



Estudiantes universitarios en proceso de rehabilitación de las drogas y su estado nutricional

University students in the drug rehabilitation process and their nutritional status

Delia Crespo Antepara | delia.crespoa@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-5287-5074>
Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

Lenin Mendieta Toledo | lenin.mendietat@ug.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-8385-898X>
Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

Recibido en abril 2021 | Arbitrado en mayo 2021 | Aceptado en junio, 2021 | Publicado en julio 2021

Resumen

Palabras clave:

Estudiantes universitarios;
rehabilitación ambulatoria;
drogas; estado nutricional

El objetivo fue determinar la relación de la rehabilitación por el consumo de drogas y el estado nutricional en estudiantes universitarios en la ciudad de Guayaquil. Fue un estudio cuantitativo, con un diseño no experimental de corte transversal, descriptivo y correlacional. Los resultados fueron: los infra peso disminuyeron del 64% al 4%; incremento en los normo peso del 36% al 44%; incrementó sobre peso del 44%; y aumento en la obesidad del 8%; el 64% presentó bajo riesgo cardiovascular, el 28% presentó elevado riesgo cardiovascular; y, el 8% muy elevado riesgo; el 60% realizaba tres ingestas diarias; el 24% dos comidas al día; el 16% más de tres veces; la media de hemoglobina, proteínas totales y albumina fueron 10,56; 5,7; 2,8 al ingresar al programa y 14,26; 7,3; 4,3 después, se evidenció mejoría y corrección de indicadores bioquímicos del estado nutricional. Antes eran deficientes y al terminar el programa estaban normales. Se concluye que un programa ambulatorio de rehabilitación en estudiantes universitarios más nutrición equilibrada mejora su estado de salud.

Abstract

Keywords:

University students;
outpatient rehabilitation;
drugs; nutritional status

The objective of this study was to determine the relationship between drug use rehabilitation and nutritional status in university students in the city of Guayaquil. The observation technique, anthropometric records, and laboratory blood tests were carried out. The results were: the underweight decreased from 64% to 4%; increase in average weight from 36% to 44%; increased overweight of 44%; and an increase in obesity of 8%. Furthermore, 64% presented a low cardiovascular risk, 28% showed high cardiovascular risk; and 8% very high risk; 60% had three daily intakes; 24% two meals a day; 16% more than three times; the mean of hemoglobin, total gains, and albumin were 10.56; 5.7; 2.8 upon entering the program and 14.26; 7.3; 4.3 later. An improvement and correction of biochemical indicators of nutritional status were evidenced. Before this program, these indicators were deficient, and at the end of this intervention, they were normal. It is concluded that an outpatient rehabilitation program for college students and balanced nutrition improve their health.

INTRODUCCIÓN

El estado de adicción a sustancias psicotrópicas del sujeto trae como una de sus consecuencias el deterioro en el estilo de vida de las personas, dentro de estas se encuentra la disminución del peso corporal y pérdida progresiva del bienestar nutricional (Kábrt, Wilczek, Svobodová, Haluzík, & Kotrlíková, 1999), la cual depende del contenido de nutrientes en los alimentos ingeridos. La ingesta de alimentos saludables está en relación con factores de edad, sexo, masa corporal, actividad física, crecimiento, embarazo, lactancia, infecciones y eficacia de la utilización de los nutrientes Figueroa (2004).

Por otro lado, las adicciones son definidas por la Organización Mundial de la Salud como:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (OMS, 1994, p. 13)

Las adicciones son un tipo de enfermedad de carácter multifactorial en donde la vulnerabilidad psicológica, las anormalidades bioquímicas, la genética y el condicionamiento ambiental, produce trastornos de la conducta humana como depresión, agresión, orientación sexual, obesidad, infidelidad, esquizofrenia y adicción. Matus Ortega, Calva Nieves, Flores Zamora, Leff Gelman, & Antón Palma (2012) argumentan que existe influencia genética en los trastornos psiquiátricos y esta es debida al conjunto de acciones de los grupos de genes, los cuales de

forma individual causarían daños insignificantes en las alteraciones conductuales, sin embargo, la presencia de estos en grupos y la suma de factores medioambientales y sociales, son las causantes de una amplia gama de perturbaciones conductuales en el humano (p. 130).

