

## **Agradecimientos**

Estoy eternamente agradecida:

A mis padres, Carlos y Ruth, y mi hermana, Paula, por el apoyo que me brindaron a lo largo de todos estos años y sobre todo este último periodo, la paciencia y el cariño que tuvieron para conmigo.

A mis familiares y amigos por la confianza y el sostén que fueron en momentos difíciles, a la distancia y compartiendo el mismo espacio.

A mi director de tesis, Dr. Guillermo Recupero, por aceptar compartir este desafío junto a mí, y brindarme su tiempo y conocimiento.

A mí querida amiga, Ana Lucia Albertus, quien no dejó de apoyarme en todo momento, confiando en mí y no dejando que bajas los brazos, brindándome sus conocimientos y experiencia.

A Emilio Mustafa, encargado del grupo integral de rehabilitación “Ganas de Vivir”, y a los chicos que integran el grupo, por haberme abierto las puertas de su barrio, de sus casas y de sus vidas, permitiendo que pueda realizar esta investigación y compartiendo con total confianza información delicada. Además agradecer por la simpatía y amabilidad con la que fui tratada en los días que concurrí al barrio.

Finalmente agradezco a mi universidad, Universidad del Norte Santo Tomas de Aquino, y a toda la gente que trabaja en ella, por toda su colaboración y respeto. Sin todos ellos esto no hubiese sido posible. Gracias.

## **Índice**

<b>Resumen.....</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo I .....</b>	<b>8</b>
<b>1. Problema de investigación.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Objetivos .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Interrogantes.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Fundamentación.....</b>	<b>8</b>
<b>Capitulo II.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Antecedentes de investigación .....</b>	<b>11</b>
<b>Capitulo III .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Marco teórico .....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Drogadicción y rehabilitación. ....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Diferencia entre Pasta base de cocaína y paco.</b>	
.....	<b>16</b>
<b>3.3 Adultez y nutrición .....</b>	<b>25</b>
<b>3.4 Estado nutricional .....</b>	<b>30</b>
<b>3.5 Hábitos alimentarios .....</b>	<b>34</b>
<b>Capitulo IV .....</b>	<b>36</b>

<b>4. Materiales y métodos .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Tipo de estudio y diseño de investigación.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 Hipótesis de investigación .....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Población de estudio .....</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Instrumentos de recolección de datos .....</b>	<b>43</b>
<b>Capítulo V.....</b>	<b>45</b>
<b>5. Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Análisis descriptivo.....</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Análisis inferencial.....</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>64</b>
<b>6. Conclusiones, discusión y proyecciones. ....</b>	<b>64</b>
<b>6.1 Conclusión .....</b>	<b>64</b>
<b>6.2 Discusión .....</b>	<b>68</b>
<b>6.3 Proyecciones .....</b>	<b>72</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>74</b>

## ***Resumen***

El evidente crecimiento del consumo de drogas ilegales en Argentina es reconocido oficialmente por el comité científico en Materia de Control Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja creado en 2008, no solo sostiene que el consumo de esas drogas se ha incrementado considerablemente, sino que también el consumo ha dejado de ser restringido a ciertos aspectos específicos. (Sain, 2009) El paco es una droga conocida como el residuo del proceso de elaboración de clorhidrato de cocaína. Se ha comprobado que la cocaína produce disminución de la ingesta de alimento y pérdida de peso, así como trastorno de la conducta alimentaria en general debido a los efectos supresores de la pérdida de apetito. Los consumidores de estas drogas pueden permanecer despiertos durante días y sufrir deshidratación y desequilibrios electrolíticos durante episodios prolongados. (Serra Majem, L.; Aranceta Bartrina, J., 2004)

Cobra importancia, ya que la investigación se realiza en una población de adultos, es decir, donde descansa la responsabilidad del cuidado no solo de menores sino también de adultos mayores de 60 años, y es además en donde se determina según el estilo de vida, la posible aparición de enfermedades no transmisibles.

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la existencia de relación entre hábitos alimentarios y estado nutricional de personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco pertenecientes al barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán, además de determinar el estado nutricional de los mismos y sus hábitos alimentarios.

Se realizó un estudio de tipo correlacional, de corte transversal; encontrada la población de estudio conformada por las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y que pertenecen al Barrio Costanera Norte, del cual se tomó una muestra de 36 personas pero solo participaron 22 ( $n=22$ ) de ambos sexos.

Para la recolección de datos se aplicaron a las personas una encuesta alimentaria sobre conocimientos de hábitos alimentarios, destinado a recolectar información con respecto a los hábitos de esta población. Para determinar el estado nutricional de los participantes, se tomaron las mediciones de peso, y talla las cuales fueron combinadas para obtener el Índice de Masa Corporal. Debido a que el Índice de Masa Corporal no es un indicador de la reserva de grasa, se combinó el mismo con el Índice Cintura Cadera, obteniendo para este las circunferencias de cintura y de cadera, y así poder distinguir los riesgos de la distribución de la reserva de grasa corporal. De esta manera se determinara el estado nutricional de la muestra

en cuestión.

Al analizar los datos obtenidos se pudo comprobar con un 95% de confianza que no existe diferencia significativa en la relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de las personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco. También se comprobó con un 95% de confianza el estado nutricional que predomina en esta población es obesidad abdominovisceral y que sus hábitos alimentarios se consideran prácticas poco saludables.

## ***Introducción***

En los años 80, Argentina era considerada un país de tránsito de la cocaína que circulaba desde los países andinos hacia Europa o Estados Unidos. Actualmente por la frontera Bolivia- Argentina, ingresa cocaína básica que luego es procesada en laboratorios clandestinos argentinos y es convertida en clorhidrato de cocaína, es decir que, Argentina se transformó en una nueva localización del eslabón final de la cadena de producción de esta droga. En consecuencia, se incrementó la disponibilidad y el consumo de pasta base de cocaína, lo que representa una creciente preocupación sanitaria, económica y social. (Muzzio, Estela; Rajput, Shaili; Naveira, Jorge., 2010)

El paco es un desecho de la cocaína, los restos que quedan en la olla luego del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína a partir de la pasta base o la base de la cocaína. Se lo fuma utilizando una pipa y cubriéndolo de cenizas de cigarro, un trozo de papel de aluminio o parte de una esponja metálica; y se lo calienta poniendo sobre esa mezcla la llama de un encendedor.

Si bien para la gente que consume y para la población en general, se usa el nombre de Paco y Pasta Base indistintamente, y sin diferenciar los aspectos químicos de una y otra sustancia, según un congreso de toxicología realizado en Montevideo, Uruguay en el año 2006; el paco en su composición química no posee ni sulfatos ni hidrocarburos, con lo cual el utilizarlos como sinónimos es un error. El paco posee cocaína alcaloide pura y el resto son residuos y cenizas. Se entiende que la población en general utiliza el término Base o Pasta Base cuando en realidad en los últimos siete años lo que predomina es el consumo de Paco. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Según el Tercer Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas, consumieron pasta base en los últimos años el 0.5% de las personas de 12 a 65 años, es decir, unas 85.000 personas, el 0.6% de los varones y el 0.3% de las mujeres. El 12.7% de los usuarios mostraron consumo diario de pasta base. (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

El adulto comprende el grupo de edad entre el fin de la pubertad y el inicio de la senectud, considerándose el periodo más largo de la vida. En el descansa de forma casi total la capacidad de producción y servicios del cual depende en su mayor parte aquellos menores de 20 años, grupo integrado en gran medida por individuos en formación tanto desde el punto de vista físico como intelectual; como aquellos mayores de 60 años integrado igualmente por una mayor proporción de individuos no incorporados a la producción o servicios por haber recesado en esas actividades. Es por ello que la evaluación nutricional de este grupo, cuya

importancia social es indiscutible, adquiere gran relevancia en el estudio de cualquier población desde el punto de vista de su estado de salud. (Nutrición en el adulto, 2° edición)

# **Capítulo I**

## **1. Problema de investigación**

### **1.1. Objetivos**

- Determinar el estado nutricional en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco en la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- Indagar sobre los hábitos alimentarios de esta población.
- Identificar si existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional durante la rehabilitación por consumo de esta droga.

### **1.2. Interrogantes**

- ¿Cuál es el estado nutricional en personas de 20 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco en la ciudad San Miguel de Tucumán?
- ¿Cuáles son los hábitos alimentarios en esta población?
- ¿Cuál es la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios?

### **1.3. Fundamentación**

La importancia de este estudio radica en que en los años 80, Argentina era considerada un país de tránsito de la cocaína que circulaba desde los países andinos (Colombia, Perú, Chile, Ecuador, Bolivia) hacia Europa o Estados Unidos. Actualmente por la frontera Bolivia- Argentina, ingresa cocaína básica que luego es procesada en laboratorios clandestinos argentinos y es convertida en clorhidrato de cocaína, es decir; que Argentina se transformó en una nueva localización del eslabón final de la cadena de producción de esta

droga. (Muzzio, Estela; Rajput, Shaili; Naveira, Jorge., 2010)

El uso de estimulantes, ocasiona una disminución del apetito. Los consumidores de drogas pueden permanecer despiertos durante días y sufrir deshidratación y desequilibrios electrolíticos durante episodios prolongados. El retorno a la dieta normal puede ser difícil si ha habido una pérdida de peso considerable. También el apetito puede aumentar durante la recuperación, lo que puede producir una tendencia a comer en exceso. (Obermann, Gustavo; Resnisky, Jesica; Zajarchuk, Carolina, 2008)

El impulso de llevar a cabo un trabajo de investigación sobre un tema tan delicado como el consumo de drogas, y sobre todo el consumo de Paco, del cual no sé conoce demasiado a nivel popular y por lo tanto, pocas personas cuentan con la instrucción para tratar a este tipo de pacientes; fue por una experiencia personal realizada a través de un voluntariado en la Cruz Roja Filial Tucumán. En ella se observó de manera íntima no solo la situación económica, social, cultural, en el cual se encuentran sumergidas estas personas; sino también la falta de educación y de atención con respecto a su estado de salud; y la importancia que debería recibir el cuidado nutricional en estos casos particulares, ya que a pesar de no consumir esta droga por encontrarse bajo tratamiento de rehabilitación, la abstinencia puede perjudicar su estado nutricional, sobre todo si se combina con una falta de instrucción en este nivel y la presencia de necesidades básicas insatisfechas.

En dicha experiencia se pudo percibir las dificultades para ayudar a través de la educación nutricional, no solo por la falta de educación escolar (la mayoría no realizó el nivel secundario), sino también por la escasez de conocimientos generales sobre nutrición y la importancia que tienen los mismos en su vida cotidiana. Es por eso, que se intenta recolectar información que pueda servir a actuales y futuros interesados para ayudar a mejorar el estilo de vida no solo de los consumidores en rehabilitación sino también de sus familias.

El presente trabajo pretende aportar información relevante sobre el estado

nutricional de personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y su relación con los hábitos alimentarios. De esta manera, se buscara describir el estado nutricional de estas personas y como se vincula con los hábitos alimentarios, constituyendo la población objetivo de estudio de este trabajo, personas adultas pertenecientes al Barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

## **Capítulo II**

### **2. Antecedentes de investigación**

#### **2.1 Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación Programa San Carlos.**

**Autores:** Obermann, Gustavo; Resnisky, Jesica; Zajarchuk, Carolina.

**Año:** 2008.

##### **Resumen**

El presente trabajo de investigación pretende contribuir datos sobre el estado nutricional antropométrico en pacientes adictos en recuperación.

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. El 34.19% presentó riesgo en base al valor de su CC. Se observó que un 40% de los pacientes de la fase A, un 62.5% de la fase B y un 70% de la fase C presentaron  $IMC \geq 25$ . Con respecto a la CC, en la fase C un 60% presentó riesgo cardiovascular ( $CC \geq 94cm$ ) superando a las demás fases. Se encontró una relación significativa entre el IMC y la CC, ya que el  $R^2$  fue de 0,77.

#### **2.2 Hábitos alimentarios en Opiáceo- dependientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona**

**Autores:** Del Mar Verde Méndez, C.; Díaz- Flores, J. F.; Sañudo, R. I.; Rodríguez Rodríguez, E; Díaz Romero, C.

**Año:** 2002

### **Resumen**

El objetivo del trabajo es estimar del patrón alimentario de opiáceos-dependientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona, comparándolo con el de un grupo control constituido por población aparentemente sana de Canarias.

La gran mayoría de los opiáceos-dependientes manifiestan un consumo elevado de glúcidos, siendo sensiblemente superior al de la población del grupo control. En cuanto al grupo de leche y derivados lácteos, la población estudiada consume más leche que el grupo control, preferentemente entera. El consumo de pescado es significativamente inferior en la población de opiáceos-dependientes. También el consumo de verduras, legumbres, hortalizas es menor en dicha población drogadependiente. Los opiáceos-dependientes indican un elevado consumo de natillas, flanes y yogures, así como productos de bollerías.

### **2.3 Primer estudio sobre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la población adulta de Rosario.**

**Autores:** Zapata, María Elisa.

**Año:** 2014.

### **Resumen**

El objetivo general de este estudio fue evaluar la situación antropométrica, alimentaria, nutricional y los factores de riesgo para enfermedades crónicas en la población adulta de Rosario.

Los objetivos específicos fueron caracterizar a la población según variedades sociodemográficas, determinar la situación nutricional a través de indicadores antropométricos, estimar la adecuación de la ingesta de energía, macronutrientes y micronutrientes a las recomendaciones nutricionales, determinar los hábitos

alimentarios, el consumo de alimentos y los patrones de consumo de alimentos, estimar la prevalencia de factores de riesgo modificables (sedentarismo, tabaquismo) para enfermedades crónicas transmisibles y estimar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

En la realización habitual de las comidas se observa que la cena, el almuerzo y el desayuno son las que presentaron mayor frecuencia de realización. La frecuencia de consumo de desayuno se incrementa a medida que aumenta la edad, y la frecuencia de cena disminuye acorde aumenta la edad.

En la frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos se obtuvo que para los grupos de cereales, legumbres y derivados la mayor frecuencia de consumo observada fue de 1 a 2 porciones diarias. Las frutas frescas mostraron mayor consumo diario, mientras que los vegetales la mayoría presento consumo entre 2 a 4 porciones por semana. De todos los lácteos, la leche es la que presenta mayor consumo diario, seguido por el queso de pasta blanda. Un 47% consume entre 1 a 2 tazas al día de leche, mientras que un 25% consume 1 a 2 porciones de queso de pasta blanda. Las carnes rojas y el pollo son habitualmente consumidas entre 2 a 4 porciones semanales, el pescado es el que menor consumo de todos mostro. El 31% de los adultos encuestados consume 1 a 2 cucharadas de aceite por día y la mitad (35%) menos de 1 cucharada por día. El 12% de los encuestados consume manteca o margarina todos los días. Un 32% consume dulces a diario, el 31% con frecuencia semana y un 33% nunca los consume. El 36% de los encuestados consume 7 o más vasos de agua por día, las gaseosas y jugos con azúcar mostraron un mayor consumo de forma diaria. El consumo de bebidas alcohólicas mas observado fue el 2 a 4 veces por semana.

## **Capítulo III**

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 Drogadicción y rehabilitación.**

Según la OMS, droga es toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que puede hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismo de tolerancia y dependencia.

También definida por la OMS, la drogadicción es “un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por el deseo incontrolable de seguir consumiendo y obtenerla por cualquier medio; tendencia a aumentar la dosis; dependencia física y generalmente psíquica con síndrome de abstinencia por retirada y efectos nocivos para el individuo y la sociedad”.

Existen 4 niveles de adicción:

1. Experimentación: se produce cuando la persona guiada por la curiosidad, se anima a probar una droga, pudiendo posteriormente continuar el consumo o interrumpirlo.
2. Uso: el compromiso con la droga es bajo. Se consume los fines de semana y en oportunidades casuales. No existe deterioro laboral, familiar o social. No presenta episodios de intoxicación. El consumidor solo busca un cambio de emociones. Sin embargo, toda droga genera dependencia física o psíquica progresivamente y es fácil caer en el abuso.
3. Abuso: el uso se hace regular durante casi todas las semanas y hay periodos de intoxicación. Se presenta un deterioro académico, laboral, social y familiar. El estado de ánimo del consumidor es cambiante.
4. Adicción: las relaciones con los amigos y la familia se rompe, hay dificultades académicas y laborales. La búsqueda de la droga se realiza de forma compulsiva. Es difícil la abstinencia. Hay compromiso orgánico. Hay conductas de riesgo como: promiscuidad sexual, uso de drogas intravenosas o combinación de varias drogas, el estado de ánimo depende

de la etapa del consumidor/abstinencia, accidentes automovilísticos, etc.

