05. Parametros.qxp_01. Interacción 27/12/21 10:53 Página 177

Revista Española de
Nutrición Comunitaria
Spanish Journal of Community Nutrition

Rev Esp Nutr Comunitaria 2020;27(3):177-182
ISSN 1135-3074

DOI:10.14642/RENC.2021.27.3.5373

Original

Parámetros antropométricos y hábitos alimentarios de pacientes en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas

Ruth Adriana Yaguachi Alarcón, María Magdalena Rosado Álvarez, María Fernanda Solís Oyola, Rosa María Bulgarín Sánchez, Carlos Luis Poveda Loor

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Nutrición y Dietética. Instituto de Investigación e Innovación en Salud (ISAIN).

Resumen

Fundamentos: El abuso de drogas tiene un impacto negativo a largo plazo para la salud, provocando desnutrición y alteraciones en la absorción de nutrientes. Este trabajo pretende valorar los parámetros antropométricos y hábitos alimentarios de pacientes en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Se incluyó a 30 varones en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas de una clínica de Santa Elena-Ecuador. Los hábitos alimentarios se identificaron a través de la aplicación del cuestionario de recordatorio de 24 horas y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos. Finalmente, se valoró el estado nutricional mediante la determinación del índice de masa corporal y porcentaje de grasa corporal.

Resultados: La ingesta de alimentos se caracterizó por un consumo deficiente de calorías (83,3%), carbohidratos (96,7%), proteínas (90,0%), grasas (76,7) y fibra (100%). Del mismo modo, se reflejó un consumo insuficiente de lácteos (73,3%), verduras (63,3%), frutas (96,7%), cereales (50%) y carnes (73,3%). Tanto el IMC como el porcentaje de grasa se encontraron dentro rangos normales.

Conclusiones: La alimentación balanceada en pacientes en rehabilitación con adicción a las drogas proporciona nutrientes esenciales que previene las recaídas y los incorpora a una vida normal.

Palabras clave: *Conducta alimentaria. Antropometría. Drogodependencia. Dieta.*

ANTHROPOMETRIC PARAMETERS AND EATING HABITS OF PATIENTS IN REHABILITATION DUE TO PSYCHOTROPIC SUBSTANCE CONSUMPTION PROBLEMS

Abstract

Background: Drug abuse has a long-term negative impact on health, causing malnutrition and alterations in the absorption of nutrients. This works wants to assess the anthropometric parameters and eating habits of patients in rehabilitation for problems of consumption of psychotropic substances

Methods: A descriptive, cross-sectional study was carried out. It included 30 male patients in rehabilitation for problems of use of psychotropic substances from a clinic in Santa Elena-Ecuador. Eating habits were identified through the application of the 24-hour reminder questionnaire and the frequency of food consumption survey. Finally, nutritional status was assessed by determining the body mass index and percentage of body fat.

Results: Food intake was characterized by poor consumption of calories (83.3%), carbohydrates (96.7%), protein (90.0%), fat (76.7), and fiber (100%). Similarly, insufficient consumption of dairy products (73.3%), vegetables (63.3%), fruits (96.7%), cereals (50%) and meats (73.3%) was reflected. Both the BMI and the percentage of fat were within normal ranges.

Conclusions: A balanced diet in drug addiction rehabilitation patients provides essential nutrients that prevent relapse and incorporate them into a normal life.

Key words: *Feeding behavior. Anthopometry. Drug addicts. diet.*

Introducción

El uso de sustancias que causan drogodependencia actualmente se considera un problema de Salud Pública; no sólo por el efecto que causa como ente bio-psicosocial sino también el impacto que causa en costos para el individuo y la sociedad[1]. Droga es toda sustancia o preparada medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno y la drogodependencia es el uso habitual de estupefaciente al que el drogadicto no se pude sustraer[2]. Los cambios que se llegan a producir en el individuo dependerán no sólo del tipo de sustancia empleada, sino también de su vía de administración[3-4], además de causar

Correspondencia: Ruth Adriana Yaguachi Alarcón.
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Nutrición y Dietética.
Instituto de Investigación e Innovación en Salud (ISAIN).
E-mail: ruth.yaguachi@cu.ucsg.edu.ec

Fecha envío: 10/11/2020.
Fecha aceptación: 19/04/2021.

