	NUNCA	n
Verduras	18	3	2	10	1	34
Papa, batata, choclo	14	1	16	3	0	34
Frutas frescas	4	0	6	10	14	34
Banana, uva, higo	4	2	4	11	13	34
Arroz, polenta, avena, cebada	10	4	10	8	2	34
Pastas	13	3	6	12	0	34
Legumbres	0	0	4	15	15	34
Pizza, tarta, empanada	0	2	6	22	4	34
Pan	6	0	2	13	13	34
Galletitas saladas	30	2	2	0	0	34
Galletitas dulces, bizcochos, facturas	32	0	0	0	2	34
Chocolates	3	2	6	13	10	34
Azúcar	25	0	3	0	6	34
Miel, mermeladas y dulces	11	3	3	0	17	34
Golosinas	4	4	2	11	13	34
Gaseosas, jugos artificiales	8	0	13	9	4	34
Infusiones/mate	34	0	0	0	0	34

Tabla fragmentada por alimentos ricos en hidratos de carbono, extraída de la tabla de frecuencia de consumo alimentario de los pacientes. Ver tabla VI (Anexo VII)

Fueron seleccionados los alimentos que presentan mayor contenido de hidratos de carbono, que se consumen con una frecuencia diaria (todos los días) y nula (nunca). Los datos se representan a continuación.

Gráfico VII: Frecuencias relativas del consumo de alimentos ricos en Carbohidratos.



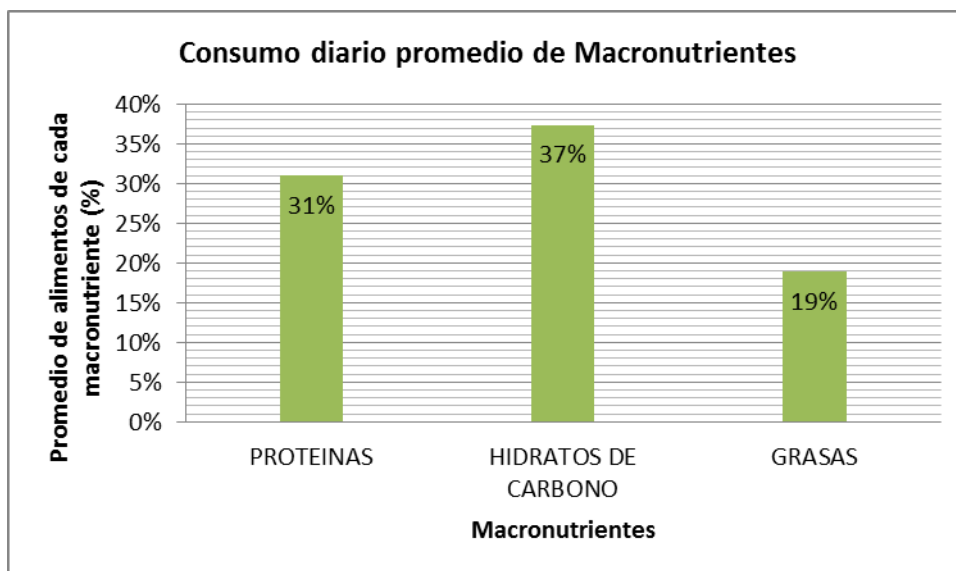
Ver tabla VIII: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos ricos en Carbohidratos. (Anexo VII)

De acuerdo a los datos arrojados, lo más notable es que la totalidad de los pacientes (n=34) refiere un consumo diario de azúcar de mesa en infusiones (principalmente mate), un 94% consume galletitas dulces, bizcochos y facturas a diario (n=32) y un 88% de los pacientes (n=30), consumen galletitas saladas a diario, en reemplazo del pan, ya que es lo que brinda el servicio de alimentación del Centro. De esta manera podemos decir que tanto el azúcar de mesa como los panificados y las galletitas dulces y saladas, son los alimentos fuente de carbohidratos consumidos más frecuentemente por los pacientes.

Asimismo, dentro de los cereales, las pastas y el arroz representan un alto porcentaje de ingesta diaria, 38% (n=13) y 29% (n=10) respectivamente. Por otro lado, es importante destacar que son muy pocos los pacientes que prefieren incorporar frutas (12% n=4) y verduras (53% n=18) de manera diaria en su alimentación; como también legumbres (0%). Siendo los alimentos menos consumidos.

Se pudo observar que un 65% (n=22) optan por pizzas, tartas y/o empanadas cuando tiene la oportunidad, por lo que lo hacen 1 o 2 veces por semana.

Los hidratos de carbono, son el macronutriente de mayor consumo diario de los pacientes del Centro Cambio de Hábitos. Como muestra el siguiente gráfico:



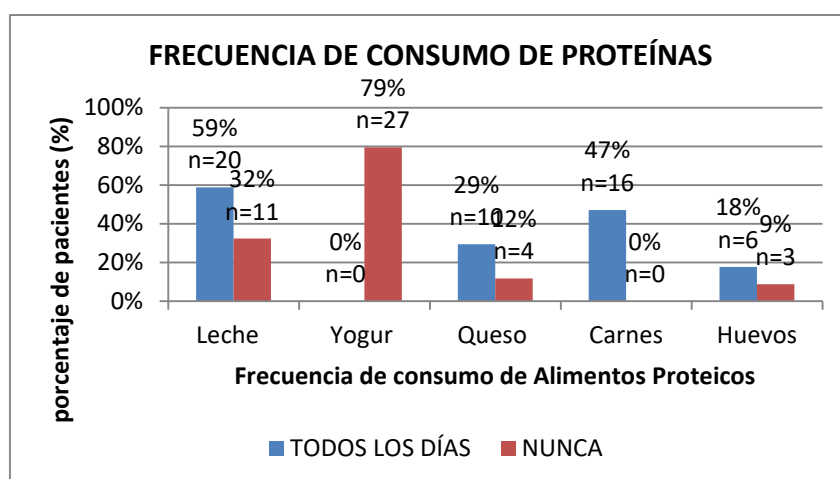
Ver tabla de promedios (Anexo VIII)

Frecuencia de consumo diferenciada por alimentos proteicos

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES X SEM	4-3 VECES X SEM	2-1 VECES X SEM	NUNCA	n
Leche	20	0	1	2	11	34
Yogur	0	0	0	7	27	34
Queso	10	3	14	3	4	34
Carnes	16	4	10	4	0	34
Huevos	6	7	9	9	3	34

Tabla fragmentada por alimentos proteicos, extraída de la tabla de frecuencia de consumo alimentario de los pacientes. Ver tabla VI (Anexo VII)

Gráfico VI: Frecuencias relativas del consumo de alimentos proteicos, en los pacientes durante la internación.



Ver tabla VII: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos proteicos, en los pacientes durante la internación. (Anexo VII)

Se pudo constatar que dentro de los lácteos un 59% de los pacientes (n=20) refirieron un consumo diario de leche, siendo el alimento proteico de consumo más frecuente.