En cuanto a la rehabilitación, se la puede definir como la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional. Se estima que la rehabilitación médica debe plantearse en una fase muy temprana del tratamiento y comenzar tan pronto lo permita el estado general del adicto. La rehabilitación psiquiátrica comienza en el momento que el adicto efectúa su primer contacto con los servicios médicos y prosigue hasta que se allá perfectamente reintegrado a la sociedad, y en ciertos casos aun más tarde. Las modalidades de la rehabilitación psiquiátrica varían según los distintos modelos culturales y las diferentes colectividades dentro del mismo tipo de cultura, depende también de las posibilidades que se dispone para proseguir el proceso de rehabilitación. (Organización Mundial de la Salud, 1969)

El objetivo de tratamiento debe ser la abstinencia total del consumo de la droga. Es sumamente improbable que el adicto pueda solo limitarse a un consumo ocasional controlado, y los que tratan de hacerlo casi siempre recaen en la necesidad irremediable de consumir otra vez. No es tan general el acuerdo cuando se trata de decidir si la abstinencia debe acompañarse forzosamente de la abstinencia de todas las demás sustancias que pueden alterar el humor, por ejemplo, el alcohol y el cannabis, en el supuesto que el sujeto no haya tenido previamente problemas con esos agentes. Probablemente, esa abstinencia total es conveniente porque cuando el sujeto está bajo la influencia de otras drogas suele recaer en el consumo de la droga que se está evitando, y también por el peligro de contraer una nueva adicción. Sin embargo, muchos pacientes se resisten a esa abstinencia total hasta que la experiencia les demuestra que es indispensable. (Organización Mundial de la Salud, 1988)

Durante la rehabilitación, se produce un estado de ansiedad que provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de una amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito. La percepción que se tiene de este malestar se traduce en sentimientos y pensamientos negativos, percepción de alta actividad fisiológica, etc. Algunas respuestas consumatorias (comer, beber, fumar) pueden reducir este malestar. La ansiedad juega un cierto papel en las motivaciones de las personas que realizan conductas consumatorias para mejorar su estado de ánimo o alcanzar su nivel de activación óptimo. Estas personas presentan niveles más altos de ansiedad, valoran la posibilidad de dejar de emitir su respuesta consumatoria como una amenaza (se incrementara su ansiedad y malestar) y presentan déficits en su capacidad de afrontamiento (no poseen respuestas alternativas a su consumo). (Vindel-Cano, Antonio; Tobal, Juan J.; Gonzalez,

Hector; Iruarrizaga, Iciar., 1994)8

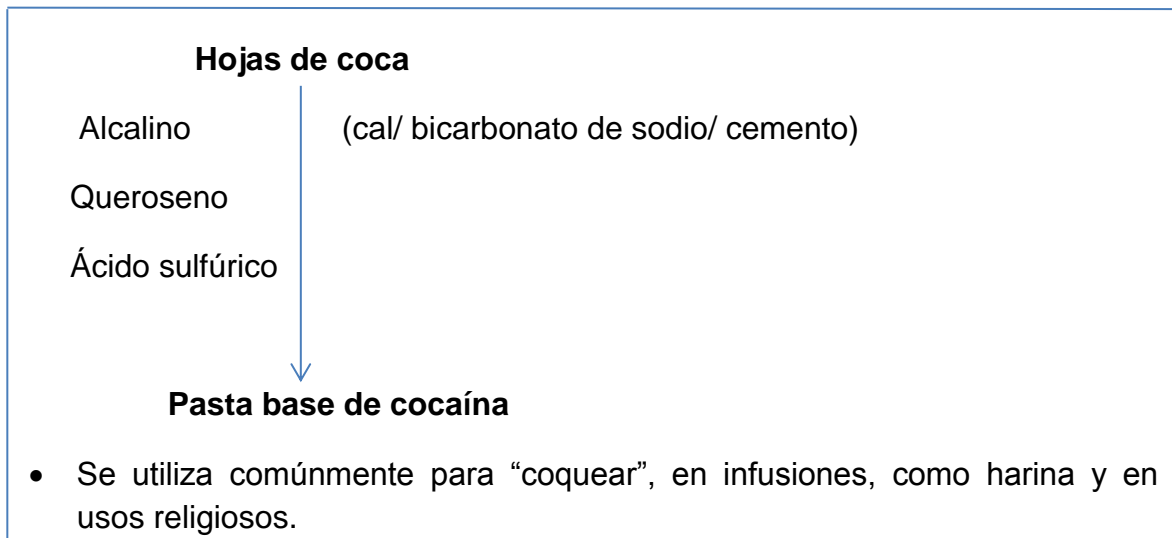
En el caso del Paco, con respecto a la rehabilitación, la familia entra en escena participando de forma activa en la gestión de los problemas asociados al consumo a través de “internaciones domesticas” (encierro, que incluye en algunas ocasiones la administración de psicofármacos) y desarrollando formas de acompañamiento y vigilancia para controlar los movimientos del usuario: no dejándolos salir solos o acompañándolos a todos lados. El sistema formal de salud no es visualizado en general como un recurso en estos casos. Los usuarios conciben lo sanitario como recurso cuando es preciso atender una emergencia.

### **3.2 Diferencia entre Pasta base de cocaína y paco.**

Según la OMS, en su “Proyecto Cocaína de la OMS sobre la pasta de coca, *“en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína se producen varios derivados fumables de la coca que se diferencian, esencialmente, por la concentración de sulfato de cocaína que contienen, y por la presencia, diversa, en su composición de los residuos de los compuestos químicos utilizados en el proceso. Algunos de ellos solo son consumidos en los círculos de elaboración y otros son comercializados (genéricamente, estos últimos son denominados como pasta de coca)”*.

Los análisis químicos realizados por varios estudios sobre la PBC no logran descartar ni confirmar las diferentes hipótesis que se tienen comúnmente en Buenos Aires y Montevideo sobre la naturaleza de la sustancia. Esta confusión podría provenir del hecho de que a partir de la hoja de coca existen diferentes formas de extracción de la cocaína y de sus otros derivados. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Existe una definición clara para el concepto de PBC o sulfato de cocaína. Según esta, es el primer extracto o subproducto susceptible de consumo obtenido en el proceso de elaboración y refinamiento del clorhidrato de cocaína, o cocaínas secas. Se configura como una sustancia surgida en una etapa primaria de extracción y refinamiento de las hojas de coca. La PBC seca, conocida en Colombia como bazuco; en Bolivia, pitillo; en Perú, kete; en Ecuador, Baseloro; y en Chile, mono; contiene un 50 a 85% de sulfato de cocaína, además de otros alcaloides y metanol, ácido benzoico y queroseno. Esta se fuma mezclada con tabaco. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)



Según un estudio realizado en el Uruguay, se determinó que la PBC en ese país, posee la siguiente definición:

Es un polvo blanco mate, cremoso o pajizo, que usualmente forman grumos que se disgregan con la presión. Es insoluble en agua y soluble en solventes orgánicos; está compuesto por una mezcla de diversas sustancias que se producen durante el proceso de extracción de los alcaloides de la hoja de coca. El componente principal es la cocaína, que en la sustancia no adulterada debe representar más del 80% del total de su masa. Los otros componentes son productos de descomposición de la cocaína, como la ecgonina y la benzoilecgonina, otros alcaloides como la tropacocaina o cinnamoilcocina y algunas sales como sulfato o carbonatos. Su reacción es alcalina. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

En términos de elaboración, la PBC se ubica en la fase intermedia antes de llegar al clorhidrato de cocaína. Es definida como una sustancia volátil y sublimable, es decir que puede pasar de la fase gaseosa directamente a la sólida. Es líquida a los

99°C y su punto de ebullición es de 187°C a 188°C. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Para ser consumida, la PBC se introduce en un cigarrillo de tabaco o también se mezcla con marihuana. El consumo se da bajo la modalidad de bocanadas de humo.



Por otra parte, según un estudio realizado en Buenos Aires se pudieron extraer tres versiones diferentes de lo que es la pasta base:

- Preparado que se realiza mezclando y calentado clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio para fumarlo. En otros países a esta mezcla se la llama crack.
- Pasta extraída luego del proceso de maceración de las hojas de coca que solo son sometidas a ulteriores procesos con sustancias químicas para convertirse en clorhidrato de cocaína; también es conocida como cocaína básica y puede ser fumada pero no inyectada o inhalada ya que no es soluble.
- El residuo del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína.

En el caso de Argentina y Uruguay, la hipótesis más corriente entre los usuarios y en los medios de comunicación es la de que la sustancia que se está consumiendo es un “desecho de la cocaína”, los restos que quedan en la olla luego del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína a partir de la pasta base o la base de la cocaína, y que luego es comercializado; es decir, que coincide con la tercera versión del estudio realizado. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Si bien para la gente que consume y para la población en general, se usa el nombre de Paco y Pasta Base indistintamente, y sin diferencias de los aspectos

químicos de una y otra sustancia; según un congreso de toxicología realizado en Montevideo, Uruguay; en el año 2006; el paco en su composición no posee ni sulfato ni hidrocarburos, con lo cual esto de usarlos como sinónimos es un error. El paco posee cocaína alcaloide pura y el resto son residuos y cenizas. Se entiende que la población en general utiliza el término Base o Pasta Base cuando en realidad en los últimos siete años lo que predomina es el consumo de Paco. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Por lo tanto a partir de estos conceptos, se utilizara el término de paco, ya que la población a investigar refiere que entiende a esta sustancia como el residuo del proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína.

### ***3.2.1 Formas, lugar y frecuencia de consumo del paco.***

El paco se puede fumar mezclado con tabaco, aunque la mayoría lo fuma haciendo una “pipa” casera con distintos elementos de uso cotidiano: una lata de gaseosa, una bombilla de mate, la parte superior de un sifón, un corcho, un dosificador de medicamentos para el asma, el tubo de una cortina de baño, un trozo de tubo de una antena de televisión, entre otros. Algunos usuarios poseen su propia pipa y estos serían los que más tiempo llevan consumiendo. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Para fumar el paco, se lo cubre con ceniza (generalmente de cigarro) y se lo calienta poniendo sobre esa mezcla la llama de un encendedor. La ceniza se utiliza para que el paco se queme o se pegue a la pipa por efecto del calor; esta misma función puede cumplirla un pequeño papel de aluminio de la tapa de un yogur o una parte de una esponja metálica. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

La preparación del paco y su uso puede ser una práctica individual o grupal, pero en general son los usuarios más jóvenes quienes fuman juntos porque poseen mayor control familiar o porque es una práctica a la que se le atribuye un sentido más lúdico que introspectivo. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

No existen lugares determinados para realizar esta práctica. Puede ser en su propia casa, en la casa de un amigo, una esquina de un barrio, una plaza en la ciudad, el “pasillo” de una villa. Los usuarios más pobres suelen tener menos posibilidad de un uso “privado” por lo que en ocasiones fuman en los pasillos de las villas. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

La frecuencia de consumo puede ser de todo el día, y llegar a sesiones de 2 o 3 días sin parar. La cantidad de droga que puede ser consumida en este lapso de tiempo sería 24 dosis de paco.

### **3.2.2 Efectos del consumo de paco.**

En cuanto a los efectos y las sensaciones, según los consumidores coinciden en que el paco “te deja duro y perseguido” y el efecto es mucho “más rápido, más intenso pero más breve que la pasta base”. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

En cuanto a los daños físico-corporales, presentan un deterioro personal que sobre todo se evidencia en una delgadez extrema y rápida. Cuando las pipas se hacen con metal, los usuarios suelen padecer quemaduras en sus labios y sus manos ya que los metales usados (latas de gaseosa, tubos de antenas, etc.) transmiten el calor y las temperaturas que adquieren son muy elevadas. El deterioro físico se ubica relativamente próximo al inicio de consumo frecuente (2 a 3 meses). (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

En los daños orgánicos resalta el riesgo pulmonar que trae dificultad para respirar y los daños neurológicos que puede acarrear. (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

En lo psicológico se producen procesos de desubjetivacion, entendida como perdida de proyectos y de sentido, desmotivación, despersonalización (la idea de no ser uno mismo), miedos y sentimientos de paranoia (sentirse observado y perseguido). Todo esto los consumidores lo conocen como “la locura del flash”. (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007) (Miguez, 2007)

Con respecto a lo social, se señala todo lo referido a la perdida de redes sociales que se abandonan, y lo abandonan, por el consumo. Es recurrente en ambientes de integración como la familia, la escuela y el trabajo. (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

Estos aspectos de la persona que consume paco se engloban desde una imagen única, así aparecen las figuras del “fantasma”, del “fisura” y otras que dan cuenta de una presentación del yo fuertemente deteriorada. (Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

La representación social del consumidor lo constituye en un “doble excluido” porque, no solo forma parte de una situación de pobreza estructural que lo aísla

socialmente, sino, además, se lo percibe como alguien desleal con el cual se cree es necesario poner una distancia protectora separándolo de su familia, su grupo y sus amigos. Finalmente la distancia con los pares, el descontrol de su necesidad y el estado de abandono de sí mismo hace la diferencia con otras drogas ilícitas. La familia y la comunidad registran que el “paquero” ha pasado a pertenecer a un mundo que la sustituye. (Miguez, 2007)

Los efectos crónicos de tipo médico de esta droga, destaca la pérdida notable de peso corporal, probablemente por el poder anorexígeno que tienen las drogas cocainicas. Por otro lado, también pueden presentar, infecciones cutáneas, desgano, agotamiento, ausencia de hambre y sueño, vómitos, diarreas, anemia, desnutrición, entre otras. (Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, 2013)

Los efectos de esta droga aparecen como progresivos y vinculados a la dosis, y desaparecen tras el abandono de su uso. (Arizaga, María Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

### **3.2.3 Producción, mercado y estadísticas de consumo de paco en Argentina.**

El evidente crecimiento del consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína y drogas inhalantes) en Argentina es reconocido oficialmente. El comité científico en Materia de Control Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja creado en 2008; no solo sostiene que el consumo de esas drogas se ha incrementado considerablemente, sino que tal consumo ha dejado de ser restringido a ciertos ambientes específicos y “se ha extendido a todos los ámbitos y estamentos geográficos, de pertenencia social, de inscripción urbana, suburbana o rural”, del mismo modo que ha aumentado “el policonsumo y el retorno a sustancias psicoactivas utilizadas hace dos décadas (2007)”. Esto no puede explicarse sin tener en cuenta el impacto social de las políticas económicas que profundizaron un proceso de desigualdad social iniciados en la década de los setenta en la Argentina. Este proceso en su dimensión social, económica e institucional se caracterizó por la caída abrupta del salario real, la privatización de los servicios públicos, la desregulación de los marcos jurídicos- institucionales y una situación a nivel laboral debatida entre la precarización y el desempleo que llevo a un pauperización creciente de los sectores populares y a un proceso de movilidad descendente de los sectores medios. (El fracaso del control de drogas ilegales en Argentina., 2009)

El uso de la pasta base de cocaína (PBC) comenzó en países como Colombia, Perú y Bolivia, productores de coca, más de dos décadas antes que en la Argentina y el Uruguay; donde la aparición en estos dos últimos países parece estar vinculado a un proceso de transformación general en la producción, comercio y tráfico de clorhidrato de cocaína. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

En los años 80, Argentina era considerada un país de tránsito de la cocaína que circulaba desde los países andinos hasta Europa o Estados Unidos. Anteriormente el clorhidrato de cocaína procedente de Bolivia entraba a Argentina por la frontera noroeste para llegar a los puertos del atlántico, donde se embarcaba para su exportación. Actualmente por la frontera Bolivia-Argentina, ingresa cocaína básica que luego es procesada en laboratorios clandestinos argentinos y es convertida en clorhidrato de cocaína, es decir que, Argentina se transformó en una nueva localización del eslabón final de la cadena de producción de esta droga. La producción local se ve favorecida por la disponibilidad y mejores precios de los precursores químicos, y además, por la facilidad de exportación por vía aérea y marítima. El control de los precursores químicos a través de la convención de la ONU de 1988, en países productores, habría favorecido el desplazamiento de la última fase de producción a países como Argentina y Uruguay. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

La forma en la que llega el paco hacia Uruguay desde Argentina es esencialmente terrestre y se hace a través de Argentina. Según datos obtenidos de informes de Uruguay la ruta sería la siguiente: salida de Bolivia, procesamiento y fraccionamiento en el norte argentino y/o provincias cercanas a Buenos Aires, y desde Buenos Aires, distribución de la sustancia ya fragmentada a Uruguay. Entre Argentina y Uruguay, la pasta base es trasladada por "mulas" a quienes se les paga en dólares y a la sustancia la transportan en el estómago (ingeridas) o adosadas al cuerpo. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Según el informe del 2005 de la oficina de la ONU contra drogas y delitos (UNODC), se muestra que en los primeros nueve meses del año 2004 se hallaron 12 laboratorios clandestinos de cocaína y en noviembre de ese mismo año se halló el laboratorio más grande de los encontrados hasta el momento. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

El "paco" o PBC sería un negocio menor del gran negocio de la cocaína, y en Argentina con frecuencia su comercio se produce en inmediaciones de los sitios en donde se encuentran los laboratorios que producen el refinamiento de la

cocaína.

