

Ascacibar Sabina

RELACIÓN DE ADICCIONES CON
TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y
DEFICIENCIA NUTRICIONALES



Universidad Fasta
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Nutrición
Dpto. de Metodología de la Investigación
Tutora: María Rosa Vulich
2014



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REPOSITORIO DIGITAL
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: redi@ufasta.edu.ar

“Pon el corazón en tus palabras, en tus sueños, en tus intenciones, en tus actos y en tus deseos durante todos los días, así encontraras el sentido de la vida y así le darás vida a tu corazón y corazón a tu vida”

(Anónimo)

Es mi deseo desde mi corazón dedicar este trabajo especialmente a mi familia que siempre intentó apoyarme de la mejor manera en la que cada uno pudo. A mis amigos, amigas y compañeras que tuve oportunidad de conocer y con quienes compartí momentos de trabajo, reuniones y eventos que nos permitieron conocer nuestras aspiraciones y crecer a la par en este camino que elegimos y que nos acompañará toda la vida.

A mí querida tutora María Rosa Vulich quien me fue siguiendo y aconsejando mientras realizaba la investigación. A Vivian Minaard que a pesar de mis inseguridades y temores por el tema que había elegido siempre me apoyó e insistió a continuar brindándome desde el inicio todo su esfuerzo y dedicación.

A Emanuel Bombina por sentarse a mi lado y ayudarme con gran dedicación e incondicionalmente en los detalles de configuración del trabajo simplificando el tiempo y brindándome practicidad y herramientas de utilidad.

A Santiago Cueto por su gran entusiasmo y compromiso en el momento de realizar el análisis de datos.

Mi reconocimiento especial a Fabián Messina, director del Centro de rehabilitación en el cual tome los datos y José Luis Messina vicedirector quienes sin dudar desde el inicio me abrieron las puertas de su institución y pusieron a mi disposición las instalaciones y personal. A los coordinadores del equipo terapéutico Darío Mazza y Pedro Humerez quienes se comprometieron desde el inicio, me fueron a buscar para que pudiera llegar hasta la comunidad sin perderme y acompañaron en mis inquietudes durante el relevamiento de datos. A todos los pacientes que participaron con gran compromiso y preocupación por responder fielmente lo que se les preguntaba.

Al Dr. Carlos Erlich quien a la distancia me compartió trabajos y explico su experiencia en el tema de la presente investigación. A la institución Aluba por brindarme información de utilidad.

Agradecimientos

A mi familia, amigos, docentes
y todos aquellos que me acompañaron.

Los trastornos alimentarios no sólo causan cambios físicos graves, sino que también pueden estar relacionados con síndromes psiquiátricos, incluyendo abuso de drogas y alcohol.

Fisiológicamente hay una asociación entre la alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el alcohol un inhibidor de la ingesta mientras que el cannabis estimula el apetito. El consumo de este tipo de sustancias genera deficiencias de calcio y magnesio causando síntomas fisiológicos y psicológicos.

Objetivo:

Analizar la prevalencia de trastornos de la alimentación en un Centro de Rehabilitación de Adicciones y evaluar el tipo de ingesta de alimentos. Además, realizar una evaluación nutricional a fin de analizar las condiciones de nutrición en los adolescentes y adultos, incluyendo hombres y mujeres.

Materiales y método:

Se realizó el EAT-26 y un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. También se analizaron los menús recibidos por los pacientes que son tratados en la institución y que tienen edades comprendidas entre 15 y 60 años.

Resultados:

La prevalencia de trastornos de la alimentación fue del 13% entre los pacientes de sexo femenino y masculino. Todos los pacientes manifestaron deficiencia de calcio y magnesio, además de una elevada ingesta de hidratos de carbono.

Conclusiones:

Este estudio demuestra relación entre el consumo de alcohol, consumo de drogas y los trastornos alimentarios. En ambos casos se observó la deficiencia de calcio y magnesio. Además, se observó un consumo elevado de carbohidratos y grasas.

Palabras claves: Trastornos alimentarios, adicciones, deficiencia de calcio y magnesio.

Eating disorders not only cause serious physical changes, but they can also be related to psychiatric syndromes including drugs and alcohol abuse. There is a physiological association between food and the use of psychoactive substances. Alcohol is a food-intake inhibitor and cannabis stimulates appetite. The consumption of these substances generates calcium and magnesium deficiencies and cause physiological and psychological symptoms.

Objective

To analyze the prevalence of eating disorders in an Addiction Rehabilitation Center and to evaluate types of food intake. Also, to determine nutrition conditions in male and female adolescents and adults.

Material and methods

We applied a survey (EAT-26) and a food frequency questionnaire. We also analyzed menus received by patients aged 15-60 who were treated at the institution.

Results

The prevalence of eating disorders was 13% for both male and female patients. All patients registered deficiency of calcium and magnesium, and high intake of carbohydrates.

Conclusion

This study shows the relationship between alcohol consumption, drug use and eating disorders. Calcium and magnesium deficiency, and high intake of carbohydrates and fats were observed for all cases.

Key words: addiction, calcium and magnesium deficiency, eating disorders

Índice

Introducción	2
Causas predisponentes de consumo sustancias más consumidas y sus efectos físico y psicopatológicos	6
Desarrollo de trastornos alimentarios y uso de sustancias	18
Impacto de consumo de drogas y trastornos alimentarios en el estado nutricional	27
Diseño metodológico	37
Análisis de datos	43
Conclusiones	52
Bibliografía	56
Anexos	60

Introducción

Los Trastornos Alimentarios son un fenómeno complejo de naturaleza multivariada y multideterminada que han despertado gran interés en distintos investigadores, no solo por las graves alteraciones físicas que provoca, sino también la posible relación que guarda con algunos síndromes psiquiátricos incluyendo el uso de drogas (Gutiérrez et. al 2001)¹

El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años. Los datos muestran que prácticamente 1 de cada 4 jóvenes ha consumido alguna sustancia durante el último mes, entre estas el alcohol, tabaco, los derivados canábicos y la cocaína son las sustancias más consumidas. Este aumento del consumo no se puede explicar por una sola causa. Algunos de los factores de mayor peso que explican en buena parte este fenómeno tienen que ver con la gran disponibilidad a las sustancias y el aumento de las familias con problemas relacionales.

Los datos existentes demuestran una elevada prevalencia de comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y los trastornos mentales en los adolescentes. (Matali Costa JL., Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Mazav, S Serrano Troncoso, C Gabaldon Fraile Y .LuacesCubells año 2009)²

En general, la coexistencia de las alteraciones de la conducta alimentaria cuando vienen acompañadas de depresión o de consumo abusivo de alcohol o drogas, con los trastornos de personalidad es muy alta pudiendo oscilar del 20% al 80% de los casos. Siendo el tratamiento más complejo y el pronóstico más sombrío porque el trastorno es más duradero, la disfunción familiar es mayor, hay más intentos de suicidios y son más frecuentes las conductas purgativas.

Desde el punto de vista de la evolución terapéutica, el peor pronóstico para una alteración de la conducta alimentaria es su combinación con el trastorno límite de la personalidad, que es predictora de mayor severidad en problemas psicosociales y de conducta con el abuso de alcohol y drogas intentos de suicidio, menor capacidad para trabajo y de menor satisfacción en las relaciones sociales.

¹Gutiérrez señala que durante la crisis de la adolescencia propician el ensayo de actitudes y conductas que en ocasiones son problemáticas tales como desordenes en la alimentación, consumo de drogas y en algunos casos conductas delictivas.