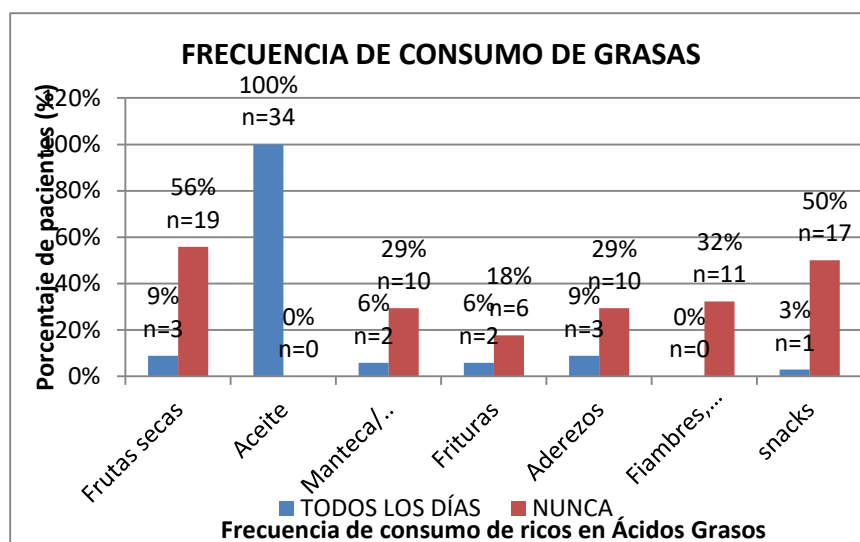
Con respecto a las carnes, un 47% (n=16) refirió su consumo diario siendo un porcentaje relevante; y un 18% (n=6) consumía huevos todos los días.

Frecuencia de consumo diferenciada por alimentos ricos en Ácidos Grasos

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES X SEM	4-3 VECES X SEM	2-1 VECES X SEM	NUNCA	n
Frutas secas	3	0	0	12	19	34
Aceite	34	0	0	0	0	34
Manteca/margarina/crema de leche	2	2	6	14	10	34
Frituras	2	2	10	14	6	34
Aderezos	3	1	5	15	10	34
Fiambres, embutidos	0	1	4	18	11	34
Productos de copetín/snacks	1	1	3	12	17	34

Tabla fragmentada por alimentos ricos en grasas, extraída de la tabla de frecuencia de consumo alimentario de los pacientes. Ver tabla VI (Anexo VII)

Gráfico VIII: Frecuencias relativas del consumo de alimentos ricos en Ácidos Grasos.



Ver tabla IX: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos ricos en Ácidos Grasos. (Anexo VII)

Dentro de los alimentos fuente de grasas, la totalidad de los pacientes (n=34) refiere un consumo diario de Aceite siendo el alimento más frecuente. Cabe destacar que el aceite no sólo es usado como condimento, en ensaladas, sino en preparaciones como frituras principalmente (representando un 71%, n=24 en un rango de 1 a 4 veces por semana). Lo que nos da la pauta de que las grasas que consumen no son de buena calidad, ya que también tienen un consumo elevado de fiambres y embutidos (65%, n=22), margarina, manteca y crema (59%, n=20) y snacks (44%, n=15) de 1 a 4 veces por semana.

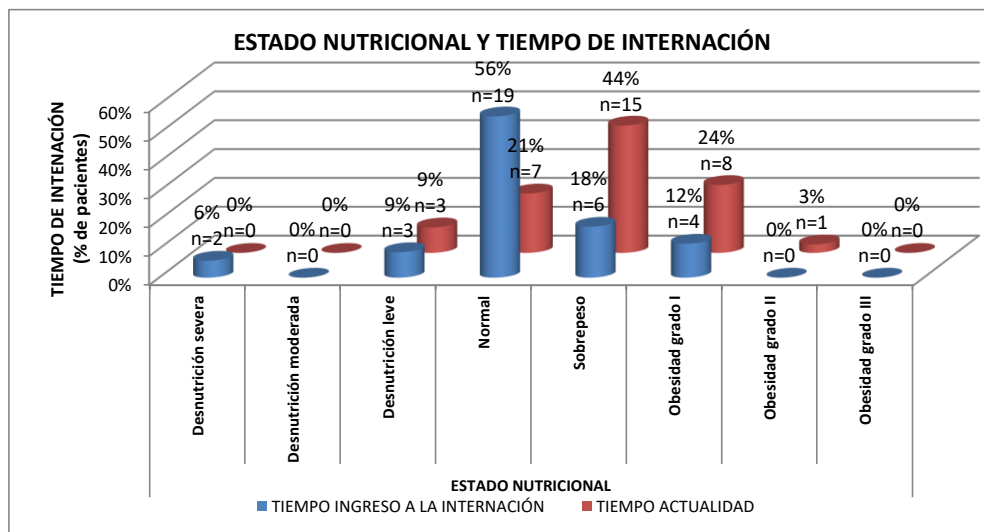
Otro dato relevante es que un 56% de los pacientes (n=19) nunca consume frutos secos, por lo que no tienen aporte de grasas saludables y de buena calidad nutricional.

Estado nutricional y tiempo de internación

Se realizó la comparación entre el estado nutricional de los pacientes al momento de la internación y al momento del estudio. Con el objetivo de constatar si existe una relación entre las variables y observar las modificaciones o cambios respecto al estado nutricional desde que se encuentran internados en el Centro Cambio de Hábitos.

El estado nutricional del momento de inicio de la internación, se obtuvo a través del cálculo del IMC (índice de masa corporal) con el peso que tenían los pacientes cuando ingresaron al Centro, registrado en sus historias clínicas, y la talla de los mismos que se midió cuando se llevó a cabo nuestro trabajo de campo, elevada al cuadrado. Junto con la talla, se tomaron los pesos actualizados de los pacientes, pudiendo expresar el estado nutricional actual con el cálculo del IMC. Los resultados obtenidos se grafican a continuación:

Gráfico IX: Frecuencias relativas de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso.