Para algunos sectores de la población que han quedado marginados del sistema el negocio de la droga se ha vuelto una forma de supervivencia, esto produce un “socialización” de la distribución del paco en los barrios populares. La investigación realizada en Argentina muestra que, existen emprendimientos familiares: pequeñas “cocinas” ubicadas en los barrios pobres de la ciudad de Buenos Aires gerenciadas por personas de una misma familia. Estas cocinas cuentan con menor capacidad de producción y menores recursos para proveer seguridad. Es posible que allí se procese el desecho de la producción de clorhidrato, es decir que se fraccione y adultere el residuo de la cocción de la cocaína para su venta en forma de paco lista para fumar. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

Con respecto a los que venden, en los barrios empobrecidos, son vecinos del barrio. Como forma de pago reciben dinero o mercancías que traen los compradores, en el mejor de los casos teléfonos celulares, en el peor, una gorra o unas zapatillas usadas. Estas figuras tienen una imagen negativa en la trama social local, con quien no hay relación de confianza y que incluso puede tornarse violenta. Por el contrario, en los barrios de clase media, es posible acceder a la droga pidiéndola por teléfono y concertando una cita en un lugar que varía (delivery). (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

La situación de comercialización en Uruguay es diferente. En Montevideo los vendedores siempre compran al mismo distribuidor en el cual confían y con quien tienen afinidad. Cada traficante tiene su zona de venta y su clientela, y es por lo general respetado por los vendedores, el acceso del consumidor a estos es mediante un “conocido” que los presenta, que suele ser generalmente un consumidor. En Uruguay, la unidad de venta que se denomina “chasque” es un pequeño paquete envuelto en nylon equivalente a uno o dos granos de pimienta. Existen otras formas de venta: tiza o pila (10 gramos compactados) donde se extraen aproximadamente 50 a 80 dosis según el grado de pureza; y el ladrillo (la unidad más grande que se transporta), es lo que se le vende a los distribuidores minoristas y se desconoce el peso del mismo. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006)

En un estudio de mercado de la pasta base de cocaína en Uruguay, en donde se entrevistaron a varios traficantes, estos señalan que estaría distribuyéndose pasta base de diversas calidades y diferentes precios pudiéndose identificar por un rotulado o por el color particular de las diferentes calidades: gris la de mayor calidad, yendo al blanco a medida que se reduce la pureza. (Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom, 2006). El vendedor puede

adulterar la droga con otros productos para estirla, esto tiene por objeto aumentar las ganancias del distribuidor, obteniendo como resultado una sumatoria de "cortes". Aparecen en la composición diversas sustancias que se estarían empleando para estirla el producto, entre ellas: pesticidas, fertilizantes químicos, medicamentos, broncodilatadores, analgésicos e inclusive medicación de uso veterinario. (Garibotto, G.; Calicchio, L.; Latorre, L.; Scarlatta, L., 2006)

Según el Tercer Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años sobre el consumo de sustancias psicoactivas, estudio de hogares 2006, realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), SEDRONAR (Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico) consumieron pasta base de cocaína en el último año el 0.5% de las personas de 12 a 65 años, es decir, unas 85.000 personas, el 0.6% de los varones y 0.3% de las mujeres. El 12.7% de los usuarios tuvieron consumo diario. Con respecto a la edad, el estudio pone de manifiesto que la tasa anual es mayor entre los jóvenes de 12 a 17 y 18 a 24 años. En cuanto a la frecuencia, cabe mencionar que uno de cada tres consumidores de pasta base en el último año lo hace semanalmente o con mayor frecuencia. En relación a las representaciones de riesgo en el consumo de esta droga, muestra que existe una leve diferencia en la percepción social de "gran riesgo" en cuanto a fumar alguna vez y frecuentemente. El problema de la oferta muestra datos significativos: entre quienes recibieron alguna vez una oferta de droga, la pasta base alcanzó el 25%, cifra que sobrepasa la medida de ofertas de éxtasis y la ubica como tercera droga ofertada, detrás de la Marihuana y la Cocaína. (Arizaga, María Cecilia; Quiña, Guillermo., 2007)

Respecto a los pacientes en tratamiento, según cifras recolectadas por la FONGA (Federación de Organismos No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y Tratamiento del abuso de Drogas), entidad que reúne a 47 instituciones del país dedicadas a la prevención y asistencia de los adictos; en tres años, la cantidad de consumidores de paco se quintuplicó. En afinidad con esto, los resultados de la Segunda Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, realizados por la OAD, SEDRONAR, en el 2005; indican que la población de estudio está compuesta en gran medida por pacientes jóvenes (el 50% tiene menos de 25 años) y una gran mayoría de varones (82% del total de pacientes registrados). De este conjunto, un 6% de las demandas de tratamiento se originan por consumo de pasta base, lo cual comprende un tercio de las que ingresan por consumo de clorhidrato de cocaína. En cuanto a la percepción de daño, es notable que el conjunto de cocaínas (crack, clorhidrato y pasta base) lidera la lista de sustancias cuyo efecto se considera más dañino en sentido amplio, particularmente entre quienes hay consumido más de dos sustancias. Estos daños se perciben tanto a nivel físico, psíquico como desempeño en la vida

cotidiana. Del total de pacientes registrados, un 30% acudió voluntariamente, mientras que el resto acudió “presionado por amigos o familiares”. (Garibotto, G.; Calicchio, L.; Latorre, L.; Scarlatta, L., 2006)

Cabe expresar que la información estadística en relación al consumo de pasta base/paco disponible es precaria, incompleta y no puede utilizarse para comparar el avance o retroceso del consumo, aunque se puede realizar una conclusión parcial. Puede señalarse que la disponibilidad predomina en áreas de mayor empobrecimiento y de mayor densidad poblacional, que la población más afectada son los adolescentes varones, y además, que aquellos consumidores que se encuentran en rehabilitación tiene una mayor percepción del riesgo que produce esta droga.

En resumen, se puede inferir que quienes consumen paco son parte de la población asentada en conglomerados urbanos, siendo los jóvenes pobres los más afectados y con un pronóstico de mayor deterioro (teniendo en cuenta la intensidad de consumo).

### ***3.3 Adultez y nutrición***

El adulto comprende el grupo de edad en que descansa de forma casi total la capacidad de producción y servicios y de cual depende en su mayor parte de los menores de edad, es grupo integrado por individuos en formación tanto desde el punto de vista físico como intelectual; como aquellos mayores de 60 años integrado igualmente por una mayor proporción de individuos no incorporados a la producción o servicios por haber recesado en esas actividades. (Berdasco Gomez, 2002). (Gil Hernandez, 2010)

En el último siglo se ha incrementado notablemente la esperanza de vida en los países desarrollados. No obstante, de forma paralela también ha aumentado la prevalencia de distintas enfermedades crónicas, como diabetes, obesidad, hipertensión arterial, osteoporosis, enfermedades dentales, patología cardiovascular y de ciertos cánceres y enfermedades degenerativas. Aunque la edad es un condicionante indiscutible, los factores principalmente implicados en su desarrollo, son la dieta inadecuada y el sedentarismo. (Gil Hernandez, 2010)

Los individuos que desarrollan alguna o varias de estas enfermedades suelen presentar un patrón alimentario y de actividad física similar al de sus conciudadanos sanos. Las enfermedades aparecen, por tanto, por una compleja interrelación entre la susceptibilidad individual (predisposición genética) y el

entorno (en el que la dieta es un condicionante importante junto con otros factores culturales, económicos y sociales). (Gil Hernandez, 2010)

Para un adulto, dieta equilibrada o dieta saludable se define como aquella que aporta una cantidad adecuada y variada de alimentos, proporcionando los nutrientes cualitativa y cuantitativamente necesarios para el funcionamiento normal del organismo, en el momento actual y en el futuro. (Gil Hernandez, 2010)

Debido a que el organismo es capaz de regular la distribución y el uso de fuentes de energía, los humanos pueden sobrevivir ingiriendo dietas que aporten un amplio rango de proporciones de hidratos de carbono, proteínas y grasas. Así, pueden ser muy notables las diferencias en el porcentaje de macronutrientes dependiendo del medio en que se viva y de las condiciones sociales, culturales, religiosas o económicas. (Gil Hernandez, 2010)

La capacidad para intercambiar los hidratos de carbono con las grasas, como principal fuente de energía, junto con la existencia de reservas energéticas en forma de grasa corporal, permite al organismo adaptarse a importantes variaciones tanto en la ingesta de macronutrientes como de energía y del gasto calórico. Un adulto sano almacena entre 6 y 20 kg de grasa, como término medio, que aportan entre 50.000 y 200.000 kcal. Desviaciones importantes de la ingesta energética pueden ser toleradas y acomodadas mediante ganancias o pérdidas de grasa corporal.

En esta etapa de la vida, los requerimientos calóricos disminuyen pero la calidad, cantidad y armonía de la alimentación determina el estado de bienestar de la persona y la prevención de enfermedades, ante todo de los trastornos crónicos.

La alimentación está sujeta a múltiples variables: situación social de casa individuo, composición familiar, tipo de trabajo y responsabilidades, factores ambientales, medio de información, religión e ideologías alimentarias, tipo de actividad laboral, estado de ánimo, relación salud- enfermedad.

En los primeros años de la edad adulta, la nutrición desempeña un papel primordial en el establecimiento de patrones de alimentación. Los hábitos alimentarios, adecuados o no, se cimienta desde la niñez y se refuerzan en la adolescencia.

### ***3.3.1 Aparición y evolución de los excesos nutricionales***

Marie Krause Mendelson, en su libro “Nutrición y Dietoterapia de Krause” novena

edición, considera que las deficiencias y los excesos son fenómenos progresivos. Dentro de los límites sanos de la ingesta, los mecanismos homeostáticos del organismo al parecer utilizan con igual eficacia los nutrientes, sin una ventaja destacable con un nivel particular de ingestión de alimentos.

Conforme surgen las deficiencias o sobrecargas nutricionales se realizan adaptaciones para alcanzar un nuevo estado de equilibrio, sin pérdida notable de la función fisiológica. Al desviarse cada vez más la ingesta de los límites aceptados, el organismo se adapta al aporte “cambiante” de nutrientes, al disminuirlo, al cambiar la magnitud o el estado de los compartimentos corporales afectados. El estado nutricional de una persona se conoce al identificar la presencia o ausencia de tales adaptaciones.

En circunstancias ideales las personas deben someterse a evaluaciones de su estado nutricional durante su ciclo vital y durante enfermedades. Se aplican métodos diferentes a la población sana y a los individuos que tienen alguna enfermedad crítica. El proceso de evaluación incluye dos fases: detección inicial sistemática, y la valoración propiamente dicha. Las definiciones de detección inicial y de valoración nutricional varían un poco de un medio a otro. Sin embargo, el objetivo principal es destacar el riesgo nutricional y aplicar técnicas de evaluación específica para precisar un plan de acción.

Gil Hernández, se plantea la importancia de la valoración nutricional en una persona, haciendo hincapié en que la valoración del estado nutricional, debería formar parte de la valoración clínica de todos los individuos ya que permite, no solo determinar su estado nutritivo, sino también valorar los requerimientos nutricionales, predecir la posibilidad de presentar riesgos sobreañadidos a su enfermedad, atribuirles a una posible alteración del estado nutricional y evaluar la eficacia de una determinada terapia nutritiva.

### **3.3.2 Trastornos nutricionales en drogadependientes.**

Los drogadependientes representan en general un sector de la población que se encuentra en situación de riesgo nutricional, ya que presentan problemas importantes de malnutrición y/o desnutrición.

Las drogas pueden cambiar las necesidades de nutrientes por parte del organismo, afectando a diferentes nutrientes y en diversas etapas de su asimilación como por ejemplo en la digestión, absorción, distribución y / o metabolismo. Por su parte una alimentación inadecuada se traduce en cambios de las concentraciones de nutrientes en fluidos biológicos, lo cual puede afectar a la

metabolización y el efecto de las drogas.

Los que muestran mayores problemas relacionados con la nutrición son sin duda los cocainómanos y opiáceos dependientes, sobre todo heroínómanos, lo cual se debe principalmente a su mayor deterioro orgánico como consecuencia del uso continuo de este tipo de droga. En la actualidad presenta esta misma problemática los consumidores de pasta base, un residuo que se obtiene de la cocaína.

Los problemas relacionados con la nutrición del drogadependiente se dividen en dos grupos:

1. Problemas generales: estos se agudizan a medida que avanza en dosis y tiempo el consumo, lo cual se debe al progresivo deterioro físico y mental por el consumo de esta droga. En los primeros estadios de consumo, es difícil descubrir signos de carácter nutricional indicadores de algún tipo de trastorno. Sin embargo, hay una tendencia progresiva a un estilo de vida irregular y desordenada que determina toda una serie de problemas a varios niveles: social, personal y familiar.

Estos problemas contribuyen que a la alimentación, en un estado relativamente avanzado en los drogadependientes; sea irregular, escasa y desequilibrada, sin horarios fijos, basada en comida rápida tipo snack, fría, fuera de casa. En muchas ocasiones se realizan 1 o 2 comidas a lo largo del día, lo que conduce a dietas hipocalóricas y se acentúa a su vez la anorexia agravándose el problema. Estas dietas hipocalóricas producen desnutrición y adelgazamiento con consecuente pérdida de masa muscular y de grasa subcutánea.

Por otra parte, la selección de alimentos es inadecuada, lo que genera un patrón alimentario desequilibrado que se caracteriza por los siguientes factores:

- Alto consumo de alcohol y alimentos ricos en glúcidos; muchos adictos consumen alcohol en cantidades muy elevadas, las cuales aportan calorías vacías, ya que contribuyen a la ingesta de energía pero no aportan cantidades adecuadas de nutrientes tales como aminoácidos, vitaminas y minerales, es decir, suponen un desequilibrio importante en la dieta. También el consumo de glúcidos es relativamente elevado, tanto de alimentos ricos en azúcares simples, como dulces y productos de pastelería.
- Bajo consumo de alimentos proteicos de origen animal, ricos en aminoácidos esenciales, en particular de carnes. También es bajo el consumo de verduras y frutas frescas, ya que no adquieren alimentos de estos grupos de forma habitual.

Esta forma de alimentación tan peculiar, implica riesgo de ingesta deficientes de algunos nutrientes, así la dieta suele ser escasa en proteínas y además esta proteína es de mala calidad, lo que puede disminuir la síntesis de albumina en el hígado y contribuir a la pérdida de masa muscular.

2. Problemas específicos: estos problemas difieren según las drogas que se utilicen y por tratarse de un derivado de la cocaína, se explicaran a continuación los problemas nutricionales que esta produce en el organismo. Se ha comprobado que la cocaína produce disminución de la ingesta de alimento y pérdida de peso, así como trastorno de la conducta alimentaria en general debido a los efectos supresores de la pérdida de apetito. Los consumidores de estas drogas pueden permanecer despiertos durante días y sufrir deshidratación y desequilibrios electrolíticos durante episodios prolongados. El retorno a la dieta normal puede ser difícil si ha habido una pérdida de peso considerable.

Así mismo, consumen mayores cantidades de alcohol, tabaco y cafeína, lo cual produce un efecto sinérgico en cuanto a la disminución de la ingesta calórica y el consiguiente déficit del estado nutricional.

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

Cuando las personas se sienten mejor, es menos probable que se presente una recaída y dado que una nutrición balanceada ayuda a mejorar el estado de ánimo y de salud, es importante estimular el consumo de una buena dieta en personas que se están recuperando de problemas de drogas.

Sin embargo, es posible que las personas que acaban de renunciar a una fuente de placer importante no estén listas para realizar otros cambios drásticos en el estilo de vida. Por lo tanto, es más importante que las personas eviten recaer en el problema que seguir una dieta estricta. será importante, implementar la incorporación de una buena alimentación en tanto estructura de vida como un objetivo secundario, a largo plazo, y no dejarlo de trabajar, ya que no se debe olvidar que la comida es también un bien de consumo, con lo cual muchos de estos individuos pueden deslizarse del objeto de la droga al objeto comida el mecanismo adictivo, y así trocar sin rehabilitarse del trastorno en sí.

### **3.3.4 Pautas generales y evaluación**

Se recomiendan las comidas habituales diarias y un plan alimentario que se enfoque en una dieta baja en grasas con aumento del consumo de proteínas, hidratos de carbonos complejos y fibra alimentaria.

La recaída en el consumo de drogas es también más probable cuando los niveles de azúcar en la sangre fluctúan debido a una ingesta irregular de alimentos, razón por la cual es tan importante el consumo de comidas regulares. Los adictos a menudo olvidan como es la sensación de tener hambre y en su lugar la interpretan vehemente como un deseo por la droga, de tal manera que se los debe estimular para que consideren la posibilidad de tener hambre cuando estos deseos se vuelvan muy fuertes.

La deshidratación es común durante la recuperación de la drogadicción y es importante recalcar la importancia del consumo de líquidos durante y entre las comidas: el apetito retorna durante la recuperación, lo que puede producir una tendencia a comer en exceso.

### **3.4 Estado nutricional**

El estado nutricional se define como la situación de salud o bienestar que determina la nutrición de una o varias personas. Un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos, están adecuadamente cubiertos por los nutrientes. Si se producen ingesta de forma deficiente o excesiva, el estado nutricional indicara una malnutrición a medio o largo plazo.

El mismo se evalúa con distintas finalidades, por lo que la metodología a emplear variara en función a ello y a la disponibilidad de recursos con los que se cuente. La evaluación implica un diagnóstico de situación, que se obtiene a través del examen físico, la toma y análisis de datos antropométricos y pruebas bioquímicas; y una valoración epidemiológica, que relaciona el diagnostico de los datos obtenidos de la historia clínica nutricional, estudio de la alimentación actual y la información de los datos socioeconómicos o geográfico del grupo familiar del sujeto.

En el ámbito poblacional es un indicador de salud y de bienestar en general, y a nivel individual, es el resultado entre el aporte nutricional del sujeto y las

demandas nutritivas del mismo.

### **3.4.1 Valoración nutricional**

La valoración nutricional es la determinación del estado de salud de los individuos o grupos poblacionales según las influencias que sobre ellos tenga la ingesta y la utilización de los nutrientes. Para poder arribar a un diagnóstico nutricional, el médico cuenta con una serie de herramientas, entre las que se encuentra la anamnesis alimentaria y el cálculo de la ingesta. El método elegido depende de los objetivos que se persigan, del propósito del estudio, del grado de precisión buscado y del periodo de investigación a cubrir.

La evaluación del estado nutricional permite conocer y comprender en qué condiciones se encuentra el individuo para responder adecuadamente a las exigencias cotidianas. Existe en muchas patologías, especialmente en las consideradas crónicas no transmisibles (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.) una interrelación entre la dieta y el desarrollo de las mismas, es por ello, que el análisis de la ingesta es prioritario cuando se encara la prevención de las mismas. Se considera que una dieta es apropiada cuando es adecuada, balanceada y reconoce las variaciones individuales como la edad, sexo, las preferencias en cuanto al gusto, y respeta los hábitos alimentarios.

### **3.4.2 Indicadores del estado nutricional**

En una investigación del estado nutricional se realizan diversos tipos de observaciones que cuando son empleadas de manera correcta, pueden tomarse como indicadores del estado nutricional.

Partes de una valoración nutricional

- Evaluación clínica
- Evaluación antropométrica
- Encuestas alimentarias
- Bioquímicos

El análisis de los datos obtenidos permitirá conocer los cambios que se producen en el estado nutricional, repercutiendo en la composición corporal.

En el siguiente trabajo se utilizará la práctica antropométrica para evaluar el estado nutricional de la población a estudiar.

### **3.4.3 Evaluación antropométrica**

Se encarga de las mediciones de las variables de las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano, que al ser comparados con una población de referencia, permiten realizar diagnósticos nutricionales. Como método de diagnóstico supera a la clínica y es el arma básica para controlar el desarrollo físico. Las mediciones son relativamente simples, fáciles, no invasivas y económicas pero que requiere para su realización de personal entrenado e instrumental apropiado.

Gracias a ella se pueden identificar individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros.

### **3.4.4 Mediciones antropométricas**

Para la siguiente investigación se utilizaran las mediciones descritas a continuación:

#### **a) Peso**

Se trata de una medición precisa, confiable, sencilla, rápida y de bajo costo que expresa la masa corporal total pero no define compartimentos e incluye fluidos. Esta medida refleja la situación actual del sujeto y no permite discriminar si la misma es el resultado de situaciones presentes o pasadas.