En cuanto a la ingesta de calorías para la producción de energía, existen evidencias científicas que señalan que el consumo de sustancias psicotrópicas puede afectar la calidad nutricional de las comidas que se ingiere. Entre los factores para una desnutrición proteica-calórica, está la mala alimentación la cual se traduce en deficiencias nutricionales, que a su vez afectan las funciones orgánicas, luego, la prevalencia de la mala nutrición, índice en los índices nutricionales y en la educación del individuo (Nazrul Islam, Jahangir Hossain, Ahmed, & Ahsan, 2007). Los índices metabólicos producen trastornos nutricionales y metabólicos por lo que es necesario, la implementación de una dieta individualizada según las realidades del sujeto (Ross, Wilson, Banks, Rezannah, & Daghli, 2012). Para abreviar, el consumo de estupefacientes trae consigo cambio en los estilos de vida por las alteraciones de los patrones en la ingesta y con ello modificaciones en negativo del estado nutricional (Márquez, y otros, 2001).

Los datos son muy llamativos a nivel global, 275 millones de personas en todo el mundo (5,6%) de entre 15 a 64 años consumió drogas al menos una vez en 2016. Desagregando datos, en 2016 unos 192 millones de personas consumieron marihuana al menos una vez en el último año lo que equivale a un aumento del 16% en relación con el año 2015, de estos, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años consumieron esta sustancia en 2015 en todo el mundo (5,6%), en EEUU el consumo de opioides con fines no médicos ha adquirido la dimensión de epidemia (UNODC, 2018). En ese país, el consumo de estupefacientes es alarmante y va en aumento, así, en el 2002, 21'465.517 (8.3%) de niños a partir de los doce años comienzan

a ingerir estas sustancias, o ingieren analgésicos, estimulantes o tranquilizantes; en el 2011 la cifra aumentó a 22.5 millones (8.7%), siendo la marihuana, la sustancia que más consumen. Otro dato que tomar en cuenta es que, los mayores índices de consumo se dan en los últimos años de la adolescencia de los jóvenes hasta los veintitantos años (Lorca, 2016).

En Latinoamérica, la situación es similar, los países con prevalencia del último mes de consumo de alcohol en la población general por país, ordenado por subregión son: Argentina, Uruguay y Estados Unidos en consumo de alcohol, siendo los hombres los que más consumen y el grupo etario de entre 18-34 los más habituales, los universitarios ecuatorianos están en cuarto lugar en el consumo de alcohol en la región por detrás de Colombia, Brasil y Uruguay; en cuanto al tabaco, la prevalencia del último mes de consumo en la población general, por país, ordenado por subregión es en orden ascendente la siguiente, Venezuela, Argentina, Uruguay y Chile, siendo los varones los que más fuman, las edades comprendidas entre 18 a 34 años su más alto porcentaje. Los estudiantes universitarios que más consumen tabaco están en los países de Colombia, Ecuador, Brasil y Uruguay en orden ascendente; el consumo de marihuana se da en mayor porcentaje en EEUU, Canadá, Chile y Jamaica en orden ascendente, los hombres consumen más que las mujeres y el grupo etario que más lo hace es el mismo de los otros análisis, Ecuador, Brasil, Colombia y Uruguay son los países con mayor consumo de marihuana en estudiantes universitarios en orden ascendente, siendo los hombres los que más lo hacen (OEA/CIDAC, 2019)

El consumo de sustancias psicotrópicas en los estudiantes de las universidades del Ecuador es un secreto a voces, la práctica habitual de consumir sustancias psicotrópicas se disparó con la resolución del Consejo Directivo del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) quienes a su vez, basados

en el informe del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) estableció una tabla de cantidades máximas admisibles para la tenencia y consumo de drogas de una persona en el país. Esta tabla señala que se puede portar las siguientes cantidades de drogas sin que esto constituyese delito alguno: 10 gramos de marihuana, 2 gramos de pasta base de cocaína, 1 gramo de clorhidrato de cocaína, 0,1 gramos de heroína, 0,015 de MDA-N.etil-a meta-3,4-metilendioxfenetilamina, 0,015 de MDMA-N-a-dimetil-3,4-metilendioxfenetilamina (éxtasis) y 0,040 de anfetaminas. (El Telégrafo, 2013). Todo esto generó que, en Ecuador, transite libremente la droga en manos de micro expendedores sí que sean sancionados, esto solapado por la misma constitución del Ecuador, la cual en su artículo 365 reza de la siguiente manera:

Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos... (Asamblea Nacional, 2008, p. 106)

Este consumo de drogas entre los estudiantes universitarios se vio solapado por este artículo 364, más aún en su parte pertinente que enfatiza "...En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales". Según los estudios realizados en la Universidad Central de Ecuador, las sustancias más populares entre los estudiantes están, el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, siendo las más populares las dos primeras (Espinosa Cueva, 2018).

Existen estudiantes de universidades de Guayaquil que se encuentran en tratamiento para dejar de consumir estas sustancias, se realizó un acercamiento a un centro de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, quienes señalaron que existen dos formas de tartar a sus pacientes, la primera es con internamiento de los mismos y la segunda son los tratamientos ambulatorios, estos últimos se producen dos veces por semanas en terapias de reuniones en donde los pacientes internos y externos, comentan acerca de sus adicciones, lo que les motivó a ello, situaciones dolorosas que permiten comprender que este es un problema de salud y que el ser humano tiene que aprender a cuidar, acompañar desde una ética de la compasión hacia los enfermos, resguardar a la persona que padece esta enfermedad como si de cualquier otra enfermedad se tratase (Poch & Vicente, 2010). En este centro, nos comenta su director, el señor Valenzuela que es habitual ver como reingresan una y otra vez los pacientes que fueron dados de alta y esto se debe al escaso acompañamiento que realizan sus familiares una vez que salen del centro.

Existe una relación directamente proporcional entre una dieta balanceada y las recaídas en el consumo de las drogas, una buena ingesta es coadyuvante a la mejoría en los estados de ánimo en el paciente consumidor (Lobatón, 2014), mientras que el consumo afecta los hábitos alimenticios, esto se traduce en el consumo de “energía vacía”, de comida chatarra que poseen deficiencia en nutrientes y por ende, deficiencia de micronutrientes (Viña & Herrero, 2004).

Es por ello por lo que, es preciso comprender como inciden la ingesta alimenticia equilibrada y sin excesos de macronutrientes, los hidratos de carbono son fuente de energía sin los cuales se produce perturbación de los neurotransmisores y con ella, frustración, ansiedad y antojos. Los azúcares coadyuvan en la producción de serotonina y este es estimulante del humor, mejora el sueño y controla

los antojos (Domínguez, Holguín, & Guerrero, 2015).

El objetivo de la investigación fue determinar la relación de la rehabilitación por el consumo de drogas y el estado nutricional en estudiantes universitarios en la ciudad de Guayaquil, a través de la medición por parámetros antropométricos y bioquímicos en varones en la fase final de internamiento en un centro de rehabilitación de la ciudad de Guayaquil en el año 2018 (omitimos el nombre del centro y se omitirán los nombres de los pacientes, acogiéndonos a los principios éticos de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017); (OMS, 2020).

MÉTODO

El estudio fue cuantitativo con un diseño no experimental de corte transversal, descriptivo y correlacional (Corbetta, 2007). La muestra fueron 25 varones, estudiantes de universitarios de Guayaquil con antecedentes de consumo de estupefacientes, fue un grupo etario de entre 18 a 23 años en el periodo octubre 2019 a febrero de 2020, los mismos participan del programa integral de narcóticos anónimos (NAA) en un centro de rehabilitación de la ciudad de Guayaquil, al mismo que asistían dos veces por semana en dos subgrupos, 13 los martes y jueves, 12 los miércoles y viernes.

Se utilizó la técnica de la observación directa (Taylor & Bodgan, 1987), sin intromisión a las terapias. Otros instrumentos de investigación fueron datos antropométricos, un cuestionario administrado por el entrevistador y muestras de sangre. Se establecieron criterios de inclusión, estudiantes matriculados en ese semestre en una de las universidades de la ciudad, buen estado de salud al momento de participar en el estudio, no activos en el consumo de sustancias psicotrópicas, acudiendo al menos 6 meses a las terapias ambulatorias.