Ver tabla X: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso. (Anexo VII)

Pudiendo observar que al ingreso de la internación, en los pacientes predominaba un estado nutricional normal (56%, n=19), había en existencia casos de desnutrición severa (6%,

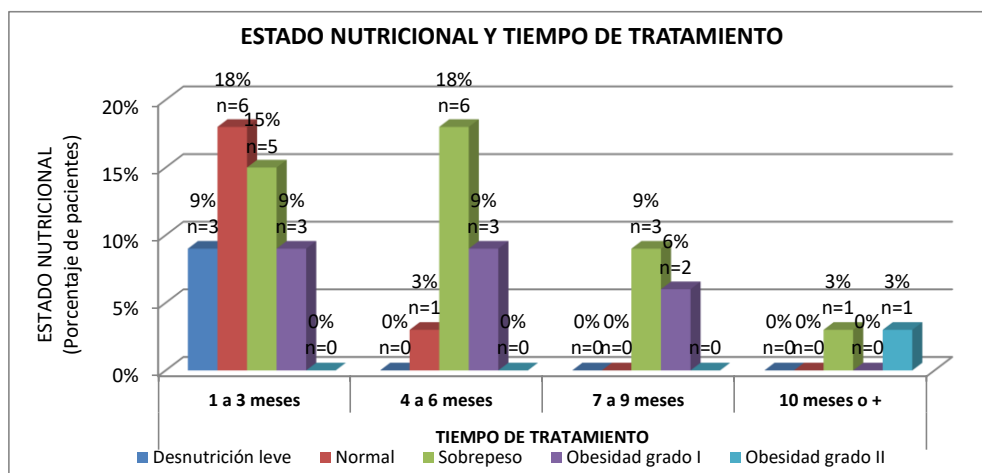
n=2) y leve (9%, n=3) y un bajo porcentaje presentaba sobrepeso u obesidad I (18%, n=6; 12%, n=4 respectivamente).

Al momento del estudio, los estados nutricionales de los pacientes se vieron modificados y sólo un 21% se encontraba normal (n=7). Se pudo obtener que el estado nutricional preponderante fue el sobrepeso y la obesidad I (44%, n=15 y 24%, n=8 respectivamente), los casos de desnutrición severa ya se encontraban leves (9%, n=3) y se presentó un caso de obesidad grado II (3%, n=1). Mostrando una transformación importante en el estado nutricional de los pacientes durante la internación, donde se favorece el aumento de peso.

A través de la prueba de hipótesis Chi-cuadrado se pudo establecer, con un nivel de confianza del 95%, que el estado nutricional se encuentra relacionado con el tiempo de internación. (Anexo IX)

Por otro lado se estableció la comparación entre el estado nutricional actual de los pacientes, es decir el estado nutricional al momento del estudio, con el tiempo de tratamiento que llevan transcurrido hasta dicho momento.

Gráfico X: Frecuencias relativas de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de tratamiento.



Ver tabla XI: Frecuencias relativas (fr%) de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de tratamiento. (Anexo VII)

Gráficamente se puede percibir que a medida que el tiempo de internación va aumentando, igualmente se va incrementando el grado del estado nutricional.

El rango de 1 a 3 meses de tratamiento, se destaca por tener la mayor cantidad de pacientes con un estado nutricional normal (18%, n=6) y al mismo tiempo es el porcentaje más alto en relación a los demás rangos; sucedida por sobrepeso (15%, n=5), obesidad I y desnutrición leve (9%, n=3).

En el rango de 4 a 6 meses de internación, los pacientes con estado nutricional normal disminuyen notoriamente (representando un 3%, n=1), a diferencia de los pacientes que presentan sobrepeso (18%, n=6); manteniéndose igual al rango anterior el número de pacientes con obesidad grado I (9%, n=3).

Dentro de los 7 a 9 meses de tratamiento, llama considerablemente la atención que sólo hay pacientes con sobrepeso u obesidad I (9%, n=3 y 6%, n=2 respectivamente). Del mismo modo, se puede observar, que luego de 10 meses de internación sólo hay pacientes que presentan sobrepeso y obesidad II (ambos con un 3%, n=1).

Se implementó la prueba de hipótesis Chi-cuadrado y se pudo concluir, con un nivel de significancia de $\alpha: 0,05$, que el estado nutricional de los pacientes depende del tiempo de tratamiento transcurrido. (Anexo X)

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este trabajo fue evaluar el estado nutricional y la alimentación de pacientes que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe.

En este estudio, de acuerdo a los resultados obtenidos con respecto al estado nutricional de los pacientes, un 44% presentó Sobrepeso, siendo el más predominante, el 24% presentó Obesidad I, el 21% se encontraba con un estado nutricional normal; el 9% con desnutrición leve y por último, el 3% con Obesidad II. Además, teniendo en cuenta los pesos previos de los pacientes a la internación, se pudo indagar acerca de su cambio de peso una vez internados, obteniendo como resultados que el 85% aumentaron su peso corporal, y solo un 15% tuvo un descenso de peso.

Estos resultados no coincidieron con los propuestos por Ascacibar, S. (2014) ya que en su mayoría presentaban normopeso, con un 52% de los pacientes internados. Lo mismo sucedió con el estudio realizado por Obermann y col. (2008) donde el estado nutricional más predominante fue el normopeso con un 46%.

Por otro lado, el aumento de peso corporal de los pacientes una vez internados coincide con los resultados obtenidos de Troncoso Pantoja y col. (2016) en el cual se observaron alteraciones en el apetito lo que favoreció el aumento de peso de los pacientes.

En relación a la alimentación; existen estudios previos que refieren un consumo elevado de alimentos fuente de carbohidratos (Troncoso Pantoja y col., 2016); principalmente de dulces, panificados y productos de pastelería (Quintero Febles, J.M., y col. 2014); en coincidencia con los datos arrojados por esta investigación donde se pudo observar una prevalencia en el consumo de alimentos fuente de carbohidratos con el predominio de azúcar de mesa, panificados, galletitas dulces y saladas.

Finalmente, en el estudio realizado por Ascacibar, S. (2014) se observó que la ingesta de carbohidratos fue excesiva. Y en relación a las grasas, hubo un predominio en aquellas que eran saturadas; coincidiendo de tal manera con los datos obtenidos en el presente trabajo de investigación, donde los hidratos de carbono, son el macronutriente de mayor consumo diario y las grasas no son de buena calidad, principalmente frituras, fiambres y embutidos, margarina, manteca y crema (grasas saturadas).