²Matali Costa JL., Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Mazav, S Serrano Troncoso, C Gabaldon Fraile Y .LuacesCubells, año 2009. El consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años a la vez que se incrementan conductas de riesgo típicas de la adolescencia.

Fisiológicamente es bien reconocida la asociación entre la comida y las sustancias psicoactivas habiéndose comprobado que el alcohol es un desinhibidor de la ingesta. Una mayor restricción dietética está asociada a un aumento en el consumo de tabaco, marihuana y alcohol. Con respecto a la cocaína el mayor efecto farmacológico es la supresión del apetito. (Guisado J, Francisco J. Vaz, Peral D., Fernández Gil Ma, López J año 2000)³

El etanol cuando se consume en forma continuada y frecuente produce efectos adversos agudos y crónicos en la salud humana. En consumidores crónicos de alcohol se han comprobado efectos adversos nutricionales, neurológicos, hepáticos y teratogénicos. En intoxicación aguda se pueden presentar alteraciones en el Sistema Nervioso Central, Gastrointestinal, Endocrino y en el equilibrio ácido básico especialmente. El alcohol es la sustancia que más genera tratamientos de urgencia por consumo de sustancias psicoactivas, estos tratamientos se localizan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (Jairo Telez Mosquera. Año 2006).⁴

Considerando el abordaje terapéutico trastornos nutricionales como *hipocalcemia*⁵ e *hipomagnesemia*.⁶ Se debe tener en cuenta que el calcio es esencial para mantener la salud total del organismo. El cuerpo lo necesita diariamente no sólo para la fortaleza de los huesos y dientes sino también para asegurar un funcionamiento adecuado de los músculos y nervios. Es un elemento que además de participar en la contracción muscular interviene en la regulación metabólica actuando como efector de señales o como segundo mensajero siendo muy importante en la respuesta celular. (Morales 2003)⁷El magnesio ayuda a fijar el calcio y el fósforo en los huesos y dientes. Previene los cálculos renales ya que moviliza el calcio. El 62% del magnesio corporal esta en los huesos y los dientes.

Muchos creen que sólo se necesitan suplementos de calcio para prevenir o tratar las patologías óseas, pero el magnesio es igualmente importante para la salud de los huesos. De él depende tanto la dureza de los huesos como de los dientes.

³Guisado J, Francisco y otros indican que el alcohol también está asociado al uso de tabaco de modo que los fumadores consumen más alcohol que los no fumadores.

⁴Jairo Telez Mosquera y Miguel Cote Menéndez dicen que sus altos índices de consumo y sus efectos tóxicos representan un grave problema de salud pública.

⁵La hipomagnesemia es la disminución de la tasa del magnesio en la sangre (menos de 22 mg/l)

⁶La hipocalcemia es la tasa anormalmente baja de calcio en sangre (menos de 100 mg/l)

⁷En el trabajo presentado por Morales en el año 2003 se describieron síntomas físicos tales como dolor en el pecho, náusea, visión nublada, espasmos musculares, convulsiones se pueden atribuir a la carencia de estos bioelementos en los consumidores crónicos de drogas de abuso.

El magnesio ayuda en el metabolismo y la absorción del calcio, su déficit favorece las calcificaciones de los tejidos blandos, así como los cálculos renales y de la vesícula.

El déficit de magnesio disminuye la capacidad para responder a la hormona paratiroidea.

El magnesio que no está en los huesos se encuentra principalmente en las células, regulando la transmisión de impulsos nerviosos a los músculos y a los órganos.

Regula sensibilidad de los nervios y los músculos, por lo que su deficiencia lleva a hiperexcitabilidad neuromuscular que puede presentarse como calambres musculares y temblores, también es asociado a la prevención de espasmos de los bronquios que se manifiesta como asma, espasmos del esófago, además de prevenir algunas formas de hipertensión.

Es importante distinguir que entre los grupos de riesgo expuestos a sufrir deficiencia de magnesio son los alcohólicos crónicos, ya que en su organismo la eliminación por orina aumenta.

Por otra parte, dentro de los síntomas observados en los consumidores adictos a las drogas se encuentran síndromes asociados a la carencia de calcio y magnesio produciendo síntomas como: Irritabilidad e Inestabilidad emocional, disminución de los reflejos, descoordinación muscular, apatía y debilidad, estreñimiento y falta de apetito, trastornos premenstruales, náuseas, vómitos entre otros. (J. Moniuszko-Jakoniuk, año 2003)⁸

Ante lo anteriormente expuesto surge el siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos de la alimentación, la ingesta alimentaria y el estado nutricional de los pacientes que se encuentran internados en un centro de rehabilitación por adicciones durante el año 2014?

⁸Los investigadores afirman la relación entre el consumo de cocaína, alteraciones en la presión arterial y marcados efectos sobre el sistema nervioso.

El objetivo general que se plantea es:

Analizar la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria, evaluar la ingesta alimentaria y estado nutricional de los pacientes de un centro de rehabilitación por adicciones durante el año 2014.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria durante el tratamiento mediante adaptación de cuestionario de Garfinkeld.
- Analizar ingesta alimentaria de macro y micronutrientes representados por hidratos de carbono, proteínas, grasas, calcio y magnesio y su adecuación a la recomendación.
- Evaluar estado nutricional a través de indicadores antropométricos.

Capítulo 1:
Causas predisponentes de consumo,
sustancias más consumidas
y sus efectos fisio y psicopatológicos



El consumo de sustancias lícitas e ilícitas constituye un problema que presenta múltiples aristas y que requiere ser abordado en forma interdisciplinaria. En el desarrollo de las adicciones intervienen factores de orden individual y que no pueden ser tratadas en forma aislada. Por lo tanto requieren una mirada integral, los factores y marcos en los cuales se desarrollan están asociados a factores éticos y culturales, marcos jurídicos y condiciones socioeconómicas.¹ Otras causas predisponentes para el consumo tienen que ver con factores genéticos, rasgos de personalidad y entorno familiar propicio para su desarrollo, constituyendo una problemática bio-psico-social. También se debe considerar que sobre todo en la adolescencia se desarrolla la construcción de la identidad, autonomía y ejercicio de la ciudadanía. Por lo cual los jóvenes se encuentran atravesando una particular etapa en la cual hay mayor vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad es mayor en los miembros de este grupo etario que además son pobres. (Kessler, 2004)². Entre estos últimos, las carencias y desventajas que son transitorias para otros, para ellos pueden convertirse en definitivas favoreciendo la exclusión en servicios de salud, de educación y de acceso al mercado formal de trabajo. Como consecuencia se produce un vacío de derechos que enfrentan e impiden la construcción de un proyecto de vida. Actualmente, la realidad muestra que la población más expuesta o vulnerable al consumo problemático es cada vez de menor edad, más pobre y más desprotegida socialmente, y es la que padece mayor aislamiento social. Esta situación de vulnerabilidad no implica afirmar que el consumo problemático de drogas es un asunto exclusivo de los jóvenes, ni de los pobres, ni de los jóvenes pobres. Por lo cual el análisis del desarrollo de las adicciones debe ser amplio y tener en cuenta la individualidad en sus aspectos fisiológicos así como también el ambiente en el cual la persona crece y se desarrolla.

¹Documento sobre usuarios de Drogas y las Políticas para su abordaje, del año 2009, elaborado por el comité Científico Asesoren Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, sustancias psicotrópicas y Criminalidad Compleja del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

²Kessler expone en su trabajo la relación entre la deserción temprana y delincuencia juvenil.