05. Parametros.qxp_01. Interacción 27/12/21 10:53 Página 178

problemas de adicción y dependencia distintos estudios demuestran que provocan problemas de salud tales como daño del sistema nervioso, problemas hepáticos, gástricos, daños renales y desnutrición, afectando de manera directa a su estado nutricional[5-8].

Existen pocos estudios donde demuestran la relación entre el consumo de drogas, la obesidad y las posibles diferencias en la prevalencia de trastornos mentales de acuerdo al género entre los consumidores[9-11]; y son menos aún en donde se determinen la relación entre los parámetros antropométricos y su comportamiento alimentario en la etapa de rehabilitación.

En el Ecuador según informes del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes, los adultos jóvenes demuestran una conducta dependiente al alcohol siendo la población masculina la más afectada; los resultados oficiales demuestran que el país posee mayores niveles al consumo de este tipo de sustancias con un 51% en comparación que otros países latinoamericanos como Perú, Chile y Uruguay[12].

Teniendo en cuento lo anteriormente expuesto el objetivo de este trabajo fue valorar los parámetros antropométricos y hábitos alimentarios de pacientes en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Incluyó a 30 pacientes varones en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas que residían en la clínica Comunidad Terapéutica Nueva Vida (COTENUVI) de la Provincia de Santa Elena-Ecuador durante el periodo de abril a septiembre del 2020.

Fueron incluidos en la investigación los pacientes que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado siguiendo las normas bioéticas establecidas por la Declaración de Helsinki13. Se excluyeron a aquellas personas que presentaron algún tipo de discapacidad física que impidiera la toma de peso y talla.

Entre los datos generales se recogió información sociodemográfica, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares y sustancias psicotrópicas consumidas por los pacientes.

Parámetros antropométricos

El peso y el porcentaje de grasa corporal se determinaron a través de una balanza electrónica Tanita SC-331S debidamente calibrada, se registraron los datos en kilogramos después de pesar a la persona descalza y con la menor cantidad de ropa posible[14].La talla se obtuvo en centímetros con un tallímetro SECA 217; se midió al paciente descalzo con los talones juntos, glúteos, hombros y la cabeza erguida. El índice de masa corporal (IMC) se determinó a través de los puntos de corte establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[15], considerando un IMC de: < 18,5 kg/m^2 "Bajo peso"; 18,5 kg/m^2-24,9 kg/m^2 "Normal"; 25 kg/m^2-29,9 kg/m^2 "Sobrepeso" y > 30 kg/m^2 "Obesidad".

Hábitos alimentarios

Para identificar los patrones alimentarios se diseñó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos, tomando en cuenta para la construcción el cuestionario validado de García[15], en la que presentan los alimentos agrupados en 10 categorías y en la que los pacientes podían escoger una de las frecuencias: diario, semanal, rara vez o nunca. Una vez recolectados los datos se procedió a procesarlos de acuerdo a las recomendaciones diarias establecidas para adultos[16] de acuerdo a los diferentes grupos de alimentos, considerando lo siguiente: lácteos y derivados < 3 tazas "insuficiente", 3-5 tazas "recomendado", > 5 tazas "elevado"; verduras < 2 tazas o platos "insuficiente", 2-4 tazas o platos "recomendado", > 4 tazas o platos "elevado"; frutas < 2 unidades o tazas "insuficiente", 2-4 unidades o tazas "recomendado", > 4 unidades o tazas "elevado"; cereales y derivados < 2 unidades o tazas "insuficiente", 2-3 unidades o tazas "recomendado", > 3 unidades o tazas "elevado"; carnes y derivados < 2 filetes o piezas "insuficiente", 2-3 filete o piezas "recomendado", > 3 filetes o piezas "elevado"; aceites < 2 cucharadas "insuficiente", 2-4 cucharadas "recomendado", > 4 cucharadas "elevado". El consumo de comidas rápidas, snack y bebidas gaseosas: rara vez o nunca "recomendado", diario o semanal "elevado".