LIMITACIONES

- Una de las mayores limitaciones del estudio tiene que ver con el tamaño de muestra disponible. Un $n=34$ puede considerarse pequeño y poco representativo de la población.
- Las encuestas brindaron respuestas cerradas, hubieran sido más amplias si se realizaba una entrevista a cada paciente por separado, pero no se pudo llevar a cabo ya que los pacientes tienen diferentes actividades y talleres durante el día y no contábamos con tanto tiempo disponible. A su vez, el contacto y la llegada al paciente hubiera sido otra.
- La frecuencia de consumo alimentario, es útil como herramienta a la hora de recolectar información sobre la alimentación diaria, pero al ser un método de recolección de datos retrospectivo y depender de la memoria del paciente, puede estar sujeto a olvidos o modificaciones de lo que realmente se consume.
- No se contaba de un espacio físico cómodo en el cual se desarrollen las mediciones de peso y talla, de tal manera que se logre guardar la intimidad de los resultados obtenidos del paciente.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a las historias clínicas, los tipos de sustancias que han sido mayormente consumidas por los pacientes antes de ser internados fueron alcohol, tabaco, cocaína y marihuana.
- Se observó una prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en los pacientes internados en el dispositivo.
- Se registró un consumo elevado de alimentos fuente de carbohidratos en relación a los otros macronutrientes, con predominio de panificados, infusiones azucaradas, galletitas dulces y saladas.
- Al establecer la relación entre el estado nutricional de los pacientes y su tiempo de internación, se pudo observar que conforme se avanza en las etapas del tratamiento, se incrementa el grado del estado nutricional.
- La mayoría de los pacientes, aumentó su peso corporal durante el tratamiento de rehabilitación de adicciones.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes, aumentó de peso desde que comenzó el tratamiento de rehabilitación de adicciones, que a medida que avanzan las etapas del tratamiento, se incrementa el grado del estado nutricional, y la elevada ingesta de alimentos fuente de Hidratos de carbono; sería una buena estrategia implementar Educación Alimentaria Nutricional en los pacientes que se encuentran el centro, con el objetivo de modificar hábitos alimentarios, favorecer un estado nutricional saludable y así contribuir a una mejor calidad de vida para dichos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ascacibar, S. (2014). *Relación de adicciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales* (Tesis de Grado). Universidad FASTA, Mar del Plata.
2. Asociación Médica Mundial (AMM). (2009). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos*. Relaciones Internacionales. Seúl, Corea: 59ª Asamblea General.
3. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM). (2016). *Dieta y recuperación de la drogadicción*. Recuperado de: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002149.htm>
4. Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). *Conceptos básicos sobre adicciones*. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/prevad_cap1.pdf
5. Estévez, J.D.F., Rodríguez, E.M.R., y Romero, C.D. (2006). Nutrición y drogodependencias. En: Serra, M.L., & Aranceta, B.J., (ed.), *Nutrición y Salud Pública* (446-453). Barcelona, España: Elsevier.
6. Girolami, D.H. (2003). *Fundamentos de Valoración Nutricional y Composición Corporal* (3er edición). Buenos Aires: El Ateneo.
7. Graña Gómez, J.L., Andreu, J.M., y Muñoz-Rivas, M. (2005). *Preferencia al sabor en adictos a opiáceos*. *Psicothema*, 17(2), 201-204.
8. Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Nuñez, C., e Ibáñez, C. (2005). *Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna*. *Revista médica de Chile*, 133(8), 895-902.
9. Higuera-Sainz J. L., Pimentel-Jaimes, J. A., Mendoza-Catalan, G. S., Rieke-Campoy, U., Ponce, G., De León, P., y Camargo-Bravo, A. (2017). *El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad*. *Ra Ximhai*, 13(2), 53-62.
10. Lema, S., Longo, E. N. y Lopresti, A. (2003). *Guías alimentarias: manual de multiplicadores*. (1ra ed.). Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas.

11. León Silva, J.F. y León Gómez, J. (2014). Trastornos de ansiedad. En J. M. Escobar y M. Uribe (Ed.), *Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial* (109-139). Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
12. Llopis Llacer, J.J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. En Pascual, F. Torres, M. Calafat, A. (Ed.), *Monografía Cocaína*. (147-165). Valencia, España.
13. López, L.B., y Suárez, M.M. (2003). *Fundamentos de Nutrición Normal*. Buenos Aires: El Ateneo.
14. Lycett, D., Hajek, P., y Aveyard, P. (2010). *Trial Protocol: Randomised controlled trial of the effects of very low calorie diet, modest dietary restriction, and sequential behavioural programme on hunger, urges to smoke, abstinence and weight gain in overweight smokers stopping smoking*. *Trials*, 11(1), 94.
15. Mahan, K.L., Escott-Stump, S., y Raymond, J.L. (2012). *Krause Dietoterapia* (13ra edición). España: Elsevier.
16. Medina-Pérez, Ó.A., y Rubio, L.A. (2012). *Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561.
17. Medranda De Lázaro, M., y Benítez Rubio, M. (2006). *Conceptos básicos sobre drogadicción*. *Revista pediatría de atención primaria*, 8(3), 35-42.
18. O'Brien C.P. (2011). Adicción y abuso de drogas. En L.L. Brunton (Ed.), *Las bases farmacológicas de la Terapéutica* (607-627). Nueva York, EEUU: McGraw- Hill.
19. Obermann, G., Resnisky J. y Zajarchuk C. (2008). *Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación Programa San Carlos* (Disertación doctoral). Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló, Buenos Aires.
20. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2017). *Informe mundial sobre las drogas 2017*. Recuperado de https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
21. Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>

22. Organización Mundial de la Salud. (2018). Tabaco. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
23. Palou Oliver, A., Anadón Navarro, A., Bosch i Navarro, A., Martín Esteban, M., Monereo Megías, S., Rodríguez Artalejo, F. y Varela Moreiras, G. (2006). *Informe del Comité Científico de la AESA sobre el impacto del consumo de tabaco en la alimentación y la nutrición*. Revista del Comité Científico de la AESAN, (4), 29-52.
24. Parra Salazar, A. M. y Sierra Madrid, M. V. (2012). *El valor de una sana alimentación en el proceso de rehabilitación de la adicción de drogas entre los residentes de la fundación hogar nuevo ser* (Tesis de Grado). Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, Copacabana - Antioquia.
25. Peñafiel Pedrosa, E. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. Pulso: revista de educación, 32, 147-173.
26. Quintero Febles, J. M., y Suárez Sánchez, J. J. (2014). *Hábitos nutricionales en dependientes a la heroína*. Revista Científica de Enfermería, (8), 4-13.
27. Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=DglqVCc>
28. Roger D.W. (2012). Abuso y dependencia de drogas. En: L. Goldman y D. Ausiello (Ed.), *Tratado de Medicina Interna* (155-160). Barcelona, España: Elsevier.
29. Sabulsky, J. (2004). *Investigación científica en Salud-Enfermedad*. (2da ed.). Córdoba: SIMA.
30. Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ta ed.). México: McGraw-Hill.
31. Schiavonne, M.A., & Julio, S. (2017). Drogadicción: la esclavitud del nuevo milenio. *Inmanencia*, 5(1).
32. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2017). *ESTUDIO NACIONAL en población de 12 a 65 años, sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2017-10-05ZEncuestaZHogaresZconZcuestionario.pdf>

33. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2017). *ESTUDIO NACIONAL en población de 12 a 65 años sobre el consumo de sustancias psicoactivas: Principales Resultados en la provincia de Santa Fe.* Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/17.pdf>
34. Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría.(2011). Protocolo internacional para la valoración antropométrica (1era ed.) Murcia, España.
35. Torresani, M.E., y Somoza, M.I. (2011). Lineamientos para el cuidado nutricional. Buenos Aires: Eudeba.
36. Troncoso Pantoja, C., Mora Ormeño, D., y Sánchez Espinoza, P. (2016). *Factores que condicionan la alimentación de personas adultas en un centro de rehabilitación de drogas.* Horizonte Médico, 16(3), 29-34.