Como droga podemos definir a toda sustancia que poco tiempo después de ser incorporada en el organismo, produce una modificación de sus funciones.³

Si nos referimos netamente a los efectos que producen las drogas a nivel del sistema nervioso central nos encontramos con las drogas psicotrópicas que modifican la conducta y percepción. Considerando las sustancias psicotrópicas, psicoactivas o psicomoleculares (también llamadas estupefacientes)⁴ se puede decir que existen varios tipos de drogas además de la marihuana, cocaína, LSD y otras. También son drogas el alcohol, tabaco, las anfetaminas y las pastillas para dormir. Aunque suelen clasificarse también como drogas Legales e Ilegales. Como drogas legales se entienden aquellas que se consideran en un circuito de producción y distribución legal. Como por ejemplo, el tabaco, alcohol, café y mate. También se encuentran dentro de este grupo los medicamentos. Pero debido a que son necesarios una serie de requisitos para adquirirlos es que son considerados como sustancias legales reguladas o bien intermedias ya que se necesita la prescripción y receta debidamente por el profesional habilitado. Otra clasificación que podemos encontrarnos y tal vez la más común es la científica, la que considera que toda sustancia psicoactiva causa diferentes efectos en el organismo independientemente de que sean consideradas permitidas o prohibidas. Farmacológicamente vamos a encontrar que las drogas pueden ser depresoras, es decir que actúan deprimiendo el sistema nervioso central, lo lentifican y provocan sueño. Es el caso del alcohol, los tranquilizantes, que son legales, y también el opio, pero en este caso es ilegal. Contrariamente las drogas estimulantes actúan acelerando el sistema nervioso central y causan euforia, excitabilidad y aceleramiento y en este grupo encontramos el café, anfetaminas que son legales reguladas, cocaína y pasta base que son ilegales. En el caso de los alucinógenos como el LSD y peyote, provocan alteraciones en la percepción, así como también pesadillas y delirios. Por último los *canabinoides* como la marihuana o hachís son sustancias que se sitúan en un punto intermedio entre el efecto del alcohol y las drogas que afectan la percepción como la marihuana o hachís son sustancias que se sitúan en un punto intermedio entre el efecto del alcohol y las drogas que afectan la percepción.

Si profundizamos más en los efectos que produce cada sustancia nos encontramos con que la marihuana principalmente es una droga psicoactiva dado su contenido en THC (*delta-9-tetrahidrocannabinol*), *cannabidiol* y *cannabinol*. Sustancias que se unen

³Definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud)

⁴ Se denomina estupefacientes a un tipo de drogas psicotrópicas con efectos depresores sobre el Sistema nervioso central. Sin embargo se utiliza el término genéricamente, en especial en el ámbito jurídico, como sinónimo de droga ilegal.

a receptores específicos de las membranas celulares del cerebro y se acoplan a la proteína G interviniendo en el sistema de transducción. Por otro lado, en relación al aprendizaje los compuestos endógenos *endocannabinoides* se unen a los receptores y están implicados en la memoria y otros procesos cognitivos.⁵ Por otro lado, podemos diferenciar que la marihuana de mala calidad, es decir que es prensada con neopren referido al nombre comercial de un pegamento adhesivo inhalable, tiene mayores efectos nocivos que la marihuana no tratada o comúnmente llamada de macetero. Sin embargo, no quiere decir que la marihuana no pierda su capacidad adictiva ya que conserva el componente THC. Si nos referimos al tiempo en el que la adicción se instala podría notarse que en el caso de la marihuana prensada es menor con un consumo similar de marihuana no prensada. En contraposición la marihuana no tratada, afecta el sistema pre- límbico y por lo tanto la voluntad y motivación pudiendo generarse depresión. La marihuana prensada provoca daños en la memoria inmediata teniendo los consumidores dificultad para retener números de teléfonos, nombres y lentitud para armar oraciones. (Ferguson, D.M., Horwood, L.J. AÑO 2000)⁶. Puede suceder que en la primera etapa de consumo en la cual se produce euforia y distorsión de las percepciones la persona sienta un incremento en su capacidad de estudio, aun afectándose la memoria temprana, concentración y coordinación motora. Siguiéndole a esta etapa un estado de sedación, somnolencia y relajación. (Abanades, S. et año 2005)⁷. En cuanto a los efectos crónicos del cannabis referido a los procesos cognitivos y al desempeño escolar se menciona: bajo rendimiento escolar, aumento de conflictos en conducta, deserción y ausentismo. También se ve alterada la capacidad de resolución de problemas debido a la capacidad disminuida de procesamiento y organización de la información. Estas alteraciones se relacionan con los cambios metabólicos y en el flujo sanguíneo que ocurren en regiones prefrontales y cerebelares. Esta condición afecta la capacidad de planificación, trabajo con propósito y control e inhibición de respuestas. Por otro lado en la corteza frontal se encuentra toda la gama de conductas del ser humano asociado con la dimensión ética y que

⁵La comisión clínica en el Plan Nacional sobre drogas expone que los problemas derivados del consumo de cannabis inciden en el fracaso escolar, desestructuración personal y social y como consecuencia problemas laborales más afecciones en la salud. Comisión Clínica de la Delegación del Gno. para el Plan Nacional sobre Drogas, año 2006.

⁶Ferguson y Horwood en su trabajo analizan la asociación entre el consumo de cannabis y distintas enfermedades.

⁷Abanades, menciona que el cannabis consumido en dosis mayores, altera la capacidad cognitiva afectando atención, memoria, percepción y la capacidad de resolución de problemas.

claramente se ve comprometido el trabajo escolar. (Ferguson, D.M., Horwood, año 2003)⁸

En cuanto a los síntomas fisiológicos son frecuentes: el estreñimiento, taquicardia, incremento del apetito, sequedad en la boca, inyección conjuntival, broncodilatación y disminución de la libido y aunque poco frecuentes puede presentarse también: bradicardia, hipotensión, vasoconstricción, hipotermia.

En cuanto al abuso de marihuana o cannabis según los criterios del DSM IV se presenta cuando una persona la usa persistentemente a pesar de los efectos nocivos en su vida. Durante un periodo no menor a 12 meses, el individuo presentará los siguientes síntomas: Episodios recurrentes de fallas y ausencia en su trabajo, fallas en el estudio, daños físicos y aumento de conflictos con los demás. En cuanto a la dependencia, se considera como un estado de mayor severidad que el abuso. En esta instancia se ha perdido el control del uso y como consecuencia se ha instalado en la fisiología, psicología y mundo social del individuo. Durante este periodo se observan las siguientes alteraciones: síndrome de abstinencia, uso de marihuana en cantidades cada vez mayores, deseo de controlar el consumo, incremento en la búsqueda de consumo, actividades que son dejadas de lado debido a la necesidad de encontrar mayores momentos de encuentro con la sustancia y aumento del consumo a pesar de que los daños físicos y mentales son exacerbados. El síndrome de abstinencia en el caso de la marihuana presenta características bien definidas: ansiedad, irritabilidad, disminución del ánimo e ingesta de alimentos y malestar físico. (Haney M, Ward AS, Comer SD, et al)⁹(Kouri EM, Pope HG, año 2000)¹⁰.

Cabe destacar que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumidas en el mundo y debido a la legalidad en su comercialización se descuidan los efectos adversos que produce. Cuando el etanol es consumido en forma continuada y frecuente tiene consecuencias teratogénicas, neurológicas, hepáticas y nutricionales. (Mosquera,2005)¹¹ Cuando se presenta intoxicación aguda pueden manifestarse síntomas a nivel gastrointestinal, endocrino y equilibrio ácido-base. El consumo de alcohol también se ha asociado a alteraciones sociales como el incremento de índice de violencia intrafamiliar, actos delictivos y accidentes de tránsito. Además los

⁸Ferguson, D.M., Horwood, tras realizar una investigación de 15 años reconocieron que el consume de marihuana está asociado a cuadros de depresión mayor e ideas suicidas.