Instrumental: balanza de precisión o balanza de pie con un margen de error de 100gr.

Método: paciente de pie, parado en el centro de la balanza, con ropa interior o prendas livianas y descalzo.

Resultado: en kilogramos (kg).

Observaciones: calibrar la balanza frecuentemente. No utilizar las de tipo familiar o de baño.

#### **b) Talla**

Determina el crecimiento lineal del sujeto, fundamentalmente del tejido óseo.

Talla de pie o estatura.

Instrumental: medidor de talla, altímetro o estadiómetro; también podrá utilizarse una cinta métrica de 2.5 m de largo y 1.5 cm de ancho que deberá adosarse en la pared con el 0 a nivel del piso, y una escuadra que se apoyara en la pared y en el vertex del sujeto.

Método: paciente de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en la posición de Frankfurt (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el lóbulo de la oreja). Se lo ubica de espaldas al altímetro con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. Se desciende al plano superior el altímetro o la escuadra sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vertex).

Resultado: en centímetros (cm).

Observaciones: medir en inspiración. Verificar la correcta postura del cuerpo y la cabeza.

Ambas mediciones al combinarse dan lugar al Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal. Este índice es la razón entre el peso (expresado en kilogramos) y la talla al cuadrado (expresada en metros).

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Talla}^2$$

Basándose en datos de morbilidad y mortalidad se ha llegado a establecer puntos de cortes o valores críticos que delimitan la “normalidad” de los valores que denotan “pesos bajos” y posiblemente o ciertamente de malnutrición por defecto, y los “pesos altos” y posiblemente o ciertamente de malnutrición por exceso.

Aunque el índice de Masa Corporal se ha utilizado con éxito en estudios epidemiológicos y clínicos; no es un indicador de la reserva de grasa, por eso se recomienda combinarlos con otros indicadores relacionados por ejemplo con la distribución de la grasa corporal y así distinguir los riesgos de la obesidad y de algunas enfermedades asociadas. Para evaluar dicha distribución puede utilizarse el Índice Cintura Cadera.

### **c) Perímetro de cintura**

Este perímetro ha sido propuesto como el mejor indicador antropométrico de la relación riesgo de enfermedad cardiovascular.

Instrumental: cinta métrica metálica e inextensible.

Método: paciente con el torso descubierto, de pie con los brazos relajados al costado del cuerpo. El investigador se ubica de frente al paciente, rodeando con la cinta métrica a nivel de la línea media axilar, en el punto medio entre el reborde costal y la cresta iliaca. Se recomienda realiza dos mediciones cuales será promediadas.

Resultado: en centímetros (cm).

Observaciones: presenta grandes variaciones individuales. Es difícil de

tomar en pacientes muy obesos con abdomen péndulo o en delantal, en ese caso se recomienda realizar la medición en decúbito dorsal.

**d) Perímetro de cadera**

Instrumental: cinta métrica metálica inextensible.

Método: paciente con ropa interior, de pie con los glúteos relajados y los pies juntos. El investigador se ubica de frente al paciente, rodeando con la cinta métrica la cadera al nivel del máximo relieve de los trocánteres mayores (en general coincide con la sínfisis pubiana)

Resultado: en centímetro (cm).

Observaciones: medida útil como indicador de grasa en la región inferior del cuerpo.

Estos dos perímetros permiten calcular el Índice Cintura- Cadera que refiere al cociente entre ambas mediciones. Este provee un índice de distribución de adiposidad relativa en los adultos, ya que, el perímetro de cintura es un indicador del tejido adiposo en la cintura y el área abdominal; y el perímetro de cadera es un indicador del tejido adiposo que se encuentra sobre los glúteos y la cadera.

### ***3.5 Hábitos alimentarios***

Los hábitos alimentarios se definen como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera en cómo se selección los alimentos hasta la forma en que se los consume y la frecuencia con la que se lo hace.

La relación entre los hábitos alimentarios con la salud y la enfermedad han preocupado al hombre desde los orígenes de las primeras sociedades y culturas.

En los últimos años el interés de la relación hábitos alimentarios y salud se ha desplazado hacia el estudio de enfermedades crónicas como la cardiopatía isquémica y el cáncer, pero también a otras enfermedades: cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad, malformaciones congénitas, enfermedades neurológicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, demencia senil, osteoporosis, enfermedades oculares degenerativas, etc. Estas enfermedades con múltiples etiologías, son más bien enfermedades relacionadas con un exceso de grasa o energía, pero también se pueden ver como enfermedades por una deficiencia relativa de alimentos vegetales o sus componentes.

En los países occidentales se ha estudiado el tipo de dietas que se consume y se

lograron identificar las siguientes preferencias:

- Consumo frecuente y abundante de carnes rojas (vaca, cerdo, cordero) y sus derivados, que en algunos casos supera los 150gr por día.
- Consumo elevado de féculas (papa, arroz) productos de repostería con hidratos de carbono refinados con alto índice glucémico. En los cereales, el endospermo y las capas externas de las semillas se retiran durante la molienda y el refinado. En estas capas se encuentra la fibra y la mayoría de las vitaminas, minerales y ácidos grasos insaturados. El proceso de refinado hace a los cereales más fácilmente digeribles, pero elimina sustancias con potenciales efectos beneficiosos.
- Grasa animal, generalmente saturada y grasa vegetal hidrogenada, con alto contenido de ácidos grasos *trans*.
- Consumo elevado de productos lácteos, nata y mantequilla.
- Consumo poco frecuente de verduras, hortalizas, cereales integrales y legumbres.
- Consumo bajo o alto de alcohol, pero de forma episódica y concentrada en los fines de semana.

El aspecto más novedoso en el estudio de estas dietas ha sido el hallazgo de efectos perjudiciales de las grasas hidrogenadas y sobre todo de alimentos con hidratos de carbono de absorción rápida, como azúcares simples, pero también hidratos de carbono complejos en los cereales refinados (pan, repostería y pasta no integral), arroz blanco y papas, que tienen un alto índice glucémico. El consumo de estos alimentos se ha asociado con mayor incidencia de cardiopatía isquémica, obesidad, diabetes, aumento de triglicéridos, descenso del colesterol unido a lipoproteína de alta densidad y aumento de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva. Por lo tanto, al igual que hay grasas saludables y perjudiciales, no todos los hidratos de carbono son iguales y aquellos que elevan rápidamente la glucemia no solo producen una mayor demanda de insulina para su metabolización, sino que también desencadenan otros efectos metabólicos no deseables.

## **Capítulo IV**

### **4. Materiales y métodos**

#### **4.1 Tipo de estudio y diseño de investigación**

##### **4.1.1 Tipo de estudio**

La presente investigación corresponde al tipo de estudio correlacional, de corte transversal. El objetivo de este es medir el grado de relación que existe entre dos o más variables en un contexto determinado, para ello, se mide las variables que se pretenden investigar en el sujeto, y posteriormente se analiza su correlación.

En el siguiente trabajo de investigación se medirán y correlacionaran las variables de estado nutricional y hábitos alimentarios de los adultos pertenecientes al barrio Costanera Norte.

##### **4.1.2 Diseño de estudio**

El siguiente trabajo posee un diseño no experimental. Es decir que es una investigación donde no se manipulan las variables de estudio (estado nutricional y hábitos alimentarios), sino que solo se observan los fenómenos tal y como se dan en su entorno natural, para después analizarlos. Con el objeto de responder a los interrogantes de la presente investigación y someter a prueba a las hipótesis formuladas, el diseño de esta investigación no expone a los adultos (sujetos de estudio) a condiciones o estímulos; solo se limitara a observar la situación existente. Además corresponde a la forma transversal o transeccional, debido a que tiene como objetivo describir la relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en un momento determinado de la vida de las personas que

participan en el mismo.

## **4.2 Hipótesis de investigación**

Hipótesis N°1: El estado nutricional predominante en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán es obesidad abdominovisceral.

Hipótesis N°2: Los hábitos alimentarios se consideran prácticas no saludables.

Hipótesis N°3: Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en rehabilitación de consumo de paco.

### **4.2.1 Variables**

- Estado nutricional
- Hábitos alimentarios

### **4.2.2 Definición de las variables**

- Estado nutricional

**Definición conceptual:** es la situación de salud o bienestar que determina la nutrición en una o varias personas (en el caso de esta investigación, las personas en rehabilitación). Un estado nutricional óptimo se alcanza cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos, están adecuadamente cubierto por los nutrientes. Si se producen ingestas por debajo o por encima, el estado nutricional indicara una mal nutrición a medio o largo plazo.

**Definición operacional:** valoración de la magnitud en que se cubren las necesidades nutricionales evaluadas mediante registro de datos antropométricos:

El peso se medirá con balanza o bascula de pie, con un error de 0.100Kg. La

lectura del peso de cada persona se realizara en kilogramos y gramos con lo que disminuye el error de la lectura y registro de los valores. La persona deberá estar de pie en el centro de la plataforma de la balanza y con ropa ligera.

Para medir la estatura se utilizara un tallimetro o estadiómetro que posee las siguientes características. Se tomara de pie con los talones juntos, cuidando que el mentón se ubique recogido de manera que el borde inferior de la cavidad orbitaria se encuentre en la línea horizontal con el meato auditivo extremo/ Plano de Frankfurt. Se extiende la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vertex).

Los resultados del peso y de la talla son datos que son necesarios para el cálculo de IMC, el cual será valorado según tablas de referencia de la OMS, para obtener información de acuerdo al valor en que se encuentre el mismo. Estos pasos se indican a continuación.

Primero se calcula el IMC (índice de masa corporal), las medidas de peso y de talla se combinan en la siguiente formula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

Peso = en kilogramos

Talla= en metros

Los resultados serán evaluados según cuadro de referencia de la Organización Mundial de la Salud.

Categorías:

IMC= <18.5 Bajo Peso

IMC= 18.5 a 24.9 Normal

IMC= 25 a 29.9 Sobrepeso

IMC= 30 a 34.9 Obesidad I

IMC= 35 a 39.9 Obesidad II

IMC= igual o >40 Obesidad III

A fin de esta investigación se agrupara los resultados del índice de masa corporal en las siguientes categorías según correspondan.

<b>IMC</b>
Bajo peso
Normal
Sobrepeso
obesidad

La circunferencia de cintura se obtendrá marcando un punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca y luego colocar la cinta métrica realizando la técnica del cruce, en la cual la mano izquierda toma el extremo de la cinta y rodea con el punto intermedio entre los dos mencionados anteriormente, luego la cinta se superpone de forma tal que se cruce a la altura del cero de la misma, quedando el valor de la medición por debajo del cero. La cinta no debe estar ni muy apretada ni muy floja, evitando comprimir los tejidos. Se tomara dos veces la medición, promediando los resultados.

La circunferencia de cadera se realizara colocando la cinta métrica en el lugar más ancho de los glúteos, se realizara la técnica del cruce.

Los datos de ambas mediciones serán expresados en centímetros. Se tomara dos

veces la medición, promediando los resultados.

Estas mediciones son necesarias para calcular el índice cintura/cadera.

### **ICC= Circunferencia de cintura / Circunferencia de cadera**

Los resultados serán evaluados según cuadro de referencia de la Organización Mundial de la Salud.

Categorías:

Mujeres	Varones
ICC= < 0.71. Ginoide	ICC= < 0.78. Ginoide
ICC= 0.71 – 0.85. Normal	ICC= 0.78 a 0.94. Normal
ICC= >0.85. Androide o Abdominovisceral	ICC= > 0.94. Androide o abdominovisceral

Luego de obtener estos datos se combinaran para conformar el estado nutricional y se les otorgarán las siguientes categorías:

- Bajo peso
- Normal
- Obesidad (ICC=1)
- Obesidad Ginoide (ICC >1)
- Obesidad Androide o Abdominovisceral (ICC <1)

- Hábitos alimentarios

**Definición conceptual:** se define como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera en cómo se seleccionaron los alimentos hasta la forma en que se los consume y la frecuencia con la que se lo hace.

**Definición operacional:** se realizara un cuestionario (ver anexo) para analizar los conocimientos sobre los hábitos alimentarios. Consistirá en preguntas que se les administrara a los pacientes para evaluar los hábitos alimentarios que poseen. Según el número de respuestas correctas se clasifica a los hábitos alimentarios como:

- Saludables (16 o más preguntas correctas) para que las preguntas se consideren correctas deben indicar como respuesta sí, todos los días o 2 a 3 veces por semana. En el caso de preguntas como ¿picotea?, ¿Cuándo estoy aburrido me da hambre?, consumo de bebidas alcohólicas y consumo de sustancias psicoactivas; se consideraran saludables aquellas respuestas que sean no y una vez por semana. En cuanto al tamaño de las porciones se considerara saludable la respuestas “medianas o pequeñas”
- No saludables (menos de 16 preguntas correctas). Se consideraran puntos negativos aquellas respuestas que correspondan a 2 a 3 veces por semana o todos los días con respecto al consumo de grasas, dulces, gaseosas, alcohol de baja o alta graduación y drogas.

### **4.3 Población de estudio**

#### **Población**

Personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco del Barrio de Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán

durante el periodo de febrero/marzo 2014.

## **Muestreo**

36 personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco del del Barrio de Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán en el periodo de agosto del año 2014.

### **4.3.1 Método de muestro**

El presente trabajo de investigación posee una técnica de muestreo no probabilístico intencional, ya que los individuos no tienen la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra y la población seleccionada tiene elementos que a juicio del investigador son representativos. Con lo cual solo se encontraron 36 personas con características apropiadas para integrar la muestra.

### **4.3.2 Criterios de inclusión**

- Los adultos que concurren al grupo integral de rehabilitación el cual tiene funcionamiento en el barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- Los adultos que concurren al grupo de rehabilitación en el periodo de Noviembre - Diciembre de 2014.
- Los adultos que se encuentren en rehabilitación en un periodo de por lo menos 3 meses hasta la fecha de la recolección de datos.

### **4.3.3 Criterios de exclusión**

- Los adultos que no forman parte del grupo integral de rehabilitación perteneciente al Barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- Las personas que forman parte del grupo integral de rehabilitación pero son

menores de 18 años.

- Los adultos que no concurrieron al grupo de rehabilitación en el periodo de Noviembre - Diciembre de 2014.
- Los adultos que se encuentren en rehabilitación en un periodo inferior a tres meses.
- Los adultos que no deseen participar en la investigación.

#### ***4.3.4 Consideraciones éticas.***

Se solicitó autorización al Licenciado en Psicología Emilio Mustafá el cual es encargado del grupo integral de rehabilitación del barrio Costanera Norte de la ciudad de San Miguel de Tucumán. La misma se encuentra reproducida en el anexo de la siguiente investigación.

A su vez se solicitó el consentimiento de los adultos que concurren al grupo de rehabilitación que quisieron participar de la investigación. La misma se encuentra reproducida en el anexo de la siguiente investigación.

#### ***4.4 Instrumentos de recolección de datos***

- **Instrumentos antropométricos:**
  - Balanza de pie con rango de pesaje de 0kg a 150kg o más. Con escala de peso graduada en kilogramos y gramos, con precisión de 100 gramos o menos.
  - **Tallimetro:** con rango de medición de 20 a 205 centímetros. Graduación de 1 milímetros.
  - Cinta métrica metalizada inextensible de 0.5 centímetros de ancho por 2 metros de largo.
- **Ficha de recolección de datos:** para registrar y analizar los datos de los adultos valorados.
- **Encuesta alimentaria sobre conocimientos acerca de los hábitos alimentarios:** es una técnica que permite evaluar el modo de

alimentación de una persona o de un grupo, pudiendo conocer también si los hábitos alimentarios y la ingesta de nutrientes son adecuadas, respecto a las recomendaciones dietéticas. El cuestionario consta de 26 preguntas con respuestas cerradas, que no solo permitirán conocer la frecuencia de consumo de los grupos de alimentos, sino también quien cocina en el hogar, tipo de porciones que consumen y consumo de sustancias psicoactivas. En el siguiente trabajo se modificó la redacción, la cantidad y la terminología empleada en las preguntas con el fin de adaptar el instrumento a la población de estudio.

#### **4.4.1 Procedimiento para la recolección de datos.**

En primera instancia, se envió una nota a los encargados del grupo integral de rehabilitación para poder trabajar con ellos. Posterior a su firma se procedió a pedir el consentimiento de los participantes de este estudio, para así poder proceder con la recolección de datos.

El procedimiento de recolección consto de 2 instancias y se realizó de forma anónima.

En un primer momento, se les entregó a los integrantes del grupo el instrumento Conocimiento de Hábitos Alimentarios (Encuesta alimentaria); y se les pidió que respondan al mismo siguiendo las instrucciones expresadas en él.

Y en segundo lugar, se pesó y se midió a los voluntarios con los instrumentos antropométricos para luego volcar los datos obtenidos de peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de cintura y cadera e índice cintura-cadera en la ficha de recolección de datos. Se evaluó el estado nutricional de los voluntarios al compararlos con valores de referencia para índice de masa corporal e índice cintura-cadera.

## **Capítulo V**

### **5. Resultados.**

Para el análisis descriptivo de la información obtenida se realizó de manera computarizada una base de datos del sistema operativo Microsoft Excel. Esto permitió generar tablas y gráficos que posibilitaron el análisis descriptivo de la información.

Para el análisis inferencia o la comprobación de las hipótesis se aplicara la prueba no paramétrica Chi cuadrado ( $X^2$ ) para una variable en la hipótesis 1 y 2: y prueba no paramétrica de Chi Cuadrado ( $X^2$ ) para dos variables en la hipótesis 3.