Se aplicó el cuestionario de recordatorio de 24 horas de 3 días (lunes, miércoles y sábado) para determinar el consumo diario de calorías, macronutrientes (carbohidratos, proteínas y grasas), micronutrientes (vitamina A, ácido ascórbico, ácido fólico, cobalamina, tiamina, riboflavina, niacina, piridoxina, calcio, hierro, magnesio, sodio, potasio y zinc), ácidos grasos (saturados, monoinsaturados y poliinsaturados) y fibra en base a las comidas recibidas en el centro de rehabilitación, mismas que eran preparadas por el auxiliar de alimentación. Los pacientes recibían preparaciones de acuerdo al menú planificado semanalmente. Los cálculos para determinar la ingesta promedio se la realizó con la tabla de composición de alimentos mexicana[17] y posteriormente se estableció el porcentaje de adecuación, cuya fórmula es: valor observado (VO) dividido para el valor esperado (VE) por 100 (VO/VE*100%). El valor observado se refiere al consumo diario de calorías, macronutrientes, micronutrientes y fibra, mientras que, el valor esperado hace referencia a la ingesta diaria recomendada para adultos del Instituto de Medicina[18], obteniendo como resultado un consumo normal (90-110%), déficit (< 90%) y exceso (> 110%).

Análisis estadístico

Los parámetros antropométricos y hábitos alimentarios fueron registrados digitalmente en archivos EXCEL

Tabla I
Distribución de las características generales de la población investigada

Sexo	
Masculino	30 [100,0]
Edad	22,2 ± 4,4
Estado Civil	
Casado	1 [3,3]
Soltero	24 [80,0]
Unión libre	5 [16,7]
Antecedentes patológicos personales	
Hipertensión	1 [3,3]
Tuberculosis	1 [3,3]
No refiere	28 [93,3]
Antecedentes patológicos familiares	
Diabetes	10 [33,3]
Hipertensión	6 [20,0]
Insuficiencia renal	1 [3,3]
No refiere	13 [43,3]
Tipo de droga utilizada con mayor frecuencia	
Cocaína	14 [46,7]
Heroína	6 [20,0]
Marihuana	10 [33,3]
Frecuencia de consumo de droga	
Diariamente	27 [90,0]
Semanalmente	1[3,3]
Ocasionalmente	2[6,7]

para OFFICE de WINDOWS. Se empleó el paquete estadístico SPSS versión 23 para el procesamiento de los datos y el análisis de los resultados.

Con respecto a la naturaleza de cada variable se realizó un análisis descriptivo, se calcularon las medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación estándar y rango. Se realizó la prueba T de student a los datos obtenidos para establecer la relación entre las variables de estudio.

Resultados

La muestra de investigación (tabla I) estuvo constituida por 30 varones con una edad que osciló entre los 18 a 36 años, con un promedio de 22,2 ± 4,4 (media ± desviación estándar). El mayor porcentaje de investigados no refirió presentar antecedentes patológicos personales (93,3%). Por otro lado, el 43,3% indicaron no tener antecedentes patológicos familiares, mientras que, un menor porcentaje poseen familiares de primer grado que padecen diabetes (33,3%), hipertensión arterial (20,0%) e insuficiencia renal (3,3%). Las drogas más utilizadas por los investigados eran cocaína (46,7%), marihuana (33,3%) y heroína (20,0%) consumidas con una frecuencia diaria (90,0%).

De acuerdo a los parámetros antropométricos (tabla II) los investigados presentaban un promedio de: peso 65,5 kg ± 9,3; talla 1,60 m ± 0,08; IMC 23,5 kg/m^2 ± 2,1 y

Tabla II
Distribución de las características antropométricas de la población investigada

Peso actual (kg)	65,5 ± 9,3
Talla (m)	1,60 ± 0,08
IMC (kg/m^2)	23,5 ± 2,1
Normal	21 [70,0]
Sobrepeso	9 [30,0]
Grasa Corporal (%)	17,1 ± 2,7
Buena	5 [16,7]
Aceptable	22 [73,3]
Sobrepeso	3 [10,0]

grasa corporal 17,7% ± 2,7. Se pudo evidenciar mediante el IMC que el 70% tenían un estado nutricional normal, la prevalencia de sobrepeso fue del 30%. En el porcentaje de grasa se puede observar que un 73,3% de pacientes reflejaron un nivel de grasa aceptable; dentro de los parámetros recomendado para este grupo de edad.