⁹Kouri EM, Pope HG. Expresa que desde 1990 hasta el 2002 las tasas de abuso a dependencia incrementaron significativamente.

¹⁰Kouri EM, Pope HG. Expresa que desde 1990 hasta el 2002 las tasas de abuso a dependencia incrementaron significativamente.

¹¹ Mosquera en su trabajo "Alcohol etílico un toxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado", menciona que cerca de 2600 millones de personas lo consumen en forma habitual, ocasional, abusiva o adictiva.

elevados índices de consumo sumado al comprobado efecto nocivo para la salud y las repercusiones negativas sobre los roles sociales del individuo, ligado al hecho de ser una sustancia legal socialmente aceptada señala un consumo incontrolado de bebidas alcohólicas sobre el cual es pertinente tomar medidas sanitarias.

En el caso de la cocaína, es una droga producto de la extracción de las hojas fundamentalmente de 2 arbustos emparentados: *Erythroxylumcocalam* y la *ErythroxylumnovograntanseHieron*.

A través de un proceso de precipitado de los alcaloides más básicos mediante un álcali como el amoníaco o hidróxido de calcio se obtiene la pasta de coca, la cual es transformada mediante oxidación con distintos agentes como el permanganato de potasio, acetona y ácido clorhídrico en clorhidrato de cocaína que es el principal componente de la cocaína ilegal. Como el clorhidrato puede disolverse en agua, es una condición que lo hace apto para la administración intravenosa. Un derivado de la cocaína que ha sido durante mucho tiempo el más vendido en E.E.U.U es el crack que puede obtenerse mediante ebullición del clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio y posterior filtrado. De esta manera al ser fumada en lugar de inyectarse, podría decirse que socialmente es más aceptada lo cual influye en que esta forma de consumo sea mayor.

El inicio de los efectos psicoactivos de la cocaína se da aproximadamente entre los 8 segundos y 30 minutos y permanecen de 5 a 90 minutos, dependiendo también de la forma de administración, que va a determinar en gran parte la velocidad con la que aparecerán los síntomas, la concentración en sangre y el grado de euforia que producirá. Si la cocaína es administrada en forma intravenosa como el caso del clorhidrato de cocaína y en la fumada los efectos psicoactivos tienen un inicio más rápido que si se administra en forma oral o intranasalmente. La inyección intravenosa produce máximos niveles de concentración en plasma tras 15 minutos de administración. (Javaidy cols. 1978; Cook y cols., 1985; Nayak y cols., 1976.)¹²

En cuanto a la vía oral e inhalatoria de la cocaína tienen un inicio de acción más lento esto se debe a razones que dependen de las cualidades químicas de la droga como son: que no es muy estable en el tracto gastrointestinal, y además, su producto de degradación no es activo y tampoco no se absorbe con facilidad y no es lo suficientemente resistente a la degradación hepática que sufre la sangre portal a través del hígado. Una vez que llega a la circulación sistémica y debido a su alta

¹²Javaidy cols. 1978; Cook y cols., 1985; Nayak y cols., 1976.en las investigaciones acerca de las bases neuroanatómicas y neurobiológicas de la adicción se mencionan síntomas como irritabilidad, ansiedad, depresión e hiperfagia que aparecerían durante el periodo de abstinencia cuando el consumo es compulsivo.

liposolubilidad lo cual hace que rápidamente pase la barrera hematoencefálica entrando al cerebro. No obstante, además es requisito que la cocaína se encuentre en una forma no ionizada en el pH del plasma fisiológico y esto se da con mayor probabilidad cuando la cocaína se ha administrado intravenosamente o ha sido fumada. La concentración en el cerebro de la cocaína puede llegar desde unas 10 a 20 veces más que la concentración en el plasma. Mientras que la tasa de eliminación de la cocaína no varía con la ruta de administración una vez que esta fase ha comenzado. Básicamente, existen dos formas mediante las cuales el cuerpo elimina la cocaína. Una vía rápida a través de la ruptura metabólica y una más lenta mediante su metabolización y excreción.

La cocaína va a ejercer sus efectos en el sistema nervioso a través de varios mecanismos. En primer lugar, va a actuar bloqueando los canales de Na⁺ dependientes de voltaje de donde deriva la propiedad de la cocaína como anestésico local. También va a influir en las terminales nerviosas monoaminérgicas, inhibiendo la recaptación de dopamina, serotonina y noradrenalina a través del bloqueo competitivo de sus transportadores. Esto hace que se incremente la cantidad de neurotransmisor en la sinapsis afectando la estimulación de los receptores postsinápticos. Las propiedades reforzantes y adictiva de la cocaína se debe a la inhibición sobre el transportador de la dopamina. (Amara, 1993)¹³. Por otro lado, la cocaína actúa presinápticamente sobre el transportador vesicular de la dopamina que se encuentra en las terminales nerviosas mesolímbicas y nigroestriales donde es almacenada la dopamina del citoplasma previamente sintetizadas y recaptadas desde el espacio sináptico. (Kuhari, 1991)¹⁴ Además la cocaína, es una sustancia que tiene afinidad por sitios de unión de receptores serotoninérgicos y receptores muscarínicos (Kilpatrick, 1989).¹⁵

Debido a los efectos que produce sobre la noradrenalina en las terminales postganglionares en la rama del sistema nervioso autónomo, produce: vasoconstricción de venas y arteriolas a través del musculo liso vascular, aumento de la frecuencia cardíaca, midriasis intensa producida por la contracción del musculo radial, aumento de secreciones gástrica, pancreática y salivar. Además produce intensa sudoración y esta activación noradrinérgica sería responsable del aumento de la presión arterial y del estado de vigilia debido al efecto que produce en el tronco del encéfalo.

¹³. Se cree que las propiedades reforzantes y adictivas de la cocaína están relacionadas principalmente con la inhibición sobre el transportador de la dopamina.

¹⁴ Se ha sugerido que también la cocaína provoca un descenso de la dopamina.

¹⁵ También la cocaína tiene afinidad con los receptores muscarínicos y de serotonina.

En cuanto al síndrome de abstinencia, en el caso de la cocaína tiene características que son notables. Se pueden distinguir efectos secundarios que pueden perdurar varios meses y otros efectos más sutiles como son la compulsividad espontánea o provocada pudiendo persistir por tiempo indefinido. Durante la primera fase en la cual se realiza la supresión aguda de la droga se presentan síntomas como: agitación, insomnio, fatiga, depresión y posteriormente hiperfagia e hipersomnolencia. En esta primera fase, el deseo compulsivo es grande y comienza a atenuarse paulatinamente en la segunda fase aunque puede ser recurrente durante periodos de tiempo variables. También se presenta ansiedad pudiendo combinarse en ocasiones con el deseo compulsivo. Básicamente a partir de la abstinencia por cocaína se dan series cambiantes de compulsión por consumo, ansiedad y depresión. (Gawin, 1986)¹⁶