ANEXOS

Anexo I

Carta de Intención

SANTA FE, 17 de mayo de 2018

Sra. Coordinadora General de Tesinas

Licenciatura en Nutrición

Lic. Elsa Olmedo

De nuestra mayor consideración:

Por la presente tenemos el agrado de comunicar a Ud. la intención de abordar en nuestro Proyecto de Tesina la temática: Estado nutricional y alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones, siendo su título tentativo “Evaluación del estado nutricional y la alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018”

A continuación, se consigna la información requerida por el Reglamento de Tesina vigente:

- Pregunta del problema: ¿Cómo es el estado nutricional y la alimentación de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018?

- Antecedentes (estado del arte):

-Obermann, G., Resinicky, J. y Zajarchuk, C. (2008) realizaron un trabajo de investigación titulado “Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación Programa San Carlos” donde fueron evaluados 46 individuos de sexo masculino los cuales se encontraban clasificados en 3 categorías (fase A, B, C) según la etapa del tratamiento en la que se encontraban. Los resultados indicaron que el 15,22% de la muestra presentó obesidad, el 39,13% sobrepeso, mientras que un 45,65% de la misma presentó normopeso. Llegaron a la conclusión de afirmar que conforme se evoluciona en las etapas de tratamiento de rehabilitación de adicciones, se produce un aumento de peso.

-Quintero Febles, J. y Suárez Sánchez, J. J. (2014) en su trabajo “Hábitos nutricionales en dependientes a la heroína” analizaron el estado nutricional, el consumo alimentario, los conocimientos y actitudes en relación con la alimentación en un grupo de adictos a la heroína, en la Unidad Desintoxicación Hospitalaria (UDH) del Hospital Universitario de Canarias. A través de un estudio observacional analítico basado en registro de valores antropométricos y entrevista alimentaria a los pacientes en tratamiento de desintoxicación. Como resultado observaron una disminución significativa de la media del índice de masa corporal, horario de comidas irregular, predominio del consumo de dulces, bollería y comida rápida. Pudieron concluir que la población

compuesta por individuos con dependencia a la heroína se encuentra en una situación de elevado riesgo de desarrollo de problemas relacionados con la malnutrición.

- Troncoso Pantoja, C. y col. (2015), realizaron un estudio llamado “Factores que condicionan la alimentación de personas adultas en un centro de rehabilitación de drogas” con el objetivo de interpretar la percepción de las condicionantes que influyen en la alimentación de un grupo de usuarios internos en centro de rehabilitación para drogas de la comuna de Concepción, Chile, durante el año 2015. A través de un diseño cualitativo, se entrevistó a los internos del centro de rehabilitación y obtuvieron que, durante su etapa de abstinencia, presentan alteraciones en su apetito, con un incremento en el consumo de alimentos fuente de carbohidratos de absorción rápida, lo que favorece el incremento de peso en estas personas, afectando su calidad de vida.

- Hipótesis: presencia de sobrepeso u obesidad y consumo elevado de alimentos fuente de carbohidratos, de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018.

- Objetivos:

General: Evaluar el estado nutricional y la alimentación de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos de la ciudad de Santa Fe.

Específicos: Determinar el estado nutricional de los pacientes. Conocer el consumo de alimentos de los pacientes que se encuentran en el dispositivo de internación. Establecer la relación del estado nutricional y la alimentación, con el tiempo de internación.

- Referente empírico: Población “pacientes en rehabilitación de adicciones del Centro Cambio de hábitos”; Muestra “pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos de la Ciudad de Santa Fe, en 2018”; Unidad de análisis “cada uno de los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos”.

- Tipo de estudio: Estudio descriptivo, cualitativo y cuantitativo, correlacional simple y transversal. Porque no modificaremos las variables y se llevará a cabo en un momento determinado. Tomaremos las mediciones de peso y talla de los pacientes que constituyen la muestra para determinar el IMC (Índice de Masa Corporal), y en base a estos datos arribaremos a un diagnóstico del estado nutricional. Conoceremos la alimentación de los pacientes en estudio realizando encuestas confeccionadas y cuestionarios de frecuencia de alimentos.

Es correlacional ya que relacionaremos el estado nutricional y la alimentación con el tiempo de tratamiento de los pacientes en el dispositivo de internación.

Asimismo, informamos que hemos obtenido aval de la Sra. Romero Dri, María quien se desempeñará como Directora.

Sin más, aprovechamos la oportunidad para saludarla Atte.

Firma del alumno	Aclaración	DNI
Firma del alumno	Aclaración	DNI
Firma del Director	Aclaración	DNI

Recibida la Carta de Intención de los alumnos, Alesio, Eliana Antonela y Díaz, Gonzalo; y su Proyecto de Tesina titulado provisoriamente “Evaluación del estado nutricional y la alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del Centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018”, la Comisión Asesora aprueba el abordaje de la temática propuesta y asigna la dirección del Proyecto de Tesina a Romero Dri, María. Regístrese, comuníquese y archívese.

Anexo II

Autorización del establecimiento:

SANTA FE, junio de 2018

Al Sr. Director

Centro de rehabilitación "Cambio de Hábitos"

De nuestra mayor consideración:

Por la presente quienes se dirigen a Ud., Alesio, Eliana Antonela y Díaz, Gonzalo Matías, alumnos de cuarto año de la carrera Licenciatura en Nutrición, de la Universidad de Concepción del Uruguay Sede Santa Fe, con la intención de solicitar su autorización para realizar encuestas, cuestionarios de frecuencia de consumo de alimentos y mediciones antropométricas de peso corporal y talla a los pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación, como parte del trabajo de campo de nuestro Proyecto de Tesina, titulado "Evaluación del estado nutricional y la alimentación de pacientes en rehabilitación de adicciones que se encuentran en el dispositivo de internación del centro Cambio de Hábitos, de la ciudad de Santa Fe, en 2018" y que tiene como objetivos: Determinar el estado nutricional de los pacientes. Conocer el consumo de alimentos de los pacientes que se encuentran en el dispositivo de internación. Establecer la relación del estado nutricional y la alimentación, con el tiempo de internación.

Una vez finalizado el trabajo, se procederá a realizar la presentación y devolución de los datos obtenidos a partir del mismo.

Esperando tenga a bien considerar nuestro pedido, haciendo entrega previamente de un consentimiento informado a los pacientes.

Sin más, aprovechamos la oportunidad para saludarlo Atte.

Alesio, Eliana Antonela.

Díaz, Gonzalo Matías.

Firma Director del establecimiento

Anexo III

Consentimiento del paciente

He sido informado acerca de la investigación y mi forma de participación, siendo que todas mis dudas al respecto fueron aclaradas. Entiendo que puedo rehusarme a participar o desistir en cualquier momento si lo deseo.

Acepto participar voluntariamente del proyecto.