La ingesta de alimentos se caracterizó (tabla III) por un consumo deficiente de calorías (83,3%), carbohidratos (96,7%), proteínas (90,0%), grasas totales (76,7%), Grasas poliinsaturadas (100%), fibra (100%), vitamina A (100%), ácido fólico (100%), cobalamina (80%), ribofla-

Tabla III
Distribución porcentual de la ingesta de calorías, macronutrientes, micronutrientes y fibra de la población investigada

	Déficit	*Normal*	*Exceso*
Energía (kcal)	25 [83,3]	5 [16,7]	0 [0,0]
Carbohidratos (g)	29 [96,7]	1 [3,3]	0 [0,0]
Proteínas (g)	27 [90,0]	2 [6,7]	1 [3,3]
Grasas totales (g)	23 [76,7]	7 [23,3]	0 [0,0]
Grasa saturada (g)	0 [0,0]	20 [66,7]	10 [33,3]
Grasa monoinsaturada (g)	0 [0,0]	6 [20,0]	24 [80,0]
Grasa poliinsaturada (g)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Colesterol (mg)	0 [0,0]	30 [100,0]	0 [0,0]
Fibra (g)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Vitamina A (mg)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Ácido ascórbico (mg)	13 [43,3]	2 [6,7]	15 [50,0]
Ácido fólico (mg)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Cobalamina (mg)	24 [80,0]	6 [20,0]	0 [0,0]
Tiamina (mg)	2 [6,7]	16 [53,3]	12 [40,0]
Riboflavina (mg)	16 [53,3]	14 [46,7]	0 [0,0]
Niacina (mg)	14 [46,7]	8 [26,7]	8 [26,7]
Piridoxina (mg)	13 [43,3]	1 [3,3]	16 [53,3]
Calcio (mg)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Hierro (mg)	0 [0,0]	15 [50,0]	15 [50,0]
Magnesio (mg)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]
Sodio (mg)	0 [0,0]	16 [53,3]	14 [46,7]
Potasio (mg)	29 [96,7]	1 [3,3]	0 [0,0]
Zinc (mg)	30 [100,0]	0 [0,0]	0 [0,0]

05. Parametros.qxp_01. Interacción 27/12/21 10:53 Página 180

Tabla IV
Distribución de la ingesta de calorías, macronutrientes, micronutrientes y fibra de la población investigada, se muestra la media ± desviación estándar del consumo, recomendación y porcentaje de adecuación

	Consumo	*Recomendación*	*Adecuación (%)*	*Valor-P**
Energía (Kcal)	1855,7 ± 220,3	2391,8 ± 181,7	78,0 ± 10,6	< 0,0001
Carbohidratos (g)	260,0 ± 29,9	358,8 ± 27,3	72,9 ± 10,0	< 0,0001
Proteínas (g)	62,3 ± 11,2	88,7 ± 8,8	71,2 ± 16,9	< 0,0001
Grasas totales (g)	66,3 ± 8,0	79,7 ± 6,1	83,5 ± 10,8	< 0,0001
Grasa saturada (g)	27,2 ± 3,6	26,6 ± 2,0	102,7 ± 14,5	0,378
Grasa monoinsaturada (g)	21,1 ± 2,6	26,6 ± 2,0	79,8 ± 10,3	< 0,0001
Grasa poliinsaturada (g)	13,6 ± 1,3	26,6 ± 2,0	51,5 ± 5,6	< 0,0001
Colesterol (mg)	177,2 ± 38,2	300,0 ± 0,0	59,1 ± 12,7	< 0,0001
Fibra (g)	9,9 ± 1,6	25,0 ± 0,0	39,5 ± 6,2	< 0,0001
Vitamina A (mg)	388,8 ± 72,8	900,0 ± 0,0	43,2 ±8,0	< 0,0001
Ácido ascórbico (mg)	98,3 ± 24,9	90,0 ± 0,0	109,2 ± 27,7	0,079
Ácido fólico (mg)	91,2 ± 18,0	400,0 ± 0,0	22,8 ± 4,5	< 0,0001
Cobalamina (mg)	1,8 ± 0,4	2,4 ± 0,0	74,9 ±18,5	< 0,0001
Tiamina (mg)	1,2 ± 0,1	1,2 ± 0,0	105,2 ±11,4	0,018
Riboflavina (mg)	1,0 ± 0,2	1,3 ± 0,0	81,2 ±16,8	< 0,0001
Niacina (mg)	14,6 ± 3,2	16,0 ± 0,0	91,6 ±20,3	0,031
Piridoxina (mg)	1,3 ± 0,3	1,3 ± 0,0	104,1 ±23,9	0,356
Calcio (mg)	618,7 ±156,5	1000,0 ± 0,0	61,9 ± 15,7	< 0,0001
Hierro (mg)	9,5 ± 1,7	8,0 ± 0,0	119,0 ± 21,7	<0,0001
Magnesio (mg)	238,5 ± 32,7	400,0 ± 0,0	59,6 ± 8,2	< 0,0001
Sodio (mg)	1891,5 ± 250,4	2400,0 ± 0,0	94,6 ± 12,5	0,024
Potasio (mg)	1971,2 ± 427,0	3500,0 ± 0,0	56,3 ± 12,2	< 0,0001
Zinc (mg)	5,3 ± 0,9	8,0 ± 0,0	64,5 ±11,4	< 0,0001