Un problema grave y frecuente con el que nos encontramos también en la actualidad es la adicción a los psicofármacos. Entre los años 2004 y 2009, el consumo de tranquilizantes se ha incrementado en un 40% en España. En la Argentina en el año 2002 se vendieron aproximadamente unas 820 millones de unidades en su mayor medida tranquilizantes.¹⁷ Entre los distintos tipos de psicofármacos los tranquilizantes entre ellos los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos, generan más problemas de abuso que cualquier otro. Además, su excesivo consumo es un lastre para las arcas del sistema sanitario público ya que solo en sedantes el gobierno desembolsa millones de euros por año. Son cada vez más las personas que se atienden por problemas derivados del abuso de los psicofármacos, cuestión que afecta más a mujeres que a hombres, ya que ellas los consumen en mayor medida. La primera dificultad para solucionar esta adicción es que muchas personas son adictas, pero no son conscientes. Además, estos medicamentos son legales, fáciles de conseguir y en caso de los tranquilizantes son baratos. Lejos queda del perfil del adicto a drogas ilegales, como la heroína, asociado a población marginal y con mala salud. Un factor que es importante al hablar de una adicción no es el tiempo que dure la toma de psicofármacos, sino la necesidad de tomar más cantidad para conseguir el mismo efecto asociado a la incapacidad de enfrentarse a situaciones de la vida sin tomarse una pastilla y aferrarse por miedo a quedarse sin ellas. Es una adicción que afecta a tres niveles: el fisiológico, porque el cuerpo pide más dosis; el cognitivo, pues el pensamiento de la persona está centrado en conseguir o consumir las pastillas; y el

¹⁶Descripciones de Gawin y Kleber en 1986 que tras estudiar una serie de 30 pacientes que durante un breve periodo de tiempo habían consumido cantidades abusivas de cocaína.

¹⁷Datos del Sedronar. (Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico)

conductual.(Brigos, año 2010) ¹⁸Los síntomas más fáciles de detectar por parte de familiares, amigos o compañeros de trabajo son en primer lugar el aislamiento, observar cambios de actitud o de humor, y es normal dejar de realizar actividades habituales, con la consecuente pérdida o deterioro de las relaciones sociales o problemas en el trabajo. (Riba, año 2010)¹⁹

Cabe destacar que es infrecuente que una persona sea adicta sólo a los psicofármacos. La combinación más habitual es la adicción al alcohol y los psicofármacos, seguida de alcohol, cocaína y psicofármacos. Muchas personas llegan a los centros de rehabilitación convencidas de que su problema tiene que ver sólo con un tipo de droga ya sea legal o ilegal, pero al llegar allí se encuentran con que su problema abarca una adicción a una sustancia más la adicción al medicamento.

Como psicofármaco se define a toda sustancia química exógena no necesaria para el funcionamiento celular normal que altera significativamente las funciones de las células del Sistema Nervioso cuando se toma en dosis relativamente bajas. (Carlson, 1999)²⁰

Los mensajeros químicos producidos por el organismo no son fármacos pero sí lo son las sustancias químicas que mimetizan sus efectos. Los mecanismos de acción de estas drogas a nivel neuronal implican alteración del proceso de neurotransmisión y estimula o inhibe la actividad modificando la permeabilidad de la membrana neuronal. La vía de administración puede ser oral, inyectable, sublingual o inhalada. El mecanismo de acción de los psicofármacos a nivel neuronal tiene implicancia en la alteración del proceso de neurotransmisión que produce estimulando o inhibiendo la actividad o modificando la permeabilidad de la membrana neuronal. De esta manera podemos encontrar estabilizantes del humor como son antimaníacos y antirecurrenciales, antipsicóticos, neuroepilépticos o antidepresivos mayores y dentro de ellos típicos como los sedativos, incisivos y de transición atípicos como *clozapina*, *risperidona* y *olanzapina*. Estas drogas por lo general tienen usos en patologías psiquiátricas específicas. Por otro lado, los ansiolíticos o tranquilizantes menores²¹ son más populares y básicamente hay dos grupos los Benzodiazepínicos de acción prolongada, más de 24 horas. Acción intermedia, entre 24 y 12 horas, acción corta, de 6 a 12 horas, y por ultimo acción ultracorta, 6 horas o menos. En cuanto a los no

¹⁸ Blanca Brigos es psicóloga en el Instituto de rehabilitación Hipócrates en Barcelona. Es afectado a nivel conductual ya que algunas personas realizan acciones que no realizarían si no tuvieran adicción.

¹⁹ Director médico del Centro Terapéutico Marenostrom en Madrid.

²⁰ Carlson trabajó en las primeras investigaciones en lo que respecta a psicofarmacología.

²¹ Todo ansiolítico tiene la propiedad de ser facilitador del sueño, acción hipnófora, como consecuencia del proceso de sedación, disminución de la ansiedad y relajación muscular

benzodiazepínicos, su acción es la inducción del sueño, *zopiclona* y *zaleplon*. Otro grupo muy comúnmente utilizados son los antidepresivos entre ellos los clásicos o Ttricíclicos e IMAO, Nuevos o de Segunda generación que surgen en los años 80 creados por la biología molecular y que actúan en un lugar específico del sistema nervioso central. También podemos encontrar psicofármacos que actúan en los mecanismos de neurotransmisores como es el caso de los inhibidores de serotonina, *fluoxetina*, *paroxetina* y *sertralina* y por último los inhibidores de la receptación de dopamina.

Se ha analizado la prevalencia de consumo de psicofármacos siendo mayor en el género femenino, que en términos sociales al tratarse de una droga lícita cuyo uso está bien reconocido digamos que de esta manera no expondría a las mujeres a catalogarlas de adictas que es mucho más costoso y estigmatizante. Diferente es el caso de los psicofármacos, en dónde la adicción es invisible, ya que en general la prescripción la realiza un profesional médico, al menos al principio, para responder a la necesidad de curar o disminuir síntomas vinculados con la esfera de las emociones, que es también propio de las mujeres. Por otro lado, para acceder a este tipo de drogas no es necesario internarse en un circuito de ilegalidad: se compran en la farmacia y se consumen en la casa, sin necesidad de ocultarlo.

Una cuestión que es importante, y pocas veces tenida en cuenta por los profesionales de la salud, es que en muchos casos las mujeres consumen drogas para poder soportar situaciones de violencia doméstica y sexual. Tanto los psicofármacos como el alcohol, son las sustancias que ayudan a estas mujeres a sostener su vida familiar y soportar esta vida durante años, sin que nadie sospeche la situación por la que están cada vez más medicalizados y han alcanzado el status de enfermedad.²²

Se destaca también la diferencia en el uso de psicofármacos en función del tipo de convivencia familiar siendo las personas que viven solas las que consumen más cantidad de psicofármacos que las que viven en familia.²³

En relación al riesgo de dependencia de psicofármacos en las mujeres, se señala la existencia de ciertos problemas derivados de un uso inadecuado de psicofármacos considerándose crónico cuando su uso es mayor a 5 años.²⁴

Por otro lado está siendo cada vez más frecuente que los adolescentes se inicien, en torno a los doce años, en el consumo de drogas con psicofármacos. Estudiantes

²²Las mujeres mismas son percibidas como el problema, por parecer débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables, necesitadas de ayuda para enfrentar sus problemas.