Fecha: / /2018

Firma y aclaración

Anexo IV

Encuesta para pacientes

"EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN DE ADICCIONES QUE SE ENCUENTRAN EN EL DISPOSITIVO DE INTERNACIÓN DEL CENTRO CAMBIO DE HÁBITOS, DE LA CIUDAD DE SANTA FE, EN 2018"									
TIEMPO DE INTERNACIÓN:									
EDAD:									
MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS									
PESO:		TALLA:		I.M.C.:		Estado nutricional:			
ENCUESTA TESINA LIC. EN NUTRICIÓN UCU									
¿Consumió algún tipo de droga?				SI	NO	¿Cuál?			
Alcohol		Tabaco			Marihuana		Cocaína		Éxtasis
Metanfetaminas		Opiáceos(heroína)			tranquilizantes sin prescripción			Otro/s	
¿Desde cuándo consumías?									
Tiempo aproximado sin consumir:									
¿Recuerda el peso que tenía cuando ingresó?				SI	NO	¿Cuál?			
¿Toma alguna medicación?				SI	NO	¿Cuál?			
¿Fuma?				SI	NO	¿Toma alcohol?		SI	NO
¿Siente más apetito que antes?				SI	NO				
¿Come entre las comidas principales? PICOTEIO entre el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena.				SI	NO	Prefiere:		DULCES	
								SALADOS	
								AMBOS	
¿Toma mates?				SI	NO	¿Con azúcar?		SI	NO
¿Consuma alimentos que no sean los brindados por la institución?				SI	NO	Nombre al menos uno:			

Cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos

ALIMENTO	TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES x SEMANA	4-3 VECES x SEMANA	2-1 VECES x SEMANA	NUNCA
Leche					
Yogur					
Queso					
Carnes (vacuna, pollo, pescado y cerdo)					
Huevos					
Verduras (todas menos papa, batata, choclo)					
Papa, batata, choclo					
Frutas frescas (todas menos banana, uva, higo)					
Banana, uva, higo					
Frutas secas (nueces, almendras, maníes)					
Arroz, polenta, avena, cebada					
Pastas (ñoquis, tallarines, raviolos)					
Legumbres (porotos, garbanzos, lentejas)					
Pizza, tarta, empanada					
Pan					
Galletitas saladas (tipo agua)					
Galletitas dulces, bizcochos, facturas					
Chocolates					
Azúcar					
Miel, mermeladas, dulce de leche, dulce de membrillo/batata					
Aceite					
Manteca/margarina/crema de leche					
Frituras (minutas)					
Aderezos (mayonesa, ketchup, mostaza, etc.)					
Fiambres, embutidos					
Golosinas					
Productos de copetín/snacks (papas, chizitos, palitos, etc.)					
Gaseosas, jugos artificiales					
Infusiones (té, café, mate cocido) o mate amargo o dulce					

Anexo V

Centro de rehabilitación y prevención de las adicciones “Cambio de Hábitos”

La asociación civil “Cambio de Hábitos”, ubicada en la ciudad de Santa Fe, cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, coordinadores, acompañantes terapéuticos, nutricionista y médico clínico para abordar la problemática de las adicciones. Su población está conformada en su totalidad por hombres adultos, desde los 18 años en adelante. Ya que las mujeres que concurren al centro de rehabilitación, lo hacen de manera ambulatoria, no se encuentran en internación a diferencia de los hombres.

Se realiza un tratamiento integral, que consta de 5 fases, las cuales no siempre se suceden una a la otra.

La primera se denomina “Comunidad Terapéutica”, las personas que se encuentran en ella poseen bajo nivel de consciencia de enfermedad, se encuentran internadas en una residencia exclusiva donde realizan todas sus actividades, sin contacto con el exterior, relacionándose únicamente con sus compañeros de fase y los profesionales, luego de transcurrido un tiempo, y cuando los profesionales lo permiten son capaces de realizar salidas, visitar a sus familias, y aquellos que trabajan formalmente pueden continuar con el mismo. En esta fase se encuentran aproximadamente 40 personas internadas, dicho número puede variar de acuerdo a nuevos ingresos, transferencia de pacientes a otras fases, altas voluntarias o altas terapéuticas

En la segunda fase, “Centro de Día”, los pacientes continúan con baja conciencia de enfermedad, sin embargo, asisten de 8- 15 horas a la institución. La atención de los profesionales es continua y se busca controlar la red social que los rodea.

La tercera fase es la de “Reinserción Social”, en la cual se busca que a través de la realización de micro emprendimientos (cursos de cocina, electricidad, carpintería, etc.) los pacientes puedan reinsertarse en la sociedad y logren la independencia económica, trabajando en grupo y aumentando la capacidad de crear vínculos interpersonales de mayor calidad.

La cuarta fase, “Fase Ambulatoria”, persigue el desarrollo personal de los individuos, consiste en la consejería por medio de los terapeutas, psicólogos y psiquiatras, teniendo

como fin la prevención y la reconstrucción de redes. En esta última los pacientes asisten a la institución cada 15 días.

La quinta fase, está conformada por las mujeres que asisten a la institución. Esta separación entre sexos se ha originado en los últimos tres años, con el fin de evitar problemáticas que se suscitaban al encontrarse hombres y mujeres compartiendo fases de internación y/o hospital de día. A diferencia de las anteriores, aquí las mujeres conforman una sola fase, sin distinción de niveles de recuperación

Anexo VI

Tabla de alimentos fuente de Nutrientes. (López y Suárez, 2003)

NUTRIENTE	ALIMENTOS
HIDRATOS DE CARBONO	Cereales (avena, arroz, maíz, cebada, centeno, quínoa), legumbres (porotos, garbanzos, lentejas, arvejas), pastas, papa, choclo, batata, mandioca, pizza, tartas, empanadas, pan, galletitas, facturas, bizcochos, tortas, golosinas, azúcar de mesa, miel, mermeladas, dulces, gaseosas y jugos comerciales, frutas (banana, uva, higo).
PROTEÍNAS	Carnes (pollo, pescado, cerdo, vaca), huevos, lácteos (quesos, yogur, leche).
GRASAS	Aceites, snacks, chocolate, manteca, frutos secos, aderezos, fiambres y embutidos, postres, frituras, crema de leche.