*Valor de p según la prueba T.

vina (53,3%), niacina (46,7%), piridoxina (43,3%), calcio (100%), magnesio (100%), potasio (96,7%) y zinc (100%). Se encontró un consumo normal de grasas saturadas (66,7%), colesterol (100%), tiamina (53,3%), hierro (50%) y sodio (53,3%). Las grasas monoinsaturadas (80%) y el ácido ascórbico (50%) estuvieron en exceso.

En la tabla IV se observa la ingesta promedio de calorías, macronutrientes, micronutrientes y fibra en la población investigada. El consumo de calorías estuvo por debajo de los valores recomendados (1855,7 ± 220,3 *vs* 2391,8 ± 181,7; Δ = -536,1; p < 0,0001) al igual que carbohidratos (260,0 ± 29,9 *vs* 358,8 ± 27,3; Δ = -98,8; p < 0,0001), proteínas (62,3 ± 11,2 *vs* 88,7 ± 8,8; Δ = -26,4; p < 0,0001), grasas totales (66,3 ± 8,0 *vs* 79,7 ± 6,1; Δ = 13,4; p < 0,0001), grasa monoinsaturada (21,1 ± 2,6 *vs* 26,6 ± 2,0; Δ = -5,5; p < 0,0001), grasa poliinsaturada (13,6 ± 1,3 *vs* 26,6 ± 2,0; Δ = -13; p < 0,0001), fibra (9,9 ± 1,6 *vs* 25,0 ± 0,0; Δ = -15,1; p < 0,0001), vitamina A (388,8 ± 72,8 *vs* 900 ± 0,0; Δ = -512; p < 0,0001), Riboflavina (1,0 ± 1,6 *vs* 1,3 ± 0,0; Δ = -0,3; p < 0,0001), ácido fólico (91,2 ± 18,0 *vs* 400 ± 0,0; Δ = -308,8; p < 0,0001) y cobalamina (1,8 ± 0,4 *vs* 2,4 ± 0,0; Δ = -0,6; p < 0,0001),calcio (618,7 ± 156,5 *vs* 1000 ± 0,0; Δ = -381,3; p < 0,0001), magnesio (238,5 ± 32,7 *vs* 400 ± 0,0; Δ = -161,5; p < 0,0001), potasio (1971,2 ± 427,0 *vs* 3500 ± 0,0; Δ = -1528,8; p < 0,0001), zinc (5,3 ± 0,9 *vs* 8,0 ± 0,0; Δ = -2,7; p < 0,0001). En relación a las grasas saturadas, colesterol, tiamina, niacina, piridoxina, sodio y hierro se encontraron dentro de los parámetros normales (90-110%).

Los hábitos alimentarios de los investigados (fig. 1) reflejaron un consumo insuficiente de lácteos (73,3%), verduras (63,3%), frutas (96,7%), cereales y derivados (50%) y carnes (73,3%). Por otra parte, la ingesta de aceites (66,7%), comidas rápidas (66,7%), snack (100%) y bebidas gaseosas (83,3%) se consumían dentro del rango normal o lo menos posible.