²³Observatorio de Drogas de España

²⁴Cuando el consumo de psicofármacos se mantiene durante períodos superiores a doce meses existe un alto riesgo de generar un trastorno por dependencia

secundarios varones y mujeres consumen por igual estimulantes. La prevalencia e intensidad de consumo progresa rápidamente entre los estudiantes a medida que aumenta la edad y el grado escolar. Los alumnos de colegios públicos y privados consumen por igual Tranquilizantes, pero en relación al consumo de Estimulantes, los estudiantes de colegios públicos duplican en consumo a los de las instituciones educativas privadas. Analizando el impacto de los psicofármacos en la guardia de emergencia hospitalaria, Tranquilizantes, Sedantes, Estimulantes, Antidepresivos, Anticolinérgicos, Anfetaminas resultan las drogas con mayor prevalencia. En la gran mayoría de los casos la ingesta de psicofármacos se realiza acompañada de consumo de Alcohol, prevalentemente en personas de 25 a 34 años en primer término y en mayores de 50 años en segundo término. En el caso de las mujeres consumen prevalentemente Anfetaminas, Anticolinérgicos y Antidepresivos. A su vez, el consumo de Tranquilizantes, Sedantes y Antidepresivos se asocia con altos niveles de escolarización y bajo o nulo nivel ocupacional, el de Anfetaminas y Anticolinérgicos se asocia con bajo o nulo nivel de ocupación y nivel de escolarización medio y, por último, también se verifica en todos los niveles de escolarización pero con bajo o nulo nivel de ocupación. Como factores de relevancia que se asocian a la difusión del consumo de psicofármacos se menciona por un lado la normalización del consumo de psicofármacos como parte de los hábitos de la vida cotidiana para manejar las emociones. Y por otro lado la ingesta de psicofármacos como parte de la intoxicación de cada día de grandes grupos de adolescentes que acompaña el consumo de Alcohol y varias drogas ilegales. (Míguez, año 2001)²⁵

Algunos especialistas consideran que mencionar solo el potencial adictivo de los psicofármacos es insuficiente. Si bien es cierto que estas drogas impactan sobre el sistema nervioso central, donde se generan los fenómenos de abstinencia y tolerancia²⁶ que son los indicadores claves para corroborar una adicción además, es necesario que quien consume tenga determinadas características clínicas, de personalidad y de integración en redes sociales. También tiene que ver mucho con el diagnóstico clínico y de trastorno de personalidad y no bastara tampoco solo con estos parámetros, sino que habrá que considerarse además factores como su desarrollo social y entorno familiar. No existe un marco familiar tipo capaz de sostener a los pacientes durante la abstinencia a un miembro de la familia que ha iniciado a tener un consumo problemático de fármacos. Es clave que haya una buena comunicación entre

²⁵“Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Hospital de Agudos P. Piñero”; “Emergencia Hospitalaria y Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Hospital de Agudos J. A. Penna”, 2008, Observatorio de Drogas de la Ciudad Autónoma de Bs. As.

²⁶La Tolerancia es un fenómeno por el cual la persona se habitúa a consumir y necesita una dosis cada vez mayor para obtener el efecto buscado.

los integrantes de la familia. Entre los factores de personalidad de riesgo para desarrollar una adicción a psicofármacos, se encuentra la personalidad de estilo dependiente y la de estilo controlador. Los dependientes se amparan bajo el efecto del psicofármaco depende más de la personalidad, que sean más dependientes y se sienten más protegidos con la medicación, y dirán “yo necesito la medicación”. Los controladores necesitan controlar sus emociones y la ingesta les resulta un instrumento válido. Por último están aquellos que ingieren compulsivamente cualquier tipo de medicamentos, entre ellos los psicofármacos y este grupo que ingiere medicamentos por cualquier cosa tendrá más riesgo de desarrollar adicción.

En cuanto a las prácticas de riesgo relevadas asociadas al uso de drogas encontramos conductas asociadas a la sobredosis y como consecuencia una gran toxicidad por sustancias como psicofármacos así como también inhalantes. También es común la asociación del consumo con enfermedades como el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sanguínea o sexual.

El consumo de drogas tal como dijimos al principio tiene una complejidad de causas multifactorial además de los factores predisponentes también suelen estar combinadas con otras patologías que comienzan en el orden psiquiátrico como veremos a continuación.

Capítulo 2:
Desarrollo de trastornos alimentarios
y uso de sustancias



Las causas de los trastornos alimentarios son multivariadas, abarcando la dimensión psíquica, y estando asociados también a otras patologías como las adicciones. Por otro lado tendrá influencia el vínculo emocional que la persona refleje en el alimento. También se presentan como disfunciones de transmisión social, se contagian por difusión, por prevención, por cercanía y por competencia. (Galli, Lovari, año 1999).¹ Las franja etárea más representativa en la cual se presentan es la adolescencia, el sentido de pertenencia, de búsqueda de una personalidad, sumado a la presión ejercida sobre algunas familias suelen ser factores de vulnerabilidad que influyen en su desarrollo. A ello se le suma, que el acceso a un nivel de vida que sostenga una educación que promueva habilitación y autonomía no está garantizada para toda la población de casi ningún lugar del mundo y son obviamente, sujeto de estas problemáticas. Sumado a esto, la escasa y desigual disponibilidad de servicios que atiendan estas patologías, y el exceso de materiales de divulgación que remarcan fronteras entre dos de los trastornos alimentarios, anorexia nerviosa y bulimia, y la normalidad, obviando la existencia de los trastornos alimentarios no específicos, mucho más frecuentes, y de mejor pronóstico. Si hablamos de fenómenos policausales implica que ninguna de las causas alcanza para justificar la aparición de un trastorno alimentario y se necesita por lo general, una combinación de ellas para construirlo (Garner, 1985)² Podrán dividirse entonces en factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes. Los factores predisponentes son aquellos que actuando de manera general antes del hecho clínico, podríamos decir que predisponen el ánimo, entre ellos situaciones familiares y factores socio-culturales. (Crispo-Figueroa, 1996)³ Centrándose más la atención en los factores precipitantes, entre los cuales la preocupación excesiva por el peso y la figura podría llevar a las dietas. Siendo las consecuencias intentar manipular el peso corporal que se instala como una conducta y genera los factores perpetuantes y a esta instancia llegamos a las purgas y atracones que tendrán consecuencias físicas. El trastorno alimentario tendrá su nombre en la medida que se completen los criterios diagnósticos del DSM IV (Pichot, 1995)⁴. En el caso de la anorexia nerviosa se reconocen criterios como: negativa a mantener el peso corporal mínimo, enorme temor a engordar, perturbación en la manera en que se vivencia el peso en cuanto a tamaño y formas del cuerpo, también negación a la

¹ Jornadas de prevención de los trastornos alimentarios, Córdoba 1999.

² La anorexia y bulimia presentan características comunes, sin embargo lo que se observa en ambos trastornos es la excesiva preocupación por el peso y la sobrevaloración de la delgadez.

³ Crispo y Figueroa (1996), explican los aspectos importantes de los trastornos de la alimentación haciendo hincapié en la obsesión por las formas, el peso y la balanza.

gravedad del bajo peso que presentan y amenorrea.⁵ Se describen dos subtipos: la anorexia restrictiva y la bulimiforme, que comparten todos los criterios anteriores pero en el caso de la segunda se agregan la presencia de atracones y vómitos. La bulimia se reconoce en el sistema diagnóstico DSM IV (1980) con los siguientes criterios: presencia de atracones recurrentes caracterizados por la ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas podrían ingerir en un tiempo similar y mismas circunstancias. También hay una sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento que se manifiesta en no poder parar de comer o no poder controlar lo que se está ingiriendo. Acompañado de un sentimiento de culpa surgen las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como una provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos y ejercicio excesivo. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar en promedio 2 veces por semana durante un periodo de 3 meses. La autoevaluación se encuentra exageradamente influida por el peso. Básicamente la bulimia presenta 2 tipos: Tipo purgativo, en la cual es inducido el vómito o toma laxantes regularmente, utilizando también diuréticos o enemas en exceso. Y el tipo no purgativo en el cual el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno, ejercicio físico intenso sin recurrir a los vómitos ni usar laxantes o diuréticos.