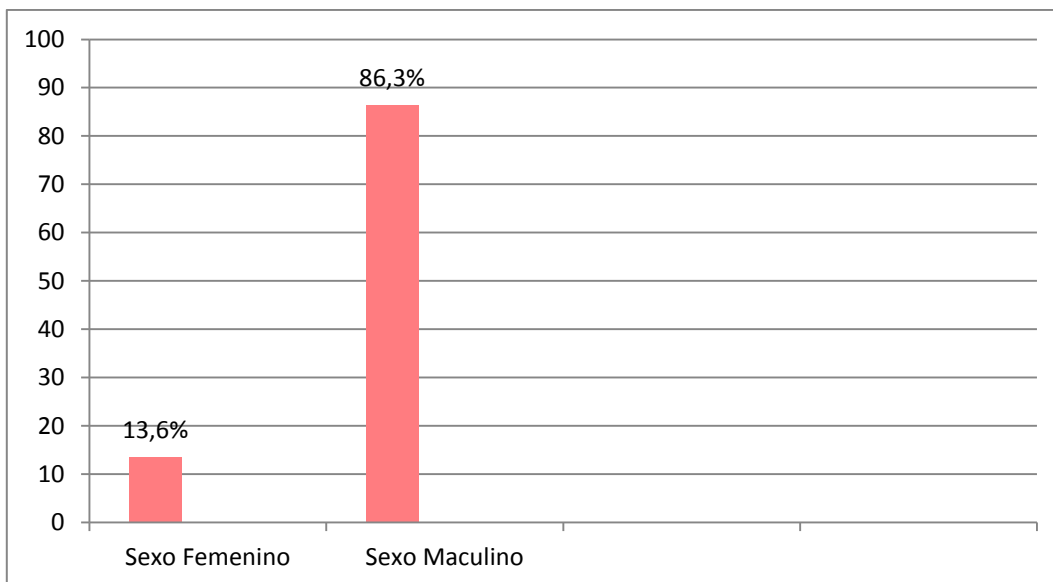
#### **5.1 Análisis descriptivo**

En la presente investigación se trabajó con una muestra de 22 personas, de entre 18 a 35 años de edad, pertenecientes al Barrio Costanera Norte, durante el periodo Noviembre- Diciembre de 2014, San Miguel de Tucumán.

Cabe aclarar que la investigación contaba con una muestra inicial de 36 personas que consumían paco, pero por cuestiones de participación voluntaria y flujo cambiante de las personas que concurren a este grupo de rehabilitación, solo logro recolectarse información de 22 personas.

#### **Sexo**

Del total de la muestra de personas (n=22) que participaron en el siguiente trabajo, el 13.6% (n=3) presenta sexo femenino, el resto ,86.3% (n=19); corresponde al sexo masculino. Dicha distribución puede observarse en el grafico N°1.

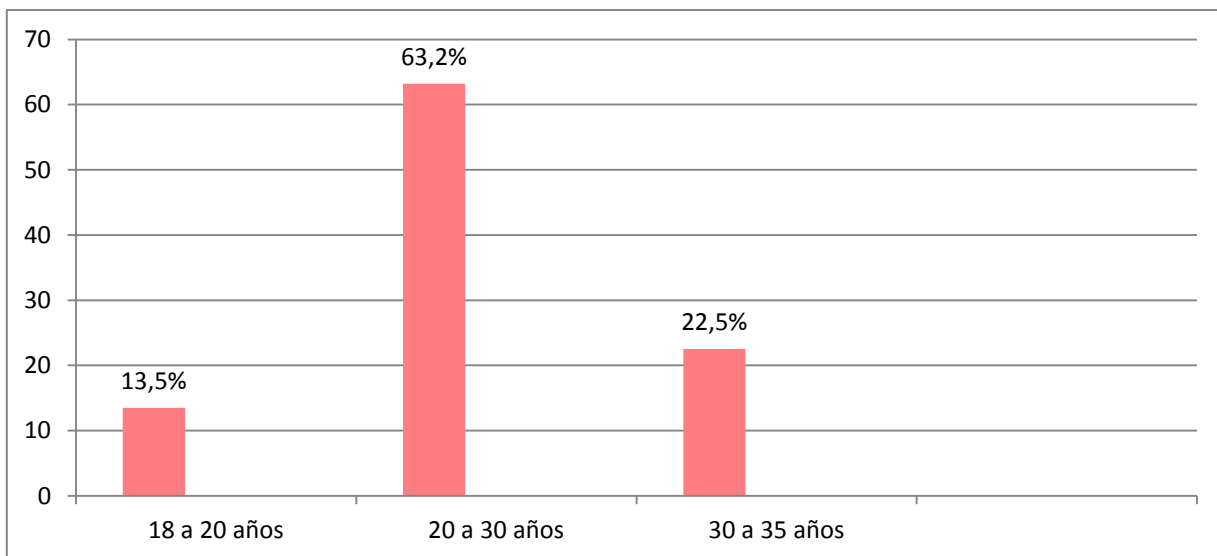


*Grafico N°1: Distribución porcentual del sexo de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre- Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

### **Edad**

De la ficha de recolección de datos utilizada para registrar los datos de los adictos se obtuvo la información perteneciente a su edad.

Del total de la muestra, un 13.5% (n=3) corresponde al rango de 18 a 20 años, un 63.2% (n=14) corresponde al rango de edad de 20 a 30 años y por último, un 22.5% (n=5) corresponde al rango de edad de 30 a 35 años. Puede observarse la distribución en el grafico N°2.

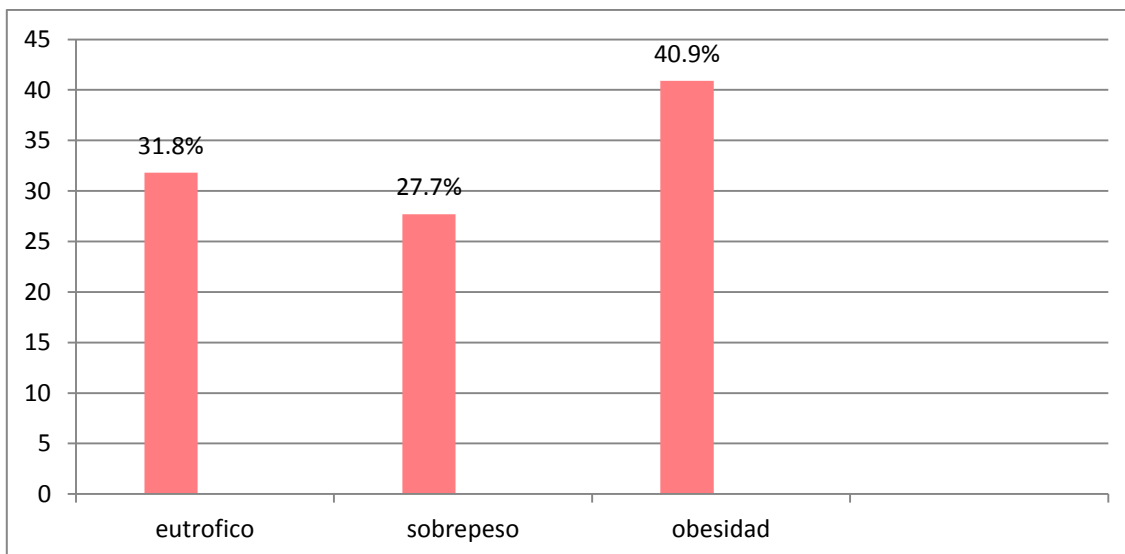


*Grafico N°2: Distribución porcentual de la edad de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

### **Estado nutricional**

A través de la valoración antropométrica de estas personas se registró información de su peso y talla, las cuales fueron combinadas para obtener su Índice de Masas Corporal (IMC). Los datos obtenidos fueron comparados con la clasificación internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) del estado nutricional. Todos estos datos fueron volcados a la ficha de recolección de datos destinada para ello.

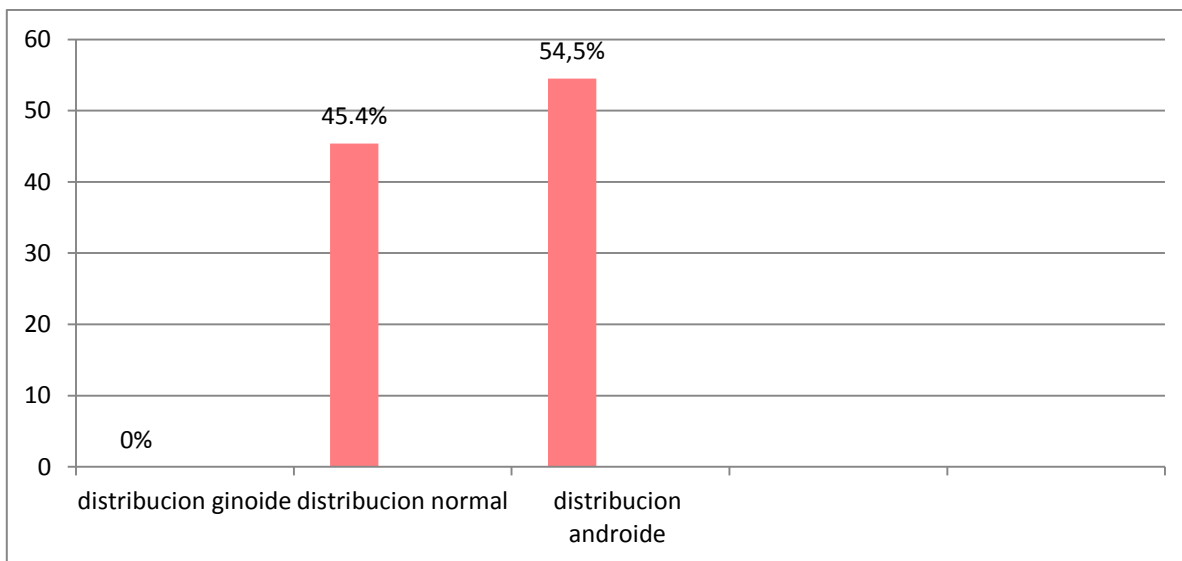
Del total de la muestra de estas personas, predomina un 31.8% (n=7) de pacientes con estado nutricional eutrófico, un 27.7% (n=6) con sobrepeso y un 40.9% (n=9) con obesidad. Con respecto al bajo peso, no se registró personas que lo presenten. Pueden observarse los siguientes datos en el grafico N°3.



*Grafico N°3: Distribución porcentual del estado Nutricional de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre- Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

Además de obtener información sobre el peso y la talla, también se recolectó información sobre la circunferencia de cintura y de cadera, las cuales fueron combinadas para obtener el Índice Cintura- Cadera (ICC). Se comparó los valores obtenidos con los valores que interpretan este índice según la Organización Mundial de la Salud. Estos datos también fueron volcados a la ficha de recolección de datos destinada a ello.

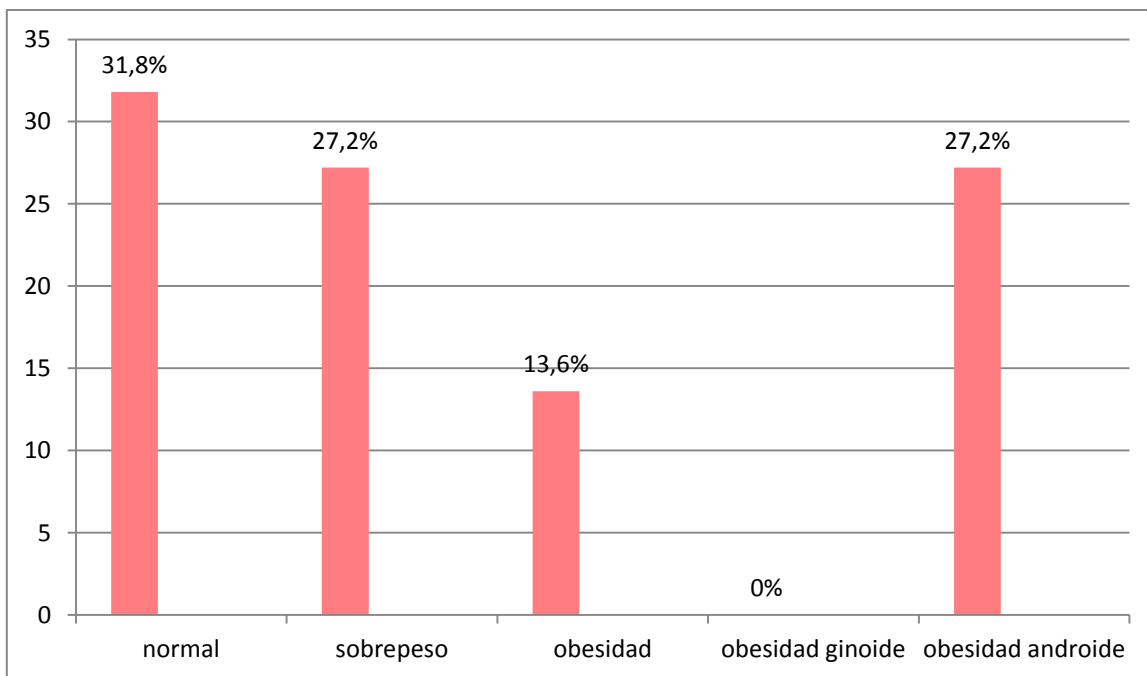
Se obtuvo que un 54.4 % (n=12) del total de la muestra, presenta una distribución de grasa corporal tipo androide y un 45.4 % (n=10) presenta una distribución de grasa corporal normal. Con respecto al tipo de distribución ginoide, no se encontraron personas que lo presenten. Dichos datos se presentan en el grafico N°4.



*Grafico N°4: Distribución porcentual respecto al índice cintura cadera en las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre- Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

Para determinar el **estado nutricional** de estas personas se combinó los datos de Índice de Masa Corporal e Índice Cintura Cadera y se obtuvieron los siguientes datos.

Se obtuvo que el 31.8% (n=7) presenta un estado nutricional normal, un 27.7% (n=6) presenta sobrepeso, 13.6 % (n=3) presenta obesidad con distribución de la grasa corporal normal, es decir igual a 1; 27.7% (n=6) presenta obesidad androide, es decir que la distribución de la grasa corporal es de tipo androide o abdominovisceral. En el caso de obesidad ginoide (distribución de grasa corporal por debajo de 1), no se registraron datos de la misma. Los datos se encuentran en el grafico N°5.

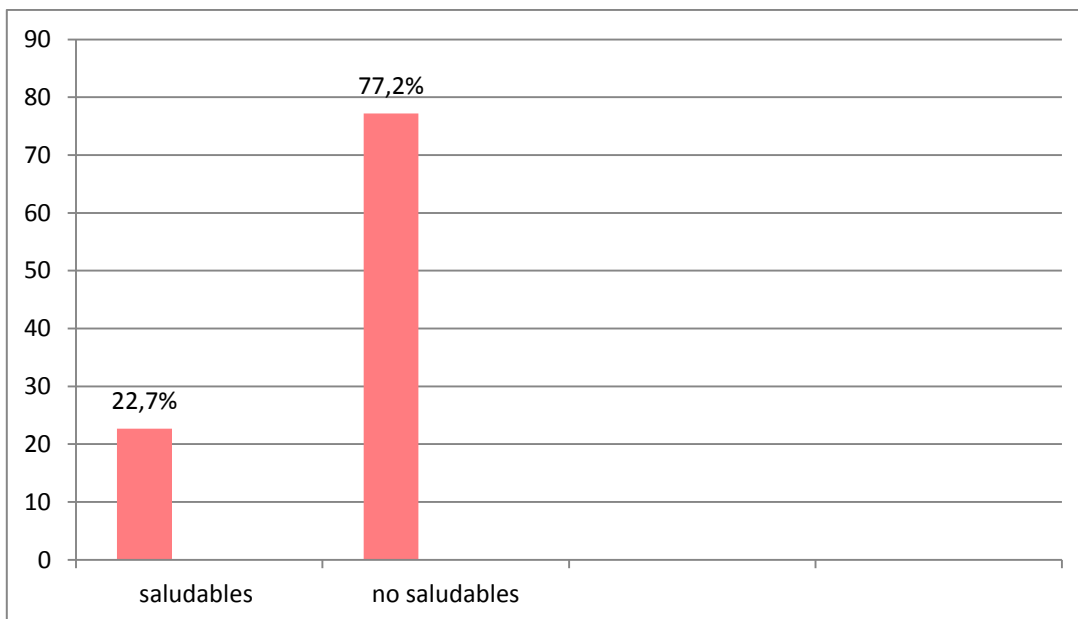


*Grafico N°5: Distribución porcentual del estado nutricional de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

**Hábitos alimentarios.**

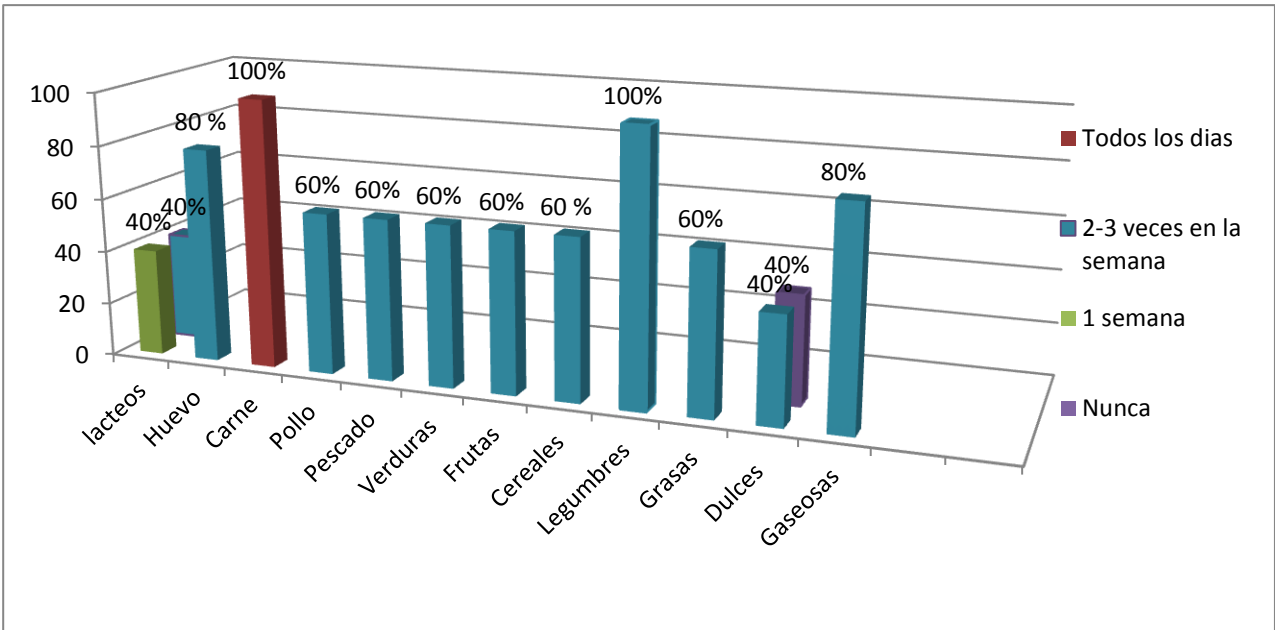
Se obtuvo información acerca de sus hábitos alimentarios mediante un cuestionario de preguntas cerradas que permiten conocer la frecuencia de consumo de alimentos, números de comidas, conductas poco favorables y consumo de sustancias psicoactivas. Las respuestas fueron analizadas para determinar si estos hábitos se consideran saludables o no saludables.