Discusión

El abuso de sustancias químicas puede comprender desde el consumo de alcohol hasta el de medicamentos de prescripción médica o de venta libre, así como el uso de drogas ilegales[19]. La adicción a las drogas como la heroína, cocaína, morfina, marihuana entre otros, afecta el estado nutricional y la inmunidad[20]; provocando desnutrición y alteraciones en la absorción, metabolismo, utilización y excreción de nutrientes debido a un compromiso de la salud oral, gastrointestinal, circulatoria, metabólica y neurológica[21].

En vista del impacto negativo que tiene el consumo de drogas a largo plazo para la salud, se recomienda que los programas de rehabilitación residencial de forma con-

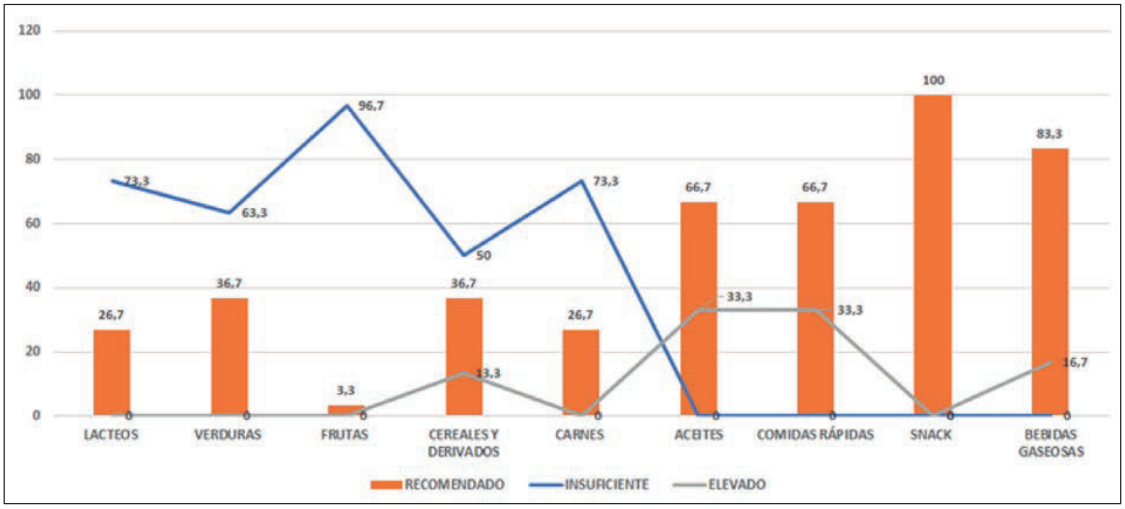

Fig. 1.—Distribución porcentual de la frecuencia de consumo de alimentos de la población investigada.

junta con el tratamiento médico y psicológico brinden al paciente educación e intervención nutricional, para mejorar la calidad de la alimentación[22]; estas acciones mantienen el estado de sobriedad y previene recaídas[23], puesto que las deficiencias nutricionales pueden ser una causa importante de síntomas similares a los de la abstinencia, como fatiga, depresión, irritabilidad y otras afecciones que bloquean la recuperación[21].

Los objetivos principales del tratamiento por abuso de drogas comprenden 3 fases: abstinencia, desintoxicación y rehabilitación[21]. La desintoxicación y terapia de nutrientes adecuada para los pacientes puede permitir su rehabilitación a la vida normal[24], es por ello que, las vitaminas del complejo B, A, C, E, selenio, zinc, magnesio juegan un rol importante en el tratamiento, ya que se requiere de su aporte como cofactor para la síntesis de serotonina, dopamina y catecolaminas vinculadas al estado de depresión[25], además ayudan a regenerar el hígado y fortalecer el sistema inmunológico[21]. En el presente estudio se puedo evidenciar una ingesta deficiente de vitaminas y minerales provenientes de la dieta de los pacientes en periodo de rehabilitación. Diversos estudios reportan que las comidas hospitalarias generalmente son bajas en vitaminas y antioxidantes que son cruciales para mejorar el estado de desintoxicación[21].