Se midió la altura y peso; edad, estado civil, tamaño de la familia, para nuestros registros internos se obtuvo información socioeconómica y ocupación. El tipo de drogas consumido y el período de adicción.

Incluye, información antropométrica, historia de ingesta dietética, recordatorio de 24 horas, hábito alimenticio, frecuencia de consumo por grupo de alimentos. Se realizó un consentimiento informado por escrito (Vera Carrasco, 2016) y se registró la información en el cuestionario. Se mantuvo la privacidad de los sujetos que participaron del

estudio y de la clínica (OMS, 2020). Se midió y pesó a los participantes, las muestras de sangre fueron tomadas por personal externo al estudio en el lugar de las terapias y analizadas en laboratorio clínico de la ciudad de Guayaquil, se tomaron valores de proteína sérica total y la albúmina para determinar estado nutricional.

RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

Variable	Media \pm DE	Mín. – Máx.
Edad (años)	21 \pm 2	18 – 23
Talla (cm)	168,42 \pm 6,53	154,50 – 179,50
Peso al ingreso a la terapia (kg)	47 \pm 5,98	32 – 58
Peso al cerrar el estudio (kg)	73,08 \pm 12,69	43,8 – 105,06
IMC al ingreso a la terapia (kg/m ²)	16,78 \pm 2,34	11,47 – 20,42
IMC al cerrar el estudio (kg/m ²)	25,70 \pm 3,79	16,02 – 35,07
Tiempo de haber consumido drogas (años)	5,17 \pm 4,1	1 – 5
Tiempo de terapia ambulatoria (años)	1,5 \pm 0,48	1 – 2,7

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Según los resultados obtenidos, De los 25 pacientes en terapia ambulatoria, las edades comprendidas fluctúan entre los 18 a 23 años; a media de la edad de 23 \pm 2 años; la media de la altura fue de 168,42 \pm 6,53 cm; respectivamente; el peso al ingresar a las terapias tuvo una media de 47 \pm 5,98 kg

y el peso al cerrar el estudio fue de 73,08 \pm 12,69 kg. así también el IMC al ingreso tuvo un promedio de 16,78 \pm 2,34 y al finalizar el estudio fue de 25,70 \pm 3,79 kg / m², respectivamente. Por último, el tiempo de asistencia a las terapias de cada paciente varía entre 1 y 2 años con 7 meses.

Tabla 2. Estado nutricional al ingreso al programa de terapias

Categoría	Número de personas	Porcentaje
Infra peso	16	64%
Normal	9	36%
Sobre peso	0	0%
Obesidad	0	0%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

La muestra sujeta presentó un infra peso del 64% al ingreso al programa, mientras que el 36% fue normo peso.

Tabla 3. Estado nutricional actual en base a índice de masa corporal (IMC)

Categoría	Resultado	Porcentaje
Obesidad	2	8%
Sobrepeso	11	44%
Normo peso	11	44%
Infra peso	1	4%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Los resultados mostraron que el 44 % de los participantes tenían sobre peso; en igual porcentaje normo peso, el 8% presentaron obesidad y el 4% infra peso.

Tabla 4. Comparación del peso al entrar en las terapias ambulatorias con el peso actual

Categoría	Antes	Después
Obesidad	0%	8%
Sobrepeso	0%	44%
Normo peso	36%	44%
Infra peso	64%	4%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El infra peso disminuyó del 64% al 4%; el normo peso subió del 36% al 44%; se presentó un incremento alarmante de sobre peso del 44%; y, un aumento en la obesidad del 8%.

Tabla 5. Riesgo cardiovascular (índice cintura cadera)

Categoría	Número de personas	Porcentaje
Bajo	16,00	64%
Elevado	7,00	28%
Muy elevado	2,00	8%
Infra peso	64%	4%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Según el índice de cintura cadera, el 64% presentó bajo riesgo cardiovascular, el 28% presentó elevado riesgo cardiovascular; y, el 8% muy elevado riesgo (obesos).