Se observa que un 77.2% (n=17) del total de la muestra presenta hábitos no saludables, y un 22.7% (n=5) presenta hábitos saludables. Los datos se encuentran en el grafico N°6.



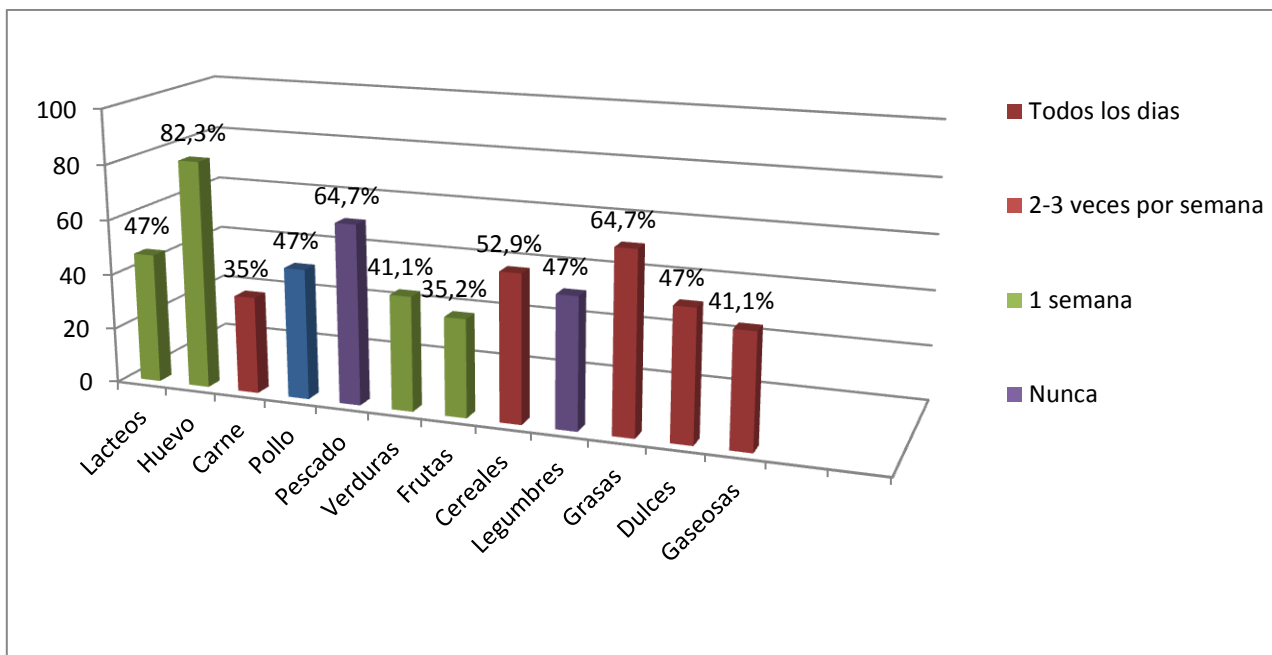
*Grafico N°6: Distribución porcentual respecto a los hábitos alimentarios que presentan las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen a Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

Analizando los resultados en las encuestas que se consideran **saludables**, se obtuvo que con respecto al consumo de **lácteos** se consumen con una frecuencia de 2 a 3 veces y 1 vez por semana, ambos en un 40% (n=2), un 80% (n=4) consume **huevo** 2 a 3 veces por semana. Observando el consumo de carne, el 100% (n=5) consume **carne roja** todos los días; un 60% (n=3) consume 2 a 3 veces por semana carne de **pollo**, por último; un 60% (n=3) consume 2 a 3 veces carne de **pescado**. En cuanto al consumo de **verduras, frutas y cereales**, el 60% (n=3) lo realiza 2 a 3 veces por semana. El consumo de **legumbres** es de 2 a 3 veces por semana para el 100% (n=5) de la muestra. En relación a las **grasas**, son consumidas en un 60% 2 a 3 veces por semana. La muestra refiere consumir 2 a 3 veces por semana o nunca **dulces**. Y el consumo de **gaseosas** es de 2 a 3 veces por semana en un 80% de la población. Los siguientes datos se encuentran en el grafico N°7.



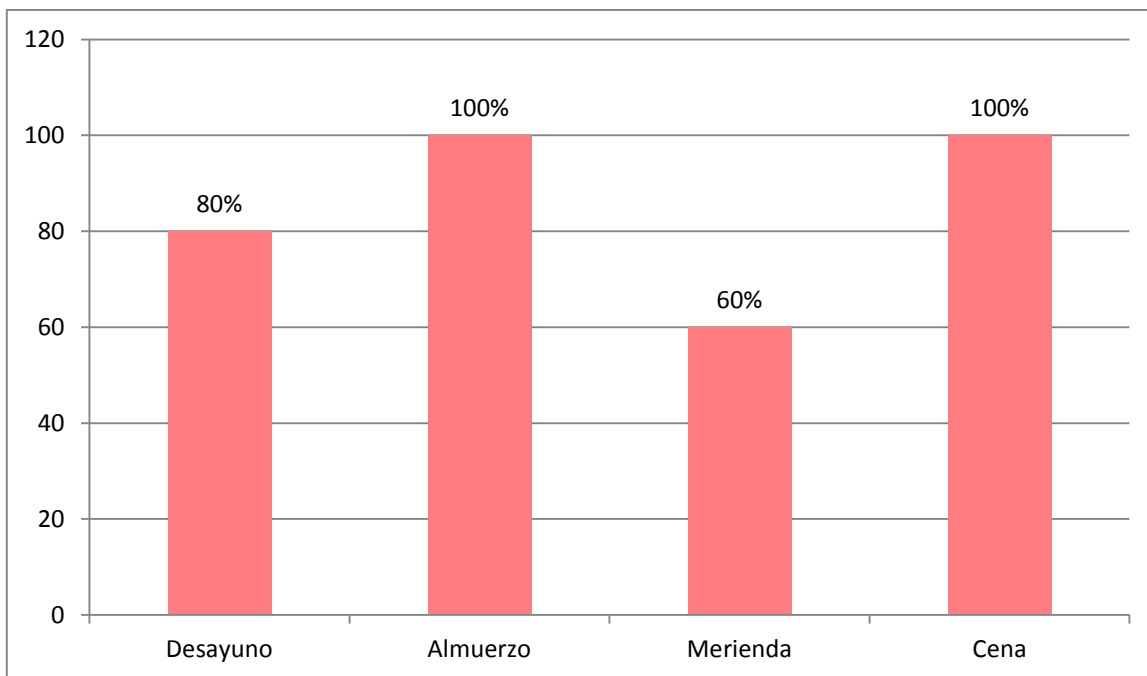
*Gráfico N°7: Distribución porcentual respecto a los hábitos alimentarios que se consideraron saludables, que presentan las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

Analizando aquellas encuestas que obtuvieron la calificación de **no saludables**, se observó que con respecto al consumo de **lácteos** la frecuencia es de un 47% (n=8) 1 vez por semana; con respecto al consumo de carne; un 35% (n=6) consume **carne roja** todos los días, un 47% (n=8) consume **pollo** 1 vez a la semana y un 64.7% (n=11) refiere que no consume **pescado**. En cuanto al consumo de **verduras** el 41.1% (n=7) consume 1 vez por semana, en el consumo de **frutas** un 35.2% (n=6) consume 1 vez por semana. Al analizar los **cereales**, un 52.9% (n=9) lo consume todos los días. Un 47% (n=8) refiere no consumir **legumbres**. Considerando los aspectos que se evaluaron como negativos, se encontró que un 64.7% (n=11) consume **grasas** todos los días; un 47% (n=8) consume **dulces** todos los días y 41.1% (n=7) ingiere **gaseosas** todos los días. Los siguientes datos se encuentran en el gráfico N°8.



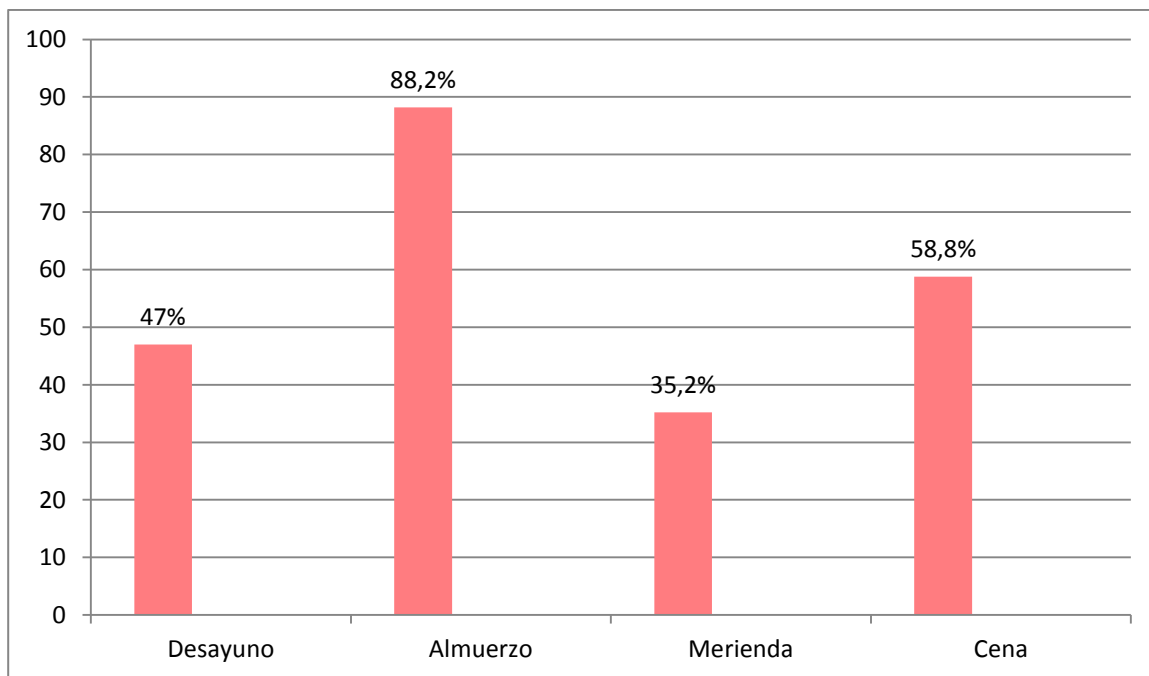
*Grafico N°8: Distribución porcentual respecto a los hábitos alimentarios que se consideraron no saludables, que presentan las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

*Con respecto al **número de comidas** que realizan durante el día, las encuestas que obtuvieron la calificación de **saludables**, arrojaron que el 100% (n=5) de la población realiza dos comidas por día; el almuerzo y la cena. Un 80% (n=8) además realiza el desayuno y un 60% (n=3) la merienda.*



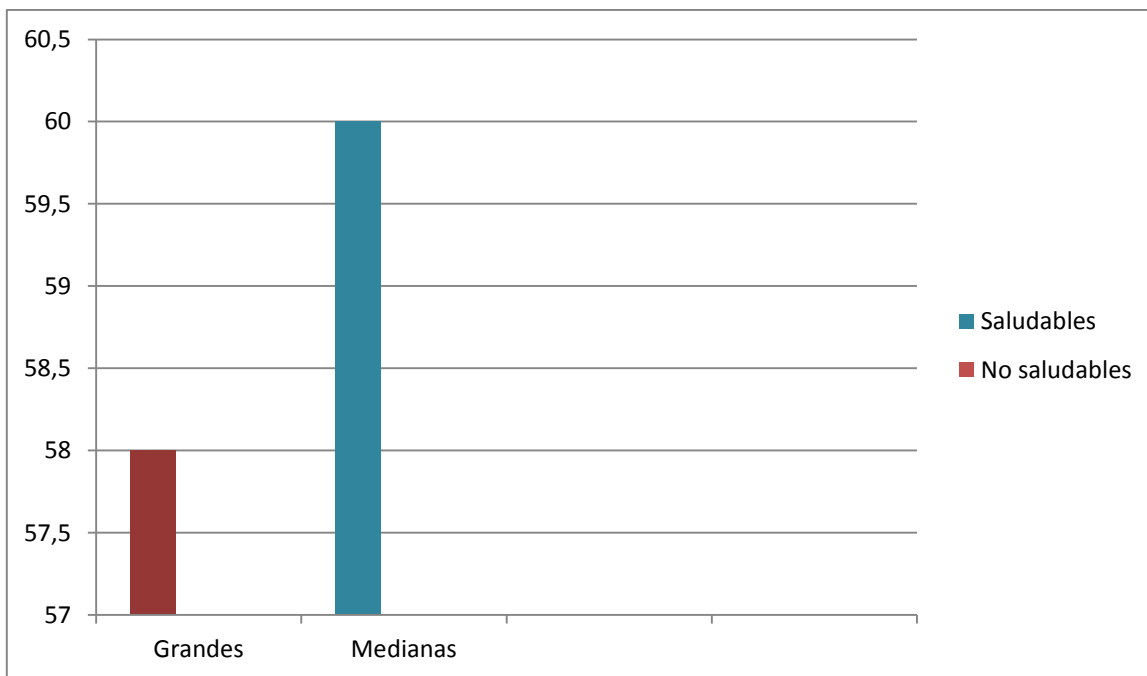
*Grafico N°9: Distribución porcentual de la cantidad de comidas que realizan en el día de las encuestas que obtuvieron la calificación de saludables, las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

En cuanto al **número de comidas** en el grupo considerado **no saludables**, el 47% (n=8) refiere desayunar todos los días, el 88.2% (n=15) de los encuestados consumen el almuerzo, el 35.2% (n=6) consumen la merienda todos los días y por último, el 58.8% (n=10) consumen además la cena. Los datos se expresan en el grafico N°8.



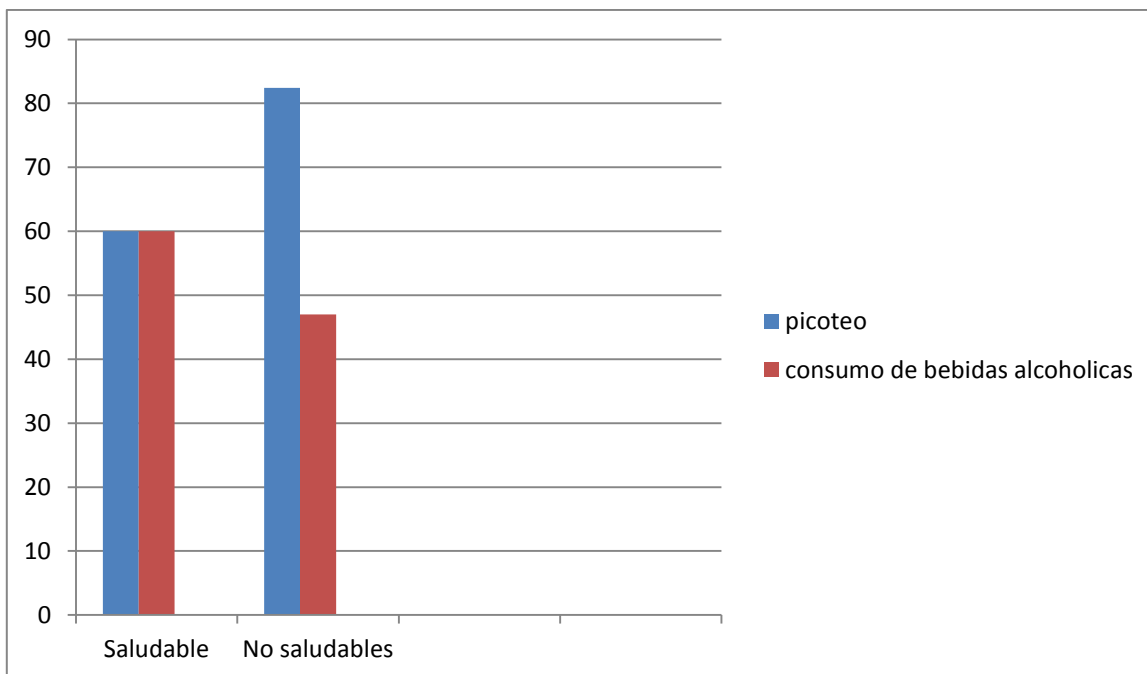
*Grafico N°10: Distribución porcentual de la cantidad de comidas que realizan en un día de las encuestas que obtuvieron la calificación de no saludables, las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

*Analizando el tamaño de las porciones de comidas de ambas calificaciones (saludables y no saludables), se obtuvo que en los hábitos considerados saludables las porciones de la muestra corresponden en un 60% a tamaño medianas, mientras que las consideradas no saludables predominó con un 58.8% las porciones de tamaño grandes. Los datos se encuentran en el grafico N°11.*



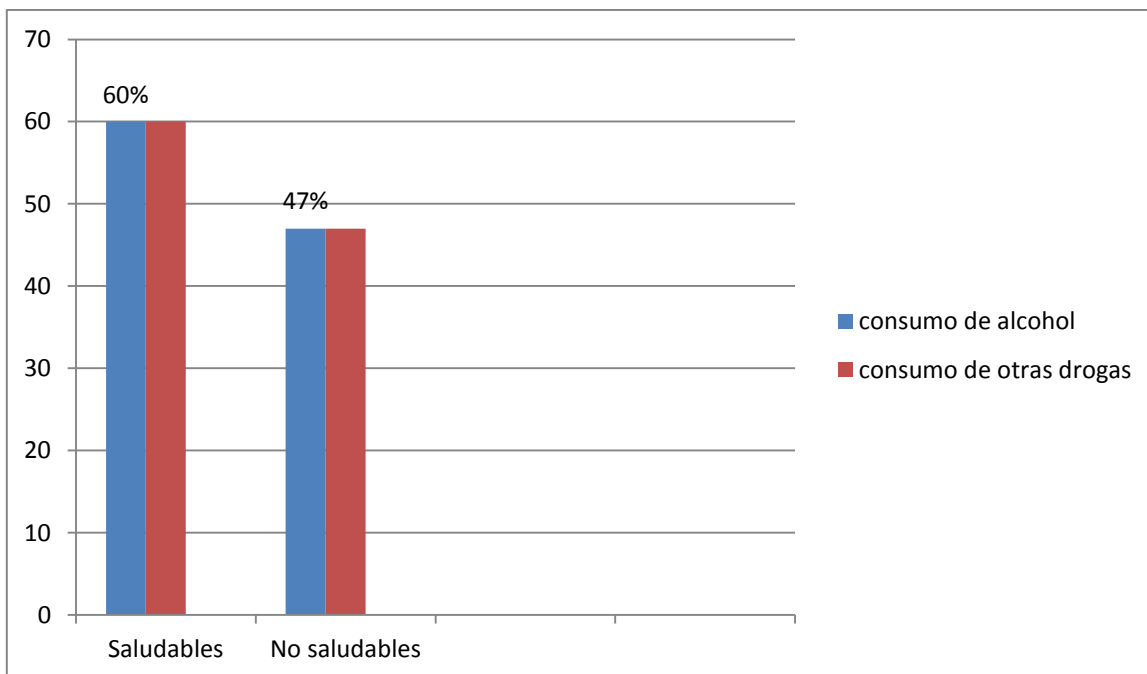
*Grafico N°11: Distribución porcentual correspondiente al tamaño de las porciones que consume las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanero Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

Se obtuvo además un registro de frecuencia en ambas calificaciones de **conductas** que podrían considerarse **poco favorables** como ser el **picoteo** y el **consumo de alcohol**, se obtuvo en aquellas encuestas consideradas saludables que un 60% (n=3) de personas consumen pequeñas cantidades de alimentos fuera de las comidas normales y un 60% (n=3) refiere consumir una vez a la semana bebidas alcohólicas. Por otro lado, en las encuestas consideradas no saludables, un 82.4% (n=14) practica el picoteo y un 47% (n=8) consume bebidas alcohólicas una vez a la semana. Los siguientes datos se pueden observar en el grafico N°12.