Anexo VII

TABLA DE RESULTADOS OBTENIDOS

PACIENTE	PESO PREVIO (kg)	PESO ACTUAL (kg)	TALLA (m)	IMC (kg/m ²)	DIAGNOSTICO	TIEMPO DE INTERNACIÓN (meses)	EDAD (años)
1	103	86.5	1.76	27.92	SOBREPESO	6	32
2	90	83.8	1.84	24.75	NORMAL	1	20
3	56	58.2	1.71	19.90	NORMAL	1	18
4	61	62.3	1.84	18.40	DESNUTRICIÓN LEVE	1	19
5	59	64.8	1.82	19.56	NORMAL	3	23
6	54	71	1.65	26.08	SOBREPESO	9	20
7	72	76.3	1.72	25.79	SOBREPESO	5	25
8	52	55.7	1.74	18.40	DESNUTRICIÓN LEVE	3	18
9	70	79.9	1.68	28.31	SOBREPESO	8	51
10	45	59.9	1.72	20.25	NORMAL	2	21
11	100	97.6	1.82	29.47	SOBREPESO	3	45
12	93	89.5	1.97	23.06	NORMAL	6	32
13	110	122.5	1.88	34.66	OBESIDAD I	1	29
14	64	79.3	1.76	25.60	SOBREPESO	5	22
15	72	78	1.69	27.31	SOBREPESO	3	22
16	70	89.2	1.72	30.15	OBESIDAD I	6	23
17	69	72.6	1.67	26.03	SOBREPESO	2	19
18	115	120	1.86	34.69	OBESIDAD I	1	22
19	83	89.5	1.7	30.97	OBESIDAD I	3	19
20	60	73.9	1.69	25.87	SOBREPESO	6	32
21	80	84.5	1.82	25.51	SOBREPESO	3	20
22	62	82	1.68	29.05	SOBREPESO	8	60
23	65	71.4	1.68	25.30	SOBREPESO	4	25
24	61	81.3	1.71	27.80	SOBREPESO	10	32
25	79	83	1.76	26.79	SOBREPESO	1	23
26	70	85.6	1.68	30.33	OBESIDAD I	6	26
27	76	92.8	1.75	30.30	OBESIDAD I	9	42
28	88	105	1.82	31.70	OBESIDAD I	8	28
29	50	59.9	1.8	18.49	DESNUTRICIÓN LEVE	3	18
30	70	69.1	1.79	21.57	NORMAL	2	46
31	75	89.3	1.72	30.19	OBESIDAD I	5	21
32	65	72.9	1.81	22.25	NORMAL	2	20
33	76	126.5	1.82	38.19	OBESIDAD II	12	20
34	68	73.6	1.69	25.77	SOBREPESO	5	23

Tabla I

Tabla I.a: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) de las edades de la población, en intervalos categóricos.

PACIENTES		
AÑOS DE LOS PACIENTES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
< 20	6	18%
20 - 25	14	41%
25 - 30	5	15%
30 - 40	4	12%
40 - 50	3	9%
> 50	2	6%
	34	100%

Tabla I.b: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) de las edades de comienzo de consumo de la población, en intervalos categóricos.

EDAD QUE COMENZARON A CONSUMIR DROGAS	PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
< 10	1	3%
10 a 15	15	44%
15 a 20	13	38%
20 a 30	2	6%
30 a 40	1	3%
> 40	2	6%
	34	100%

Tabla II

Tabla II: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) del tiempo de internación (en meses), en intervalos categóricos.

TIEMPO DE INTERNACIÓN DE LOS PACIENTES (en MESES)	PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1 a 3	17	50%
4 a 6	10	29%
7 a 9	5	15%
> 10	2	6%
	34	100%

Tabla III

Tabla III: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) del tipo de drogas consumidas por la población previo a la internación.

TIPO DE DROGAS	PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Alcohol	32	94%
Tabaco	34	100%
Marihuana	27	79%
Cocaína	28	82%
Éxtasis	1	3%
Metanfetaminas	4	12%
Opiáceos	1	3%
Tranquilizantes sin prescripción	16	47%
Otras	10	29%

Tabla IV

Tabla IV: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) del estado nutricional de los pacientes durante la internación.

ESTADO NUTRICIONAL	PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Desnutrición severa	0	0%
Desnutrición moderada	0	0%
Desnutrición leve	3	9%
Normal	7	21%
Sobrepeso	15	44%
Obesidad grado I	8	24%
Obesidad grado II	1	3%
Obesidad grado III	0	0%
TOTAL PACIENTES	34	100%

Tabla V

Tabla V: Frecuencias absolutas (f_a) y relativas ($f_r\%$) de la diferencia entre los pesos previos a la internación y los pesos actuales (durante la internación), indicando el aumento o la disminución del mismo.

	PACIENTES	
	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Aumentaron de peso	29	85%
Bajaron de peso	5	15%
	34	100%

Tabla VI

Tabla V: Tabla de frecuencia de consumo alimentario de los pacientes.

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS	6-5 VECES X SEM	4-3 VECES X SEM	2-1 VECES X SEM	NUNCA	n
Leche	20	0	1	2	11	34
Yogur	0	0	0	7	27	34
Queso	10	3	14	3	4	34
Carnes	16	4	10	4	0	34
Huevos	6	7	9	9	3	34
Verduras (menos papa, batata, choclo)	18	3	2	10	1	34
Papa, batata, choclo	14	1	16	3	0	34
Frutas frescas (menos banana, uva, higo)	4	0	6	10	14	34
Banana, uva, higo	4	2	4	11	13	34
Frutas secas	3	0	0	12	19	34
Arroz, polenta, avena, cebada	10	4	10	8	2	34
Pastas	13	3	6	12	0	34
Legumbres	0	0	4	15	15	34
Pizza, tarta, empanada	0	2	6	22	4	34
Pan	6	0	2	13	13	34
Galletitas saladas	30	2	2	0	0	34
Galletitas dulces, bizcochos, facturas	32	0	0	0	2	34
Chocolates	3	2	6	13	10	34
Azúcar	25	0	3	0	6	34
Miel, mermeladas y dulces	11	3	3	0	17	34
Aceite	34	0	0	0	0	34
Manteca/margarina/crema de leche	2	2	6	14	10	34
Frituras	2	2	10	14	6	34
Aderezos	3	1	5	15	10	34
Fiambres, embutidos	0	1	4	18	11	34
Golosinas	4	4	2	11	13	34
Productos de copetín/snacks	1	1	3	12	17	34
Gaseosas, jugos artificiales	8	0	13	9	4	34
Infusiones/mate	34	0	0	0	0	34

Tabla VII

Tabla VI: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos proteicos, en los pacientes durante la internación.

ALIMENTOS	F _a TODOS LOS DÍAS	F _r % TODOS LOS DÍAS	F _a NUNCA	F _r % NUNCA
Leche	25	74%	6	18%
Yogur	0	0%	27	79%
Queso	10	29%	4	12%
Carnes	16	47%		0%
Huevos	6	18%	3	9%

Tabla VIII

Tabla VII: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos ricos en Carbohidratos.

ALIMENTOS	F _a TODOS LOS DÍAS	F _r % TODOS LOS DÍAS	F _a NUNCA	F _r % NUNCA
Verduras	18	53%	1	3%
Frutas frescas	4	12%	14	41%
Cereales	10	29%	2	6%
Legumbres	0	0%	15	44%
Pan	6	18%	13	38%
Galletitas saladas	30	88%	0	0%
Galletitas dulces, bizcochos,.	32	94%	2	6%
Azúcar	25	74%	6	18%
Miel, mermeladas y dulces	11	32%	17	50%
Golosinas	4	12%	13	38%
Gaseosas, jugos artificiales	8	24%	4	12%
Infusiones/mate azucaradas	34	100%	0	0%

Tabla IX

Tabla VIII: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) del consumo de alimentos ricos en Ácidos Grasos.