Tabla 6. Tipo de drogas consumidas antes de someterse a las terapias

Categoría	Número de personas	Porcentaje
Cocaína	7	28%
Marihuana	2	8%
Heroína	4	16%
Heroína, cocaína	4	16%
Marihuana, cocaína	6	24%
Heroína, marihuana, cocaína	2	8%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Del total de participantes el 28% consumía cocaína, seguido del 24% que consumían marihuana y cocaína, también encontramos que el 16% prefería consumir heroína o en combinación con heroína, el 8% restante consumía los 3 tipos de drogas más comunes.

Tabla 7. Distribución de ingestas diarias

Categoría	Número de personas	Porcentaje
1 vez	0	0%
2 veces	6	24%
3 veces	15	6%
> 3 veces	4	16%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 60% realiza tres ingestas diarias; el 24% aseguró ingerir dos comidas al día; el 16% más de tres veces.

Tabla 8. Consumo diario de leche

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	14	56%
2 veces	7	28%
3 veces	3	12%
>3 veces	1	4%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Se observó que el 56% consumen leche una vez al día; el 28% dos veces al día; un 12% tres veces al día; y, el 4% aseguró consumir más de tres veces al día.

Tabla 9. Consumo diario de carnes

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	3	12%
2 veces	7	28%
3 veces	13	52%
>3 veces	2	8%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 52% consume carnes hasta tres veces al día; el 28% lo hace dos veces al día; 12% una vez al día; y, el 8% en más de tres ocasiones.

Tabla 10. Consumo diario de vegetales

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	16	64%
2 veces	6	24%
3 veces	3	12%
>3 veces	0	0%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 64% declaró consumir una vez al día vegetales; el 24% lo hace dos veces al día; y, el 12% tres veces al día.

Tabla 11. Consumo diario de cereales

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	2	8%
2 veces	10	40%
3 veces	10	40%
>3 veces	3	12%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 40% aseguró consumir hasta tres veces al día los cereales, en igual porcentaje consumen dos veces al día; el 12% aseguró consumir cereales más de tres veces al día; y, el 8% una vez al día.

Tabla 12. Consumo diario de frutas

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
No consume	8	32%
1 vez	15	60%
2 veces	2	8%
3 veces	0	0%
>3 veces	0	0%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 32% refirieron no consumir ningún tipo de frutas, el 60% consume una vez al día (en forma de jugo o mermeladas).

Tabla 13. Frecuencia de consumo grasas y aceites

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	3	12%
2 veces	6	24%
3 veces	12	48%
>3 veces	4	16%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

El 48% consume grasas y aceites 3 veces al día (snacks); el 16% consume grasas más de 3 veces al día; todos prefieren las frituras

Tabla 14. Consumo diario de azúcares

Frecuencia	Número de personas	Porcentaje
1 vez	2	12%
2 veces	6	24%
3 veces	14	48%
>3 veces	3	16%

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Un 56% consumen azúcar 3 veces al día, el 24% 2 veces al día por general en el desayuno y “snacks”. El 12% consumen más de 3 veces al día. En su mayoría consumen carbohidratos simples.

Tabla 15. Comparación del valor de kilocalorías esperado vs el observado

Pacientes	Valor esperado	Valor observado
1	2621	2500
2	2723	2500
3	2827	2500
4	2434	2600
5	2912	3000
6	2197	1500
7	2193	2500
8	2096	2500
9	2253	2500
10	2111	2800
11	2635	3000
12	2760	2500
13	2373	2500
14	2511	2500
15	2389	2500
16	2077	2600
17	2599	2500
18	2781	2500
19	2595	2500
20	2603	2600
21	2073	3000
22	2350	2600
23	2884	3000
24	2923	3000
25	2345	3000

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e interpretación

Se calculó la tasa metabólica basal y se multiplicó por 1,5 por factor actividad física moderada, dentro del programa, la institución incluye esta actividad en sus terapias ambulatorias, la realización de 1 hora diaria de ejercicio por sesión, se consideró un factor de actividad ligera y se multiplicó la Tasa de Metabolismo Basal (TMB) por 1,2. Esto genera como resultado la ingesta diaria recomendada esperada vs la observada que se calculó en cada uno de los pacientes por medio de recordatorio de 24 horas.