Finalmente se reconocen la existencia de los trastornos alimentarios no específicos (TANE) que se definen como grupos que no concuerdan con los criterios del DSM IV de la anorexia nerviosa ni de bulimia nerviosa. En algunos casos suceden que se encuentran todos los criterios de una anorexia nerviosa pero el peso es normal o pueden presentarse todos los criterios de una bulimia nerviosa pero los atracones ocurren con una frecuencia menor a 2 veces por semana o cada 3 meses. Otra manifestación común, puede ser una persona con normopeso que se embarca en comportamientos compensatorios inadecuados después de haber comido pequeñas cantidades presentando características de un desorden compulsivo con episodios recurrentes de atracones pero con ausencia de conductas compensatorias.(Crispo, 1996)⁶

Desde el punto de vista de la genética la influencia y la distribución central en las clases medias y altas de las sociedades occidentales implicaría que al igual que otras condiciones de construcción de trastornos alimentarios no sería suficiente causa. A su vez otro factor de influencia es el caso de las madres preocupadas por un peso

⁵Amenorrea: Falta de por lo menos 3 periodos menstruales consecutivos.

⁶ Crispo-Guelar(1996), exponen que el modelo que presentan las publicidades actuales sobre la figura atentan la salud de las mujeres.

atractivo para sus hijas pueden poner en riesgo el desarrollo de un trastorno alimentario así como también puede darse en familias donde haya integrantes con sobrepeso.

Es interesante tener presente que desde el punto de vista neuroendocrino el centro de la regulación de la ingesta se halla en el núcleo lateral del hipotálamo y el núcleo ventral medial, regula la saciedad, mientras que el núcleo paraventricular regula los mecanismos sensitivos. Este grupo de núcleos es regulado por estímulos periféricos como la dilatación gástrica, y hormonal interviniendo la colescistoquinina y otras hormonas pancreáticas y también por la noradrenalina, serotonina y dopamina a su vez que intervienen neurotransmisores como calcitonina, dinorfina y neuropéptidos. Por otro lado, la leptina regula el peso corporal y el índice de masa corporal como así también interviene en la activación del eje hipotalámico gonadal, especialmente en el inicio del empuje puberal. La leptina, es producida en el tejido adiposo, por lo tanto la reducción de la masa grasa que ocurre en la anorexia hace que disminuya su nivel en sangre, mientras que aparece aumentada en la obesidad participando en los mecanismos de resistencia a la insulina. Su deficiencia se relaciona con la hipotermia por déficit de hormonas tiroideas y con las deficiencias gonadales que acompañan a la emaciación y amenorrea.

En los trastornos alimentarios, más puntualmente en la anorexia se encuentran anomalías en la función serotoninérgica, aun previamente al desarrollo de la enfermedad, y que normalizan con la regularización de la ingesta. Estas anomalías coexisten también con depresión, dificultad en control de impulsos y conductas suicidas. (Walsh, 1998)⁷. El eje hipotalámico- hipofisario se encuentra afectado por la regulación metabólica a consecuencia de las dietas, con las consiguientes disminuciones de producción de las hormonas tiroideas, sexuales y adrenales.

Además de los casos de patologías conocidas como la bulimia y anorexia, hay otro grupo que sin cumplir con los requisitos para categorizarlos también desarrollan conductas alimentarias en algunos casos restrictivas y en otros por sobrealimentación y es el grupo de los dietantes crónicos. Considerando los factores psicológicos que influyen en el desarrollo de las conductas alimentarias ya sea por restricción o por sobrealimentación puede mencionarse el confort psicossomático (Kaplan, 1972),⁸distractibilidad y enmascaramiento.(Mackenna, 1972)⁹El confort psicossomático

⁷Walsh(1998), observaron las anomalías biológicas y psicológicas asociadas a estos trastornos de la alimentación.

⁸Kaplan (1972), el autor estudia la anorexia nerviosa como un trastorno del espectro presentando la sintomatología clásica como dietas estrictas, preocupación excesiva de peso, etc.

es una manera de disminuir la ansiedad mediante la comida y para ello en condiciones de ansiedad los individuos aumentan los volúmenes de ingesta cumpliendo la comida una función ansiolítica que permitiría controlar los sentimientos. La distracción sugiere la utilización de la comida para distraerse de las emociones negativas. El alimento y su consumo permitirían en este caso, focalizar su atención fuera de los contenidos mentales amenazantes asociados a la ansiedad, al menos en el momento que se consumen. A mayor necesidad de distracción, mayor tiempo se requerirá consumir alimento generando sobrealimentación.

Generalmente las personas que desarrollan este tipo de conducta, tienen una mala imagen de sí mismos, sobre todo de su apariencia física, por lo que intentarían evitar los alimentos displacenteros. Este escape de autoconciencia negativa los ayudaría a olvidar momentáneamente su imagen negativa. (Polliv, 1998)¹⁰

Por otro lado, entre los rasgos psicopatológicos que se manifiestan en los trastornos alimentarios y que también pueden observarse en la patología adictiva es la presencia del Trastorno obsesivo compulsivo que se caracteriza por la presencia de ansiedad, sentimientos y pensamientos repetitivos e indeseables que los impulsa a hacer algo.

Las razones que impulsan a las personas a manifestar estas conductas suelen estar asociadas a la dificultad de distinguir el hambre de otras sensaciones, utilizar la comida como fuente de consuelo. También puede observarse el seguimiento permanente de dietas que producen fluctuaciones constantes del peso. (Tannenhaus, 1997)¹¹. Además es común la presencia de ansiedad, comer solo por el hecho de hacerlo más allá de que haya o no hambre, comer cuando se está aburrido y solo, pensar y ansiar ciertos alimentos sobre todo los alimentos dulces, comer afuera o ir a fiestas. La ingesta compulsiva puede ser fruto de cualquier tipo de sentimiento desagradable entre ellos, la depresión tiene un rol preponderante en el desarrollo de estas patologías. La depresión se caracteriza por manifestar tristeza, falta de interés, sentimiento de culpa, falta de autoestima, cansancio, trastornos del sueño y del apetito y falta de concentración. Un factor que contribuye a que haya depresión en pacientes con trastornos alimentarios es la combinación del impulso descontrolado y la inestabilidad afectiva, además suele sumarse el abuso de sustancias.

⁹Mckenna RJ. (1972), menciona el enmascaramiento y distractibilidad como conductas que se manifiestan por no poder expresar emociones o sentimientos.

¹⁰Polliv menciona que los DC atribuyen erróneamente la ansiedad relacionada con la amenaza de la autoestima, reinterpretándola como angustia por haber roto la dieta.

¹¹Tannenhaus (1997) junto a los colaboradores tomaron una muestra de mujeres cursando carreras profesionales e investigaron como influían los síntomas físicos que causan los trastornos alimentarios y el malestar psicológico.

Por otro lado, los pacientes con Trastornos alimentarios tienen riesgo de exacerbar los problemas personales y a medida que la sintomatología se agrava este riesgo se incrementa apareciendo un retraimiento o aislamiento social acompañado de una historia familiar que también presenta sus particularidades y en muchos casos, hay antecedentes de depresión por parte de la madre. Pero lo cierto, es que si bien es un factor incidente, la depresión raramente antecede un trastorno de la conducta alimentaria ni tampoco la depresión tiene la posibilidad de presentarse en todos los tipos de trastornos alimentarios sino que se destaca en las pacientes bulímicas que suelen estar angustiadas por su falta de control sobre su alimentación y sobre los efectos negativos de los trastornos alimentarios.