En cuanto al consumo de calorías y macronutrientes, los investigados reflejaron un consumo muy por debajo de los valores recomendados para su grupo de edad y sexo. Los hallazgos encontrados son similares a los de otros estudios donde las dietas de los pacientes son hipocalóricas, no alcanzan el promedio de calorías para cubrir la tasa metabólica basal; pese a que la mayoría tiene un consumo normal de carbohidratos, proteínas y grasas[26].

Al igual que los antioxidantes los ácidos grasos esenciales constituyen elementos fundamentales de la dieta en pacientes drogodependientes. El Omega 3 se relaciona con la vía mesocortical asociado con la recompensa y la dependencia, además, modula la biosíntesis y acumulación de fosfatidilserina, responsable de estimular la liberación de algunos neurotransmisores como la dopamina, actividad de que habría sido modificado por el abuso de sustancias[27]. El Omega 6 está asociado con la desregulación del sistema dopaminérgico cerebral que participa en la propagación de síntomas de abstinencia[25]. En la presente investigación los ácidos grasos se encontraron por debajo de los rangos recomendados. Otro estudio respalda los resultados de esta investigación, donde los niveles de consumo de omega 3 y 6 se encontraron en déficit, lo que contribuye al deseo de consumir drogas[29].

Los hábitos alimentarios de los pacientes incluidos en este estudio se caracterizaron por un bajo consumo de lácteos, verduras, frutas, cereales y carnes. Las personas que abusan de las drogas tienden a consumir alimentos de baja calidad nutricional en comparación con la población en general por la supresión del apetito[20]. Se ha reportado que durante la fase inicial de desintoxicación los pacientes que reciben farmacoterapia tienen una baja ingesta de alimentos y comer se convierte en su última prioridad, ya que experimentan nauseas, anorexia y trastornos gastrointestinales, lo cual afecta al apetito[30]. Después de 6 meses de tratamiento la ingesta de alimentos se puede estabilizar y mejorar el apetito[30], por lo que se recomienda durante este periodo brindar al paciente alimentos frescos en lugar de suplementos; por su aporte de fibra, vitaminas y minerales[21].

En cuanto a los parámetros antropométricos estudios han informado bajo peso en consumidores de drogas[30]; sin embargo, se ha evidenciado un incremento de peso durante el periodo de rehabilitación llegando incluso al sobrepeso y obesidad[31]. El incremento del IMC no se debe al cambio hacia un patrón más saludable, pero podría estar relacionado al tratamiento farmacológico[28]. El mayor porcentaje de la muestra de este estudio presenta un IMC normal, mientras que un menor porcentaje tiene sobrepeso. El

porcentaje de grasa corporal está dentro del rango aceptable. Estos hallazgos se contraponen a los encontrados en otros estudios, donde el promedio de IMC fue de 27,1, con 51,11% de sobrepeso y 28,2 preobesidad[32].

Conclusiones

La alimentación balanceada en pacientes con adicción a las drogas constituye uno de los pilares fundamentales durante el proceso de rehabilitación, ya que proporciona nutrientes como antioxidantes y ácidos grasos esenciales, previendo recaídas y reintegrándolos a una vida normal.

Agradecimientos

A la clínica Comunidad Terapéutica Nueva Vida (COTENUVI) por el apoyo brindado durante la ejecución de la presente investigación.