Los casos en los que el valor observado no alcanza ni supera el valor esperado se debe a que los pacientes refirieron no consumir en su totalidad la dieta recomendada por los nutricionistas de la institución (participantes diagnosticados con déficit de peso). En contraste los que superan el valor esperado refieren consumir alimentos que no fueron recomendables como saludables (incremento del total de calorías consumidas, se encuentran con sobrepeso u obesidad).

Tabla 15. Comparación del valor de kilocalorías esperado vs el observado

Parámetro	Ingreso		Actualidad	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Parámetro	10,568	2,99	14,268	0,7
Proteínas totales	5,768	1,86	7,312	1,9
Albumina	2,812	1,48	4,356	0,49

Fuente: Datos obtenidos en la evaluación antropométrica a pacientes

Análisis e Análisis e interpretación:

Se realizó el cálculo de la media de hemoglobina, proteínas totales y albumina, los resultados fueron 10,56; 5,7; 2,8 al ingresar al programa y 14,26; 7,3; 4,3 en la actualidad, se evidenció mejoría y corrección de indicadores bioquímicos del estado nutricional. Antes eran deficientes y al terminar el programa estaban normales.

CONCLUSIONES

Se concluye que aquellos pacientes que siguieron las recomendaciones brindadas por los nutricionistas de la institución mejoran sustancialmente su estado nutricional. En cuanto a los pacientes que mostraron sobre peso u obesidad, se infiere que fue debido a los desórdenes y abusos alimenticios de los mismos. Se observó que aquellos participantes que, al iniciar el programa ambulatorio de rehabilitación y nutrición, mejoraron en su déficit del peso a excepción de uno de ellos.

La evidencia científica del estudio revela datos esperanzadores de mejora de la condición nutricional de los estudiantes que se sometieron a programas de rehabilitación ambulatoria con recomendaciones nutricionales individuales, aquellos estudiantes que hicieron caso omiso a las sugerencias de los especialistas pueden suprimir el apetito y perturbar la regulación metabólica y neuroendocrina, lo que conduce a un consumo inadecuado de calorías y el deterioro en el procesamiento de nutrientes.

El programa de rehabilitación ambulatorio implementado para estudiantes universitarios

de Guayaquil (normas éticas de Helsinki, guardar la identidad) provocó aumento de peso, la dieta saludable es factor coadyuvante en el proceso de rehabilitación de los pacientes, esto favoreció al cambio bioquímico y este a su vez, mejora el apetito y las ganas de comer sano. El aumento de peso es importante debido a la importante desnutrición proteico-energética y bajo IMC como resultado del consumo de sustancias.

La nutrición adecuada y una buena hidratación son importantes en el proceso de rehabilitación ambulatoria, restaura la salud física y mental y ayuda a la rehabilitación. Las deficiencias de macro y micronutrientes pueden conducir a síntomas de depresión, ansiedad y baja energía, esto suele ser detonante para volver recaer en la adicción.

La rehabilitación integral ambulatoria de los estudiantes ayudó a:

- Curar y nutrir el cuerpo dañado por abuso de sustancias;
- Estabilizar el estado de ánimo y reducir el estrés;
- Reducir los antojos de drogas y alcohol;
- abordar las afecciones médicas que ocurren conjuntamente o han resultado del abuso de sustancias; y
- Fomentar el autocuidado y un estilo de vida saludable.

El aumento en el consumo de calorías y el peso se tradujeron en obesidad.