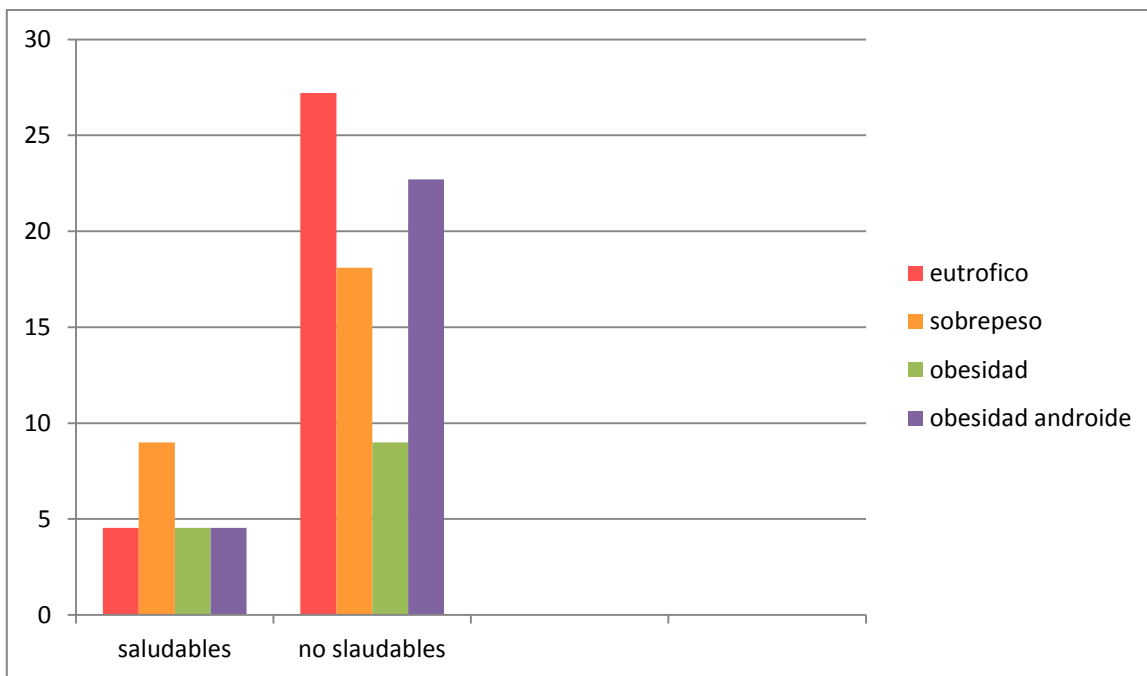


*Grafico N°12: Distribución porcentual de la presencia de conductas que podrían considerar poco favorables por parte de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

*Analizando el consumo de sustancias psicoactivas, como ser el alcohol y otras drogas se obtuvo que, con respecto a la parte de la muestra que presenta hábitos alimentarios saludables el 60% (n=3) consumo bebidas alcohólicas 1 vez por semana, mientras que las personas que presentan hábitos alimentarios no saludables, el consumo de alcohol se registra en un 47% 1 vez por semana. En cuanto al consumo de algún tipo de drogas, los pacientes de ambas calificaciones refirieron en su mayoría no consumir alguna sustancia psicoactiva como la cocaína, la marihuana, paco, etc.; con un porcentaje de 60% para hábitos saludables y un 47% para hábitos no saludables.*



Cuando se analizó la relación entre los **hábitos alimentarios** y el **estado nutricional** obteniendo que un 4.54% (n=1) presentan un estado nutricional normal y hábitos saludables, un 27.2% (n=6) estado nutricional normal y hábitos no saludables, un 9% (n=2) sobrepeso y hábitos saludables, un 18.1% (n=4) sobrepeso y hábitos no saludable, 4.54% (n=1) obesidad y hábitos saludables, 9% (n=2) obesidad y hábitos no saludables, 4.54% (n=1) presenta obesidad androide y hábitos saludables y por último, 22.7% (n=5) obesidad androide y hábitos no saludables. Con respecto al bajo peso y a la obesidad ginoide, al no haber registro de personas que lo presentan en el grafico N°13.



*Grafico N°13: distribución porcentual de la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en las personas que consumen paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte. Durante el periodo Noviembre – Diciembre, de 2014. San Miguel de Tucumán.*

## ***5.2 Análisis inferencial***

Los resultados obtenidos del análisis estadístico y puesta a prueba de las hipótesis de investigación planteadas en el presente trabajo se detallan a continuación.

**Hipótesis N°1 (H1):** El estado nutricional predominante en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio Costanera Norte de San Miguel de Tucumán es obesidad abdominovisceral.

**Hipótesis de nulidad (Ho):** Las personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio costanera Norte de San Miguel de la ciudad de Tucumán no presentan obesidad abdominovisceral.

**Variable:** Obesidad abdominovisceral/androide.

Estado nutricional	Fo	Fe	Fo - Fe	(Fo - Fe) <sup>2</sup>	(Fo - Fe) <sup>2</sup> / Fe
Normal	7	11	-4	16	1.45
Sobrepeso	6	11	-5	25	2.27
Obesidad	3	11	-8	64	5.81
Obesidad ginoide	0	11	-11	121	11
Obesidad Androide	6	11	-5	25	2.27
Total	22				22.8

**X<sup>2</sup> obtenido: 22.8**

**Nivel de confianza: 0.05**

**Grados de libertad: 4**

**X<sup>2</sup> teórico: 9.49**

Por ser el valor de X<sup>2</sup> obtenido mayor al valor de X<sup>2</sup> teórico, se rechaza la hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>) y se acepta la hipótesis de investigación (H<sub>1</sub>) propuesta.

Por lo tanto, se puede aceptar con un 95% de confianza, **que el estado nutricional predominante en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio Costanera Norte de San Miguel de Tucumán es obesidad abdominovisceral.**

**Hipótesis N°2 (H2):** los hábitos alimentarios se consideran prácticas no saludables.

**Hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>):** los hábitos alimentarios no se consideran prácticas no saludables.

**Variable:** Hábitos alimentarios.

Hábitos alimentarios	Fo	Fe	Fo - Fe	(Fo - Fe) <sup>2</sup>	(Fo - Fe) <sup>2</sup> / Fe
Saludables	5	11	-6	36	3.27
No saludables	17	11	6	36	3.27
Total	22				6.54

**X<sup>2</sup> obtenido: 6.54**

**Nivel de confianza: 0.05**

**Grados de libertad: 1**

**X<sup>2</sup> teórico: 3.84**

Por ser el valor de X<sup>2</sup> obtenido mayor al valor de X<sup>2</sup> teórico, se rechaza la hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>) y se acepta la hipótesis de investigación (H<sub>1</sub>) propuesta.

Por lo tanto, se puede aceptar con un 95% de confianza, que **los hábitos alimentos alimentarios se consideran prácticas no saludables.**

**Hipótesis N°3 (H<sub>3</sub>):** Existe relación entre hábitos alimentarios y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco.

**Hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>):** No existe diferencia significativa en la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco.

**Variable N°1:** Estado nutricional

**Variable N°2:** Hábitos alimentarios

Estado nutricional/ hábitos alimentarios	Fo	Fe	Fo - Fe	(Fo - Fe) <sup>2</sup>	(Fo - Fe) <sup>2</sup> / Fe
Normal/ saludable	1	1.59	-0.39	0.34	0.21

Normal/ no saludable	6	5.4	0.6	0.36	0.06
Sobrepeso/ saludable	2	1.36	0.64	0.4	0.29
Sobrepeso/ no saludable	4	4.63	-0.63	0.39	0.08
Obesidad/ saludable	1	0.68	0.32	0.1	0.14
Obesidad/no saludables	2	2.31	-0.31	0.09	0.03
Obesidad ginoide/ saludable	0	0	0	0	0
Obesidad ginoide/ no saludable	0	0	0	0	0
Obesidad androide/ saludable	1	1.36	-0.36	0.12	0.08
Obesidad androide/ no saludable	5	4.63	0.37	0.13	0.08
total	22				0.9

**X<sup>2</sup> obtenido: 0.9**

**Nivel de confianza: 0.05**

**Grado de libertad: 4**

**X<sup>2</sup> teórico: 9.49**

Por ser el valor de X<sup>2</sup> obtenido menor al valor de X<sup>2</sup> teórico, se acepta la hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>) y se rechaza la hipótesis de investigación (H<sub>1</sub>) propuesta.

Por lo tanto, se puede aceptar con un 95% de confianza, que **no existe diferencia significativa en la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco.**

## **Capítulo VI**

### **6. Conclusiones, discusión y proyecciones.**

#### **6.1 Conclusión**

Los objetivos de esta investigación fueron determinar el estado nutricional; indagar sobre los hábitos alimentarios e identificar si existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de las personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco, que pertenecen al Barrio Costanera Norte, durante el periodo Noviembre – Diciembre, San Miguel de Tucumán.

En circunstancias ideales las personas deben someterse a evaluaciones de su estado nutricional durante su ciclo vital y durante enfermedades. El objetivo principal es destacar el riesgo nutricional y aplicar técnicas específicas para precisar un plan de acción. Considerando que el estado nutricional es la situación de salud o bienestar que determina la nutrición de una o varias personas, y que se considera óptimo cuando los requerimientos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos, están adecuadamente cubierto por los nutrientes; y agregando a esto que el adulto comprende la edad en la que descansa de forma casi total la capacidad de producción y servicios y de la cual depende en su mayor parte los menores de edad y aquellos mayores de 60 años; y en vista de que en el último siglo ha incrementado la esperanza de vida; en el presente trabajo se utilizó la práctica antropométrica para evaluar el estado nutricional de estas personas. Se determinó a través de las mediciones de peso, talla y su combinación para dar lugar al Índice de Masa Corporal (IMC); además se obtuvieron las mediciones de circunferencia de cintura y de cadera, para determinar la distribución de la grasa corporal, que se combinaron para dar lugar al Índice de Cintura – Cadera (ICC). Los datos obtenidos por el IMC fueron comparados con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el estado nutricional; y el Índice Cintura – Cadera se comparó con los valores que interpretan a este índice según la Organización Mundial de la Salud. Ambas mediciones fueron combinadas para dar lugar al estado nutricional.

A partir del análisis descriptivo de los datos obtenidos, se determinó que en la muestra de personas que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco y pertenecen al Barrio Costanera Norte predomina en un 31.8 % el estado nutricional eutrófico o normal; además, un 27.7% presenta sobrepeso y otro 27.7%

presenta una obesidad tipo androide o abdominovisceral.

Los hábitos alimentarios se definen como un conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera en cómo se selección los alimentos hasta la forma en que se los consume y la frecuencia con la que se lo hace. La relación entre los hábitos alimentarios con la salud y la enfermedad han preocupado al hombre desde los orígenes de las primeras sociedades y culturas. Debido a esto se indago sobre los hábitos alimentarios de las personas que pertenecen a la muestra. Para ello se utilizó una encuesta alimentaria acerca de los conocimientos de hábitos alimentarios.

A partir del análisis descriptivo de los datos obtenidos se determinó que predomina en la muestra de estas personas en un 77.2% hábitos alimentarios que podrían considerarse no saludables.

A pesar de analizar el consumo de frecuencia de ambos grupos, se hará hincapié en los resultados obtenidos por parte del grupo que posee hábitos alimentarios no saludables. De los diferentes grupos de alimentos, se observó que con respecto al consumo de lácteos la frecuencia es de un 47% 1 vez por semana; con respecto al consumo de carne; un 35% consume carne roja todos los días, un 47% consume pollo 1 vez a la semana y un 64.7% refiere que no consume pescado. En cuanto al consumo de verduras el 41.1% consume 1 vez por semana, en el consumo de frutas un 35.2% consuma 1 vez por semana. Al analizar los cereales, un 52.9% lo consume todos los días. Un 47% refiere no consumir legumbres. Considerando los aspectos que se evaluaron como negativos, se encontró que un 64.7% consume grasas todos los días; un 47% consume dulces todos los días y 41.1% ingiere gaseosas todos los días. Los siguientes datos se encuentran en el grafico N°8.

La alimentación, en un estado relativamente avanzado en los drogadependientes; es irregular, escasa y desequilibrada, sin horarios fijos, basada en comida rápida tipo snack, fría, fuera de casa. En muchas ocasiones se realizan 1 o 2 comidas a los largo del día, lo que conduce a dietas hipocalóricas y se acentúa a su vez la anorexia agravándose el problema. Estas dietas hipocalóricas producen desnutrición y adelgazamiento con consecuente pérdida de masa muscular y de grasa subcutánea. Por esto, se indago otros aspectos dentro de los hábitos alimentarios, como ser el número de comidas que realiza durante el día, conductas poco favorables y el consumo de sustancias psicoactivas.

Con respecto al número de comidas que realizan durante el día, se determinó que un 47% no desayuna todos los días, solo un 35.2% refiere merendar todos los días y en cuanto a la cena, el 58.8% refiere cenar todos los días. Con respecto al

almuerzo, el 88.2% de las personas que presentan hábitos no saludables, refieren hacerlo todos los días.

En cuanto a las conductas que se podrían considerar poco favorables, se determinó que el 82.3%, de estas personas refiere consumir alimentos entre las comidas (picoteo) cuando se encuentran bajo de ánimos.

A cerca del consumo de sustancias psicoactivas, se observó que un 47% refiere consumir una vez a la semana bebidas alcoholicas (sidra, cerveza, vino, etc.) y un 47% refirió no consumir algún tipo de droga durante el tratamiento.

Se combinaron las variables de hábitos alimentarios y estado nutricional. Al analizar descriptivamente los datos se obtuvo que un 27.2% presenta un estado nutricional normal y hábitos alimentarios no saludables, un 22.7% obesidad androide o abdominovisceral y hábitos no saludables, 18.1% sobrepeso y hábitos no saludables, 9% obesidad (ICC=1) y hábitos alimentarios no saludables.

De acuerdo al análisis inferencial de los datos obtenidos para realizar la comprobación de la hipótesis de investigación N°1 *El estado nutricional predominante en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio Costanera Norte e la ciudad de San Miguel de Tucumán es obesidad abdominovisceral*, se acepta, con un 95% de confianza, la hipótesis de investigación *El estado nutricional predominante en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco perteneciente al Barrio Costanera Norte es obesidad abdominovisceral*.

Respecto al análisis inferencial de los datos obtenidos para realizar la comprobación de la hipótesis de investigación N°2 *Los hábitos alimentarios se consideran practicas no saludables*, se acepta, con un 95% de confianza, la hipótesis de investigación que afirma que *Los hábitos alimentarios se consideran practicas no saludables*.

Por último, de acuerdo al análisis inferencial de los datos obtenidos para realizar la comprobación la hipótesis de investigación N°3 *Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco*, se acepta, con un 95% de confianza, la hipótesis de nulidad que afirma que *no existe diferencia significativa en la relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en las persona que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco*.

Ante los resultado obtenidos por parte de la hipótesis de investigación N°3 se esgrimirán explicaciones alternativas del porque fue refutada.