Referencias

1. Rivera B, Casal B, Currais L, Rungo, P. Valoración del impacto económico del consumo de drogas ilegales en Galicia desde una perspectiva social. Presupuesto y gasto público. Secretaría de estado de Presupuestos y Gastos. 2012: 109-26.
2. Española, Real Academia. Diccionario de la Lengua Española. 2001; (22).
3. Castaño G, Calderón G. Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. R*ev Cubana Salud Pública*. 2010; 36(4): 311-22.
4. Fernández E. Neurobiología de la adicción a psicoestimulantes. *Rev Neurol*. 2006; 43(3): 147-54.
5. Gloria L, et al. Nutritional deficiencies in chronic alcoholics: relation to dietary intake and alcohol consumption. *The American Journal of Gastroenterology*. 1997; 92: 485-9.
6. Australian Institute of Health and Welfare. Chronic diseases and associated risk factors in Australia. 2002.
7. Santolaria F, Gonzalez E. Nutrition and alcoholdlinking nutrient interactions and dietary intake. 2004: 3-17.
8. Foster R, Marriott H. Alcohol consumption in the new millennium-weighing up the risks and benefits for our health. *Nutr Bull*. 2006; 31: 286-331.
9. Nolan J. Shared urges? The links between drugs of abuse, eating, and body weight. *Curr Obes Rep*. 2013; (2): 150-6.
10. Moreno E, Vázquez L, Gutiérrez G, Martínez M, Quevedo M, González R, Salas G. A pilot study on obesity prevalence and health habits in Mexican college students. *J Psychol Ther*. 2004; (4): 623-38.
11. Micin S, Bagladi V. Mental health in university students: incidence of psychopathology and suicidal behavior data in the student health service users. *Ter Psicol*. 2011; 29: 53-64.
12. Briones W, Hidalgo H, Macías J, García E, Scrich, A. Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico Camagüey*. 2018; 22(2):130-8.
13. Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017. [citado 24 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/
14. Bezares V, Cruz R, Burgos M, Barrera M. Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano. 1a Ed. México: McGraw Hill; 2014.
15. Ladino L, Velásquez O. Nutridatos: Manual de Nutrición Clínica. 1a Ed. Colombia: Health Book's; 2010.
16. Cornejo V. Cruchet S. Nutrición en el ciclo vital. 1ed. Chile: Mediterráneo;2014.
17. Muñoz M, et al. Tabla de valor nutritivo de alimentos. Mc Graw Hill; 2010.
18. Institute of Medicine of the National Academies. Food and Nutrition Board: Dietary reference intakes: for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington DC. 2002.
19. Baker H, Mitchell S, Neale C, Kendler S. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *International Journal of Eating Disorders*. 2010; 43(7): 648-58.
20. Berrueco L. Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*. 2010; 17(49): 61-81.
21. Nour F, Soliman R, Al-Humaidi A, Abou-Rayan, A. Importance of Education and Nutrition Intervention on Drug Addiction Recovery. *Alexandria Science Exchange Journal*. 2018; 39: 676-85.
22. Yung C, Lau J. Comparing nutrient intake and body weight status amongst adolescent substance users, institutionalised abstainers and never users. *Food Nutr Res*. 2019; 63.
23. Mahboub N, Rizk R, Karavetian M, De Vries N. Nutritional status and eating habits of people who use drugs and/or are undergoing treatment for recovery: a narrative review. *Nutrition Reviews*. 2020.
24. Islam N, Hossain J, Ahsan M. Original Communications-Serum vitamin E, C and A status of the drug addicts undergoing detoxification: Influence of drug habit, sexual practice and lifestyle factors. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2001; 55(11): 1022-7.
25. Herbison E, Hickling S, Allen L, O'Sullivan A, Robinson M, Bremner A, Oddy H. Low intake of B-vitamins is associated with poor adolescent mental health and behaviour. *Preventive Medicine*. 2012; 55(6): 634-8.
26. Hoenig F, Kuhn C, Benvegnú D. Nutritional Status and Consumption of Omega-3 Fatty Acids by Substance Abusers in Recovery. *Journal of psychiatry & mental disorders*. 2018; 91: 41.
27. Figueiredo S. Influência do Ômega 3 na Depressão Monografia: The Influence of Omega 3 on Depression. 2009.
28. Zaparoli X, Galduróz F. Treatment for tobacco smoking: A new alternative? *Medical Hypotheses*. 2012; 79(6): 867-8.
29. Neale J, Nettleton S, Pickering L, Fischer J. Eating patterns among heroin users: a qualitative study with implications for nutritional interventions. *Addiction*. 2012; 107(3): 635-41.
30. Quach A, Wanke A, Schmid C, Gorbach L, Mwamburi M, Mayer K, Tang A. Drug use and other risk factors related to lower body mass index among HIV-infected individuals. *Drug and alcohol dependence*. 2008; 95 (1-2): 30-6.
31. Fenn M, Laurent S, Sigmon C. Increases in body mass index following initiation of methadone treatment. *Journal of substance abuse treatment*. 2015; 51: 59-63.
32. Haber S, Elsayed M, Espinoza D, Lintzeris N, Veillard S, Hallinan R. Constipation and other common symptoms reported by women and men in methadone and buprenorphine maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017; 181: 132-9.