Reflexión

En el marco de generar una reflexión final, como docentes de la Universidad de Guayaquil, los autores del presente artículo estamos comprometidos con seguir trabajando para ayudar a nuestros jóvenes estudiantes, creemos que hemos hecho muy quienes estamos para formar a la persona humana en profesional, incentivamos a los compañeros docentes y autoridades a poner más énfasis en el cuidado de nuestros estudiantes. Desde una ética del acompañamiento, social, profesional y docente, desde la teoría del capital de las caricias hay mucho por construir, este estudio nos dejó tocando nuestras fibras más sensibles y a la vez olvidadas que son las de la compasión por el otro, por ese otro que está y no lo vemos, por ese otro que cayó en un foso y no lo vimos.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional. (20 de octubre de 2008). Asamblea Nacional Constitución del Ecuador. Obtenido de constitución del Ecuador : https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Asociación Médica Mundial. (21 de Marzo de 2017). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, electrónica. Recuperado el 1 de febrero de 2017, de Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: <https://goo.gl/4SnXoh>
- Domínguez, J., Holguín, P., & Guerrero, W. (2015). Drogadicción y estado nutricional. *Nutrición y Psicología*, 34(2), 274-276.
- El Telégrafo. (junio de 2013). Ecuador fija tabla para el porte y consumo de drogas. *El Telégrafo*, pág. s/p. Obtenido de <https://acortar.link/ElFKV>
- Espinosa Cueva, E. X. (2018). Estudio sobre el consumo de drogas de los estudiantes de la Carrera de Psicología Educativa y Orientación, de la Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, de la Universidad Central del Ecuador, en el Período Marzo - Agosto 2017-2018. Quito: Repositorio de la universidad Central del Ecuador. Obtenido de <https://acortar.link/Kafjd>
- Figueroa Pedraza, D. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública*, 6(2), 140-155. ISSN 0124-0064
- Kábrt, J., Wilczek, H., Svobodová, J., Haluzík, M., & Kotrlíková, E. (15 de noviembre de 1999). Estado nutricional de los adictos a las drogas en un programa de metadona. *Cas Lek Cesk*, 138(22), 693-5. Obtenido de <https://acortar.link/c8xwj>
- Lobatón, E. (12 de septiembre de 2014). Eduardo lobatón rd cncs. Obtenido de nutrición clínica. *Nutrición Clínica en el Trastorno por Abuso de Sustancias Por: Luis Miguel Becerra*: <https://acortar.link/yYscQ>
- Lorca, B. (16 de mayo de 2016). Consumo de drogas en EEUU. *Mi periódico digital*, pág. s/p. Obtenido de <https://acortar.link/nemYy>
- Márquez, M., Rincón, M., Sutil, R., R. de Yépez, C., Saer, R., & Ponte, S. (12 de julio de 2001). Niveles séricos de vitamina C en adultos jóvenes consumidores crónicos de drogas de abuso. *Investigación Clínica*, 42(3), 183-194. doi:0535-5133
- Matus Ortega, M. E., Calva Nieves, J. C., Flores Zamora, A., Leff Gelman, P., & Antón Palma, B. (2012). Las adicciones, hallazgos genómicos. *Salud Mental*, 35, 129-135. ISSN 0185-3325
- Nazrul Islam, S. K., Jahangir Hossain, K., Ahmed, A., & Ahsan, M. (9 de marzo de 2007). Nutritional status of drug addicts undergoing detoxification: prevalence of malnutrition and influence of illicit drugs and lifestyle, 88, 507-513. doi:10.1079/BJN2002702
- OEA/CIDAC. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. OAS Cataloging-in-Publication Data. doi:978-0-8270-6794-3
- OMS. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. (D. G. Exterior, Trad.) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CENTRO DE PUBLICACIONES. Obtenido de <https://acortar.link/XBIOD>
- OMS. (11 de 8 de 2020). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones

- médicas en seres humanos. Obtenido de Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos: <https://acortar.link/InDGg>
- Poch, C., & Vicente, A. (2010). La acogida y la compasión Acompañar al otro. En J. C. Mélich Sangra, & Á. Boixander, Los márgenes de la moral (pág. 151). Barcelona: Graó. ISBN: 978-84-7827-909-8
- Ross, L. J., Wilson, M., Banks, M., Rezannah, F., & Daglish, M. (2012). Prevalencia de desnutrición y factores de riesgo nutricionales en pacientes en tratamiento por alcoholismo y drogadicción. *Nutrición*, 28(7 a 8), 738-743. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2011.11.003>
- UNODC. (2018). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. s/c: oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Obtenido de <https://acortar.link/Eqy1I>
- Vera Carrasco, O. (2016). El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. *Revista Médica La Paz*, 22(1), 59-68. doi:1726-8958
- Viña, C., & Herrero, M. (2004). El consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de Psicología de la Universidad de la Laguna. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 521-536. doi:1697-2600