En este caso podría deberse a la falta de franqueza por parte de las personas al responder las preguntas de la encuesta alimentaria sobre hábitos alimentarios, ya que la mayor cantidad de encuestados presenta practicas no saludables y en cuanto al estado nutricional la mayoría presentan un estado normal. Esto puede deberse a que los hábitos alimentarios de estas personas podrían estar influenciados por otros aspectos, como el consumo de sustancias psicoactivas, (47% consume bebidas alcohólicas). La ansiedad de consumo es frecuente en drogadictos, la abstinencia se caracteriza por cambios desadaptativos, de comportamiento, mentales, fisiológicos de los que hace parte el deseo incontrolable por la sustancia que los lleva a una ansiedad difícil de controlar. Para disminuir estos niveles de ansiedad o mejorar el estado de ánimo, los pacientes podrían recurrir a respuestas consumatorias (comer, beber, fumar). Al ser una de las respuestas consumatorias el comer, estas personas podrían estar consumiendo una mayor cantidad de alimentos que promueven la aparición de enfermedades metabólicas no solo por la falta de educación sobre alimentación sino por la necesidad de disminuir la ansiedad que provoca la omisión de la droga que consumía. Ante esta situación, puede afirmarse que la relación entre hábitos alimentarios y estado nutricional no se evidencia en este caso, porque los hábitos alimentarios además de verse influenciados por varios factores como en las personas en general, esta muestra posee particularidades de consumo, como sustancia psicoactivas y bebidas alcohólicas de forma periódica, lo que desprenden conductas consumatorias que promueven hábitos alimentarios poco saludables a pesar de poseer en su mayoría un estado nutricional eutrófico normal.

## **6.2 Discusión**

En la presente tesis se investigó los hábitos alimentarios y el estado nutricional de personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco en la ciudad de San Miguel de Tucumán.

La hipótesis N°1, la cual afirma que el estado nutricional que predomina en esta muestra es la obesidad abdominovisceral, coincide con lo encontrado en el trabajo final llamado *Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones*; llevado a cabo por Obermann, G.; Resnisky, J. y Zajarchuk, C.; donde los resultados obtenidos afirman que conforme se evoluciona en las etapas de tratamiento d rehabilitación de adicciones, se produce un aumento de peso acompañado de un incremento del riesgo cardiovascular. Esto puede deberse a la acumulación de grasa a nivel visceral, lo que refleja un aumento en la circunferencia de cintura.

Con respecto a la hipótesis N°2, donde afirma que los hábitos alimentarios se consideran practicas no saludables, coincide con lo expuesto por los autores Cortes, F.; Méndez, M. y Herrada, M.; en la investigación llamada *Estudio de hábitos de vida saludable en adultos chilenos*, un 75% de los encuestados considera que sus hábitos son saludables; sin embargo, 4 de cada 10 de estas personas presentan una incongruencia entre autopercepción y sus conductas, ya que sus hábitos de alimentación son poco a nada saludables. Cabe aclarar que en el presente trabajo no se midió la percepción de muestra con respecto a la consideración sobre sus hábitos de vida, pero podría ser una puerta abierta para una futura investigación.

Además se comparó la frecuencia de consumo de diversos grupos de alimentos con los obtenidos en el trabajo llamado *Hábitos alimentarios en opiáceos-dependientes incluidos en un Programa de mantenimiento con metadona*, realizado por Del Mar Verde Méndez, C; Díaz-Flores, J.F. y colaboradores. En el presente trabajo se encontró que el 35.2% refiere consume frutas solo una vez por semana y un 41.1% refiere consumir verduras una vez a la semana, mientras que en el estudio con el cual se compara registro un 38.5% de consumo de frutas semanalmente y un 55.8% de consumo de verduras no consume. De la población que se encuentra en rehabilitación solo el 47% refiere consumir lácteos una vez por semana; el cual se encuentra por debajo de la población opiáceo-dependiente, en donde el 78.8. % de los encuestados consume lácteos de forma diaria. El consumo de cereales registro un valor de 52.9%, mientras que en el estudio de los adictos a opiáceos es de 84.6, ambos de consumo diario. En cuanto al consumo de legumbres, un 47% refleja no consumir nunca este grupo de

alimento, el cual se contrapone con el estudio de comparación que refiere que el 46.2% de los encuestados consume legumbres de forma mensual. El consumo de pescado se encuentra en niveles muy bajos, en la investigación actual se encontró que el 64.7% refiere no consumir nunca este alimento, en cambio en la encuesta de consumidores de opiáceos el 42.3% consume de forma semanal el mismo alimento. En el presente trabajo de investigación se tomó como datos negativos el consumo de dulces y gaseosas, al igual que el de grasas. En cuanto al consumo de dulces se obtuvo que un 47% consume todos los días, lo cual es inferior al 73.5% que presenta la población opiáceo- dependientes para el mismo grupo de alimentos consumido todos los días; en cambio en el consumo de bebidas gaseosas, el nivel en los pacientes en rehabilitación fue menos al obtenido en el estudio de comparación; un 41.1% en comparación con un 48.1%, respectivamente. Se registró además que el consumo de alcohol en la población es de 47% de forma semanal, mientras que en los opiáceo- dependientes el 53.1% refiere consumir alcohol de forma diaria. Se observa que en la población que se encuentra en rehabilitación por consumo de PACO, existe un mayor consumo de pescado, cereales, verduras y menor consumo de alcohol, dulces y gaseosas.

Los resultados también fueron comparados con el trabajo llamado *Primer estudio sobre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la población adulta de Rosario, de Zapata, María Elisa*. En este se encontró que en cuanto a la recomendación de las guías alimentarias de realizar las cuatro comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena), en la población en rehabilitación se registró que solo el 35.2% cumple con esta recomendación mientras que en la población rosarina lo realiza el 69%. Lo que respecta a la frecuencia de consumo de los diferentes alimentos, en la población que se encuentra en rehabilitación se encontró que en cuanto al consumo de lácteos el 47% solo lo realiza una vez a la semana; mientras que en la población rosarina se obtuvo el 41%, donde ambos porcentajes no cumplen la recomendación de 2 porciones diarias de este grupo de alimento hecha por las guías alimentarias. En cuanto al consumo de verduras y frutas, las guías alimentarias recomiendan consumir a diario, un plato de verduras cocidas, un plato de verduras crudas, más dos de frutas. En los resultados de esta investigación se arroja el 41% consume verduras una vez a la semana mientras que en la población rosarina el 80% consume verduras 2 a 4 veces por semana; el consumo de frutas también es diferente; en la población en rehabilitación el 35.2% consume frutas una vez a la semana, mientras que en la población rosarina el 37% consume 1 a 2 porciones de fruta por día. El consumo de legumbres en el presente trabajo registra que un 47% de la población no consume nunca este alimento, lo cual supera a la población rosarina, donde solo el 33.3% no consume

legumbres. El consumo de pescado registra un 64.7% que no ingiere este alimentos por parte de los pacientes, en comparación con la población rosarina solo el 21% no consume este alimento. Las carnes rojas con consumidas en un 35% de la población en rehabilitación durante toda la semana (7 días), por el contrario, el mayor consumo de carne roja se da de 2 a 4 porciones por semana. Con respecto a los datos negativos, se encontró que el consume de dulces en la muestra de pacientes adictos es de un 47%, mientras que en la población rosarina el valor es del 32%; el consumo de gaseosas es de 41.1%, por el contrario los rosarinos refieren en un 42% no consumir nunca este alimento.

Con respecto a la hipótesis de investigación N°3: *Existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco*, deben hacerse algunas aclaraciones. En primero lugar no se encontró estudios que brinden información acerca de la relación entre esas dos variables, es por esto que no se puede comparar con algún antecedente.

En segundo lugar, ante los resultados obtenidos por parte de la hipótesis de investigación N°3 se esgrimirán explicaciones alternativas del porque fue refutada.

En este caso podría deberse a la falta de franqueza por parte de las personas al responder las preguntas de la encuesta alimentaria sobre hábitos alimentarios, ya que la mayor cantidad de encuestados presenta practicas no saludables y en cuanto al estado nutricional la mayoría presentan un estado normal. Esto puede deberse a que los hábitos alimentarios de estas personas podrían estar influenciados por otros aspectos, como el consumo de sustancias psicoactivas, (47% consume bebidas alcohólicas). La ansiedad de consumo es frecuente en drogadictos, la abstinencia se caracteriza por cambios desadaptativos, de comportamiento, mentales, fisiológicos de los que hace parte el deseo incontrolable por la sustancia que los lleva a una ansiedad difícil de controlar. Para disminuir estos niveles de ansiedad o mejorar el estado de ánimo, los pacientes podrían recurrir a respuestas consumatorias (comer, beber, fumar). Al ser una de las respuestas consumatorias el comer, estas personas podrían estar consumiendo una mayor cantidad de alimentos que promueven la aparición de enfermedades metabólicas no solo por la falta de educación sobre alimentación sino por la necesidad de disminuir la ansiedad que provoca la omisión de la droga que consumía. Ante esta situación, puede afirmarse que la relación entre hábitos alimentarios y estado nutricional no se evidencia en este caso, porque los hábitos alimentarios además de verse influenciados por varios factores como en las personas en general, esta muestra posee particularidades de consumo, como sustancia psicoactivas y bebidas alcohólicas de forma periódica, lo que

desprenden conductas consumatorias que promueven hábitos alimentarios poco saludables a pesar de poseer en su mayoría un estado nutricional eutrófico normal.

Por otro lado, la refutación de la hipótesis podría deberse a la falta de validez del instrumento utilizado para realizar la investigación, como así también a la falta de precisión en la confección de las preguntas que lo componen.

Además se debió contar con una población más grande para realizar el estudio, pero debido a la estigmatización del consumo de esta droga, el aislamiento personal y social que sufren estas personas, la dificultad para acceder a individuos que consuman PACO y la falta de constancia en el tratamiento por parte de los mismo, solo fue posible contar con la participación voluntaria de algunos pocos.

### **6.3 Proyecciones**

De acuerdo a las conclusiones y a la posterior confrontación de los resultados arrojados con los antecedentes propuestos, se propondrán como Licenciada en Nutrición diversas estrategias de abordaje de la problemática analizada.

El rol del licenciado en nutrición cobrara relevancia al ser de vital importancia su participación en un equipo multidisciplinario con otros profesionales de la salud dentro del grupo de rehabilitación, articulando tanto las redes internas (psicólogos, personas que concurren) como las externas (médicos, asistente sociales, familiares y la comunidad en general). Esto exige considerar al sujeto como un ser biopsicosocial, y contemplar la temática de la drogadicción teniendo en cuenta la mayor cantidad de aspectos posibles. El accionar se hallara dirigido al rol asistencial, de educador y de atención; es decir que no solo se llevara un seguimiento de la evolución del estado nutricional sino que también se realizara la promoción y la prevención mediante la educación, no solo de las practicas alimentaras sino también de las consecuencias en la salud con respecto al consumo de paco.

En busca de lo antes expuesto se desarrollaran talleres teóricos – prácticos tanto con los miembros del grupo de rehabilitación como las familias, en forma conjunta e individual, para concientizar la importancia de la presencia de la obesidad abdominovisceral en la comunidad, sus consecuencias, practicas alimentarias saludables; mediante charlas abiertas, afiches y folletos. Con respecto a las personas que se encuentran en rehabilitación se propondrá talleres prácticos grupales, donde los objetivos serán educar acerca de conceptos básicos sobre nutrición, promocionar hábitos alimentarios saludables, promover la formación de una huerta orgánica, concientizar sobre la problemática de la obesidad y sus consecuencias a mediano y largo plazo.

También se llevaran a cabo campañas de promoción y prevención mediante afiches y folletos, con diferentes niveles educativos que apunten a difundir estos conceptos a toda la comunidad, para generar concientización sobre hábitos alimentarios saludables y la aparición de obesidad.

Para lo antes expuesto, será necesario que el Licenciado en Nutrición realice un trabajo de investigación para poder conocer con mayor profundidad las características de la población y sus necesidades en esta temática, a fin de encausar su educación hacia las mismas.

Cabe tener en cuenta que el presente trabajo es limitado y provisorio como todo trabajo de investigación, pero a partir del mismo pueden abrirse puertas a futuras

investigaciones que traten sobre la temática expuesta incluyendo otros factores, como la situación socioeconómica, el nivel educativo, los ingresos per cápita en las familias, entre otros. Se recomienda además ampliar la muestra de estudio a otros grupos de rehabilitación, a fin de poder obtener mayor información, y reflejar la situación provincial en relación a la problemática estudiada.

## **Bibliografía**

- I. Arizaga, Maria Cecilia; Quiña, Guillermo. (2007). *Aspecto cualitativo del consumo de pasta base de cocaína*. SEDRONAR.
- II. Berdasco Gomez, A. (2002). Evaluacion del Estado Nutricional del Adulto mediante la Antropometria. *Revista Cubana de Alimentacion y Nutricion*.
- III. Casanueva, Estela. (2° edicion). *Nutricion en el adulto*. Mexico: Panamericana.
- IV. Del Mar Verde Mendez, C.; Diaz-Flores, J. F.; Sañudo, R.I., Rodriguez Rodriguez, E.; Diaz Romero, C. (2002). Habitos alimentarios en opiaceos-dependientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona. *Alimentacion, nutricion y salud*, 9(3), 61-68.
- V. El fracaso del control de drogas ilegales en Argentina. (2009). *Nueva Sociedad*.
- VI. Equipo de Intercambio; Garibotto Giorgina; Bicklman Tom. (2006). *El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el cono sur*.
- VII. Garibotto, G.; Calicchio, L.; Latorre, L.; Scarlatta, L. (2006). Mercado Pasta Base de Cocaína en Uruguay. Complejidad y prospectiva. .
- VIII. Gil Hernandez, A. (2010). *Tratado de Nutricion. Nutricion Humana en el Estado de Salud* (Vol. 3). Madrid: Segunda Editorial.
- IX. Girolami, D. H. (s.f.). Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal.
- X. Gomez, A. B. (2002). Evaluacion de estado nutricional del adulto

mediante antropometria. *Revista cubana de alimentacion y nutricion.*

XI. Ibañez, Edgar; Thomas, Yeily, Bicenty, Angela. (2008). Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá, Colombia. *Publicación científica en ciencias biomedicas.*

XII. Kristal, G. (2013). Estado nutricional y rendimiento escolar en alumnos. Escuela Rincon del Este.

XIII. Miguez, H. A. (2007). El uso de paco y la segunda exclusión.

XIV. Muzzio, Estela; Rajput, Shaili; Naveira, Jorge. (Septiembre de 2010). Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Salud Publica, 1(4).*

XV. Obermann, Gustavo; Resnisky, Jesica; Zajarchuk, Carolina. (2008). Evaluación del estado nutricional antropométrico en pacientes en tratamiento de adicciones en la Fundación Programa San Carlos.

XVI. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. (2013). *Pasta Basica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos.* Miraflores, Lima. Perú.

XVII. Organización Mundial de la Salud. (1969). *Comite de Expertos de la OMS en Rehabilitación Medica.*

XVIII. Organización Mundial de la Salud. (1988). *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de la cocaína.* Ginebra.

XIX. Real Academia Española. (2002).

XX. Sain, M. F. (julio- agosto de 2009). El fracaso del control de las drogas ilegales en Argentina. *Nueva Sociedad.*

- XXI. Serra Majem, L.; Aranceta Bartrina, J. (2004). *Nutricion y Salud Publica* (2 ed.). Masson.
- XXII. Vindel-Cano, Antonio; Tobal, Juan J.; Gonzalez, Hector; Iruarrizaga, Iciar. (1994). *El afrontamiento de la ansiedad en las drogasdependencias*. Madrid.

# Anexo

## **Anexo N°1**

### Consentimiento informado

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE en este trabajo de investigación, conducido por Noelia Cecilia Patanchon. He sido informado/a que los fines de este trabajo son:

- Determinar el estado nutricional en personas de 18 a 35 años que se encuentran en rehabilitación por consumo de paco en la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- Indagar sobre los hábitos alimentarios de esta población.
- Identificar si existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional durante la rehabilitación por consumo de esta droga.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y exclusiva para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar con la Srita. Noelia Patanchon en los números telefónicos: 0385 – 154174097.

Fecha:...../...../.....

Apellido y nombre de la participante:

.....

Firma:.....

## Anexo N°2

### Conocimientos de hábitos alimentarios

#### Encuesta alimentaria

- Esta encuesta es realizada con el fin de aportar datos precisos acerca de los hábitos alimentarios de los pacientes que la contesten, y así determinar si dichos hábitos son los adecuados para evitar contraer algún tipo de trastorno.

Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

**Marque con una cruz la respuesta correcta**

1. ¿Desayuna? Si  No  A veces

2. ¿almuerza? Si  No  A veces

3. ¿Merienda? Si  No  A veces

4. ¿cena? Si  No  A veces

5. Frecuencia de consumo de carne

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

6. Frecuencia de consumo de pollo

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                      Nunca

7. Frecuencia de consumo de pescado

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                       Nunca

8. Come carnes a la plancha o al horno

Si  No  A veces

9. Frecuencia de consumo de frutas

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                       Nunca

10. Frecuencia de consumo de verduras o ensaladas

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                       Nunca

11. Frecuencia de consumo de cereales (pan, fideos, arroz, etc.)

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                       Nunca

12. Frecuencia de consumo de lácteos, yogur y quesos

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana                       Nunca

13. Los lácteos, yogures o quesos, ¿son descremados?

Todos los días                       Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana

Nunca

14. Frecuencia de consumo de aceites y grasas (aceite, margarina, manteca)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

15. ¿Consumo de dulces? (azúcar, miel, golosinas)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

16. Frecuencia de consumo de huevo

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

17. Frecuencia de consumo de legumbres (lentejas, arvejas, porotos, soja, lenteja, garbanzo)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

18. Frecuencia de consumo de gaseosas

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

19. ¿Bebe 5 vasos de agua por día?

Si

No

20. Picoteo (comer poco de algún alimento) si estoy bajo/a de ánimo

Si  No  A veces

21. ¿Cuándo estoy aburrido me da hambre?

Si  No  A veces

22. ¿Quién prepara la comida en mi casa?

Mama  Hermana/o  Papa  Yo  Otros

23. ¿El tamaño de las porciones son?

Grandes  Medianas  Pequeñas

24. Tomo bebida de baja graduación alcohólica (cerveza, vino, etc.)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

25. Tomo bebida de alta graduación alcohólica (licores, ginebra, whisky, etc.)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca

26. ¿consumo algún tipo de droga? (cocaína, paco, marihuana, etc.)

Todos los días  Una vez a la semana

2 a 3 veces por semana  Nunca