ALIMENTOS	F _a TODOS LOS DÍAS	F _r % TODOS LOS DÍAS	F _a NUNCA	F _r % NUNCA
Frutas secas	3	9%	19	56%
Aceite	34	100%		0%
Manteca/margarina/crema de leche	2	6%	10	29%
Frituras	2	6%	6	18%
Aderezos	3	9%	10	29%
Fiambres, embutidos		0%	11	32%
snacks	1	3%	17	50%

Tabla X

Tabla X: Frecuencias absolutas (fa) y relativas (fr%) de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso.

		TIEMPO			
		INGRESO A LA INTERNACIÓN		ACTUALIDAD	
		FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición severa	2	6%	0	0%
	Desnutrición moderada	0	0%	0	0%
	Desnutrición leve	3	9%	3	9%
	Normal	19	56%	7	21%
	Sobrepeso	6	18%	15	44%
	Obesidad grado I	4	12%	8	24%
	Obesidad grado II	0	0%	1	3%
	Obesidad grado III	0	0%	0	0%
TOTAL		34	100%	34	100%

Tabla XI

Tabla XI: Frecuencias relativas (fr%) de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de tratamiento.

		fr% DEL TIEMPO DE TRATAMIENTO			
		1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 a 9 meses	10 meses o +
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición leve	9%	0%	0%	0%
	Normal	18%	3%	0%	0%
	Sobrepeso	15%	18%	9%	3%
	Obesidad grado I	9%	9%	6%	0%
	Obesidad grado II	0%	0%	0%	3%

*Frecuencias absolutas de la correlación entre el estado nutricional y el tiempo de tratamiento.

		fa DEL TIEMPO DE TRATAMIENTO			
		1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 a 9 meses	10 meses o +
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición leve	3	0	0	0
	Normal	6	1	0	0
	Sobrepeso	5	6	3	1
	Obesidad grado I	3	3	2	0
	Obesidad grado II	0	0	0	1

Anexo VIII

ALIMENTOS	TODOS LOS DÍAS
Leche	20
Yogur	0
Queso	10
Carnes	16
Huevos	6
PROTEÍNAS	10

Verduras (menos papa, batata, choclo)	18
Papa, batata, choclo	14
Frutas frescas (menos banana, uva, higo)	4
Banana, uva, higo	4
Arroz, polenta, avena, cebada	10
Pastas	13
Legumbres	0
Pizza, tarta, empanada	0
Pan	6
Galletitas saladas	30
Galletitas dulces, bizcochos, facturas	32
Chocolates	3
Azúcar	25
Miel, mermeladas y dulces	11
Golosinas	4
Gaseosas, jugos artificiales	8
Infusiones/mate	34
HIDRATOS DE CARBONO	13

Frutas secas	3
Aceite	34
Manteca/margarina/crema de leche	2
Frituras	2
Aderezos	3
Fiambres, embutidos	0
Productos de copetín/snacks	1
GRASAS	6

MACRONUTRIENTES	PROMEDIO DE CONSUMO
HIDRATOS DE CARBONO	37%
PROTEÍNAS	31%
GRASAS	19%

Anexo IX

Planteo de hipótesis:

- H_0 : El estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso son independientes o no están relacionados entre sí.
- H_1 : El estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso son dependientes o están relacionados entre sí.

		TIEMPO DE INTERNACIÓN		TOTAL
		INGRESO A LA INTERNACIÓN	ACTUALIDAD	
ESTADO NUTRICIONAL (SEGÚN EL IMC DE LOS PACIENTES)	Desnutrición severa	2	0	2
	Desnutrición leve	3	3	6
	Normal	19	7	26
	Sobrepeso	6	15	21
	Obesidad grado I	4	8	12
	Obesidad grado II	0	1	1
TOTAL		34	34	68

Frecuencias observadas:

$F_{011} = 2$	$F_{012} = 3$	$F_{013} = 19$	$F_{014} = 6$	$F_{015} = 4$	$F_{016} = 0$
$F_{021} = 0$	$F_{022} = 3$	$F_{023} = 7$	$F_{024} = 15$	$F_{025} = 8$	$F_{026} = 1$

Frecuencias esperadas:

$F_{e11} = 1$	$F_{e12} = 3$	$F_{e13} = 13$	$F_{e14} = 10,5$	$F_{e15} = 6$	$F_{e16} = 0,5$
$F_{e21} = 1$	$F_{e22} = 3$	$F_{e23} = 13$	$F_{e24} = 10,5$	$F_{e25} = 6$	$F_{e26} = 0,5$

Estadístico de prueba:	Estadístico crítico:
$X^2_{\text{obt}} = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} = 13,72$	$X^2_{\text{crit}} = X^2_{\alpha^{gl}}$
	gl: $(r - 1) \times (c - 1) = (6 - 1) \times (2 - 1) = 5$ $\alpha: 0,05$
	$X^2_{\alpha^{gl}} = X^2_{0,05^5} = 11,071$

$$X^2_{\text{obt}} = 13,72$$

$$X^2_{\text{crit}} = X^2_{0,05^5} = 11,071$$

Conclusión: $X^2_{\text{obt}} > X^2_{\text{crit}}$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1), pudiendo concluir con un nivel de significancia $\alpha: 0,05$, que las variables están relacionadas entre sí, es decir, que el estado nutricional y el tiempo de internación desde el ingreso son dependientes.

Anexo X

Planteo de hipótesis:

- H_0 : El estado nutricional y el tiempo de tratamiento transcurrido son independientes o no están relacionados entre sí.
- H_1 : El estado nutricional y el tiempo de tratamiento transcurrido son dependientes o están relacionados entre sí.

Frecuencias observadas:

		TIEMPO DE INTERNACIÓN				TOTAL
		1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 a 9 meses	10 meses o +	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición leve	3	0	0	0	3
	Normal	6	1	0	0	7
	Sobrepeso	5	6	3	1	15
	Obesidad grado I	3	3	2	0	8
	Obesidad grado II	0	0	0	1	1
TOTAL		17	10	5	2	34

Frecuencias esperadas:

		TIEMPO DE INTERNACIÓN			
		1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 a 9 meses	10 meses o +
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrición leve	1,50	0,88	0,44	0,18
	Normal	3,50	2,06	1,03	0,41
	Sobrepeso	7,50	4,41	2,21	0,88
	Obesidad grado I	4,0	2,4	1,2	0,5
	Obesidad grado II	0,50	0,29	0,15	0,06

$$X^2_{\text{obt}} = 25,95$$

$$X^2_{\text{crit}} = X^2_{0,05}^{12} = 21,026$$

Conclusión: $X^2_{\text{obt}} > X^2_{\text{crit}}$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1), pudiendo concluir con un nivel de significancia α : 0,05, que las variables están relacionadas entre sí, es decir, que el estado nutricional de los pacientes y el tiempo de tratamiento transcurrido.