No puede dejar de mencionarse el trastorno de Imagen corporal como uno de los rasgos más importantes en estas patologías. La misma puede definirse como la manera en que uno percibe, se imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo.(Rosen, 1995)¹². La insatisfacción corporal es pues uno de los factores psicológicos de mayor relevancia en los Trastornos de la conducta alimentaria, donde el control del peso a través de los cambios en el comportamiento alimentario será el remedio usado por los pacientes para resolver su apariencia física, secundario a su insatisfacción con la imagen corporal. La insatisfacción suele estar relacionada a una baja autoestima acompañado de una obsesión por conseguir un bajo peso.

La imagen corporal puede definirse en función de 3 componentes (Thompson 1190)¹³ El componente perceptual, asociado a como se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente provoca sobrestimación o percepción del cuerpo en unas dimensiones menores a las reales. En cuanto al componente subjetivo está asociado al factor cognitivo-afectivo, sentimientos, emociones, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo respecto al tamaño corporal y el peso, desencadenando síntomas de ansiedad por la excesiva preocupación por el aspecto físico. El último constructo de la imagen corporal es el componente conductual y son las conductas resultantes de la percepción distorsionada del cuerpo y de sentimientos inapropiados correspondientes, provocando conductas de exhibición y de evitar exponer el cuerpo a los demás.

Finalmente el concepto de imagen corporal que posee varios constructos que lo definen cuando hay un trastorno de la misma que va a estar influenciada por una tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal que no necesariamente se verá

¹² Rosen(1995), define la imagen corporal como la manera en la que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su cuerpo.

¹³Thompson concibe el concepto de Imagen corporal en 3 constructos: Percepción corporal, componente subjetivo cognitivo y componente conductual.

afectada por fallos en la percepción sino que la insatisfacción corporal va a ser la causa principal de la percepción corporal alterada.(Raich, 1994)¹⁴En cuanto a la sobreestimación corporal no siempre se da siempre en los casos de trastornos alimentarios sino que también aparece en casos de obesidad, adolescentes y mujeres de la población en general. Aunque hay una diferencia, y es que en el caso de los trastornos alimentarios siempre hay una valoración negativa de la imagen y emociones intensas.

La autoestima que juega un rol importante en el desarrollo de trastornos alimentarios hace referencia al autoaprecio y el respeto hacia uno mismo. La adolescencia es el periodo más crítico para el desarrollo de la autoestima. Durante la crisis de identidad de esta etapa los jóvenes se cuestionan a sí mismos acerca de la impresión que generan en los demás, pudiendo encontrarse seguros de sí mismos, rechazados, confusos o aceptados. A su vez en esta etapa se conllevan grandes cambios físicos y hormonales que provocan alteraciones constantes en la adolescencia. Sumado a esto la presión social juega un papel muy importante en esta etapa de la vida ya que los jóvenes pasan de la familia al grupo de jóvenes en el cual necesitan sentirse integrados. Tanto la bulimia como la anorexia se observan características como baja autoestima, ansiedad, culpa y baja tolerancia a la frustración.

Para detectar los trastornos alimentarios contamos con distintas señales físicas como en el caso de la anorexia la prolongada reducción de peso que puede conducir a la desnutrición reflejándose en piel reseca y color amarillento, uñas quebradizas y caída del cabello, intolerancia al frío adquiriendo la piel un color morado en pies y manos.

La bulimia suele ser más difícil de detectar debido a que los atracones y conductas purgativas se realizan a escondidas y no se refleja continuamente en una pérdida de peso. En los casos que se sospechen vómitos inducidos se buscaran signos físicos como escoriaciones en las articulaciones interfalángicas de los dedos utilizados para inducir el vómito. (Katia Weissberg, año 2004)¹⁵

En cuanto a las señales psicosociales se podrá observar que son personas que se aíslan socialmente volviéndose irritables, sienten culpa y están de mal humor. La ansiedad, la impulsividad y la inestabilidad emocional son rasgos predominantes en quienes padecen bulimia y a veces estas sensaciones se exacerbaban a la hora de las comidas.

¹⁴Raich(1994), hace más hincapié en los aspectos perceptivos considerándola un constructo que abarca lo que uno piensa y siente de su cuerpo.

¹⁵Katia Weissber (2004)indica que los conflictos de las personas que padecen un trastorno alimenticio son inconscientes y muchas veces se mantienen ocultos para ellas mismas.

La permanente preocupación por el peso y la delgadez de quienes sufren estos padecimientos, por un lado se extiende al entorno social y critican a la gordura y por otro preguntan a los demás como se ven y se comparan con otras personas. Como la percepción de sí mismos es distorsionada recurren a los demás para buscar corroboración y aprobación. Las personas con trastornos de la alimentación no pueden experimentarse a sí mismas como individuos unificados y autocontroladas capaces de dirigir su vida. Al mismo tiempo son personas que debido a la presión y exigencia familiar en la que se encuentran presentan alto rendimiento escolar o profesional en contraposición con desajustes en lo social, sexual y marital. (Costin, año 2002)¹⁶

En cuanto al impacto que producen los trastornos alimentarios en la salud se observan distintos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que producen distintas complicaciones como arritmias cardíacas debido al abuso de conductas evacuativas, hasta la disminución del tamaño de las cavidades del corazón, mala circulación y baja presión arterial. La presencia de estas disfunciones cardíacas es causa de mortalidad en estos pacientes. La inducción al vómito en el caso de la bulimia puede provocar agrandamiento en las glándulas salivales, alcalosis metabólica, hematemesis, esofagitis, hemorragia digestiva e hipopotasemia que puede generar ataque cardíaco. El abuso de conductas purgativas puede provocar desequilibrios hidroelectrolíticos de gravedad. En el caso de las mujeres se presentan alteraciones menstruales presentándose amenorrea cuando es anorexia e irregularidades menstruales en el caso de la bulimia. En los hombres puede presentarse falta de interés sexual, de los niveles de testosterona y anormalidades testiculares. En ambas patologías se presentan trastornos gastrointestinales como dolores e inflamación abdominal, cólicos, constipación y diarreas.

Por otro lado y siendo relevante en el presente trabajo cabe destacar que estos trastornos presentan una alta comorbilidad con el uso y abuso de sustancias (Bulik 2004)¹⁷ En el caso de la bulimia parecen tener un consumo mayor que la población en general, mientras que en el caso de la anorexia nerviosa algunos estudios que el consumo de drogas no suele ser diferente al de la población en general.

Cabe destacar que entre los diferentes subgrupos de trastornos alimentarios y los diferentes tipos de sustancias que se utilizan para concretar en qué tipo de trastorno se produce un mayor uso o abuso de drogas y cuales drogas. Sin embargo hay pocas evidencias aun que definan concretamente dicha asociación. Si se ha demostrado una

¹⁶Costin C, Año 2002, señala que algunas mujeres manifestaron la fantasía de querer ser exitosas en áreas consideradas masculinas.

¹⁷Bulik(2004) las personas con problemas alimentarios presentaron características obsesivas como perfeccionismo, ansiosos y disposición impulsiva.

relación directa entre los atracones y las dietas, con o sin conductas purgativas, y el uso y abuso de sustancias estimulantes como el tabaco, alcohol, anfetaminas, cocaína o medicación psicotrópica.(Piran, año 2006)¹⁸ Algunos estudios han encontrado que los pacientes con Anorexia nerviosa de tipo restrictivo en los cuales hay ausencia de atracones y conductas purgativas, consumen menos cannabis y estimulantes que los casos de anorexia de tipo compulsivo y purgativo recurriendo regularmente a purgas y conductas compensatorias. Además son rasgos característicos de ambas patologías la impulsividad y la depresión.

Sin duda que la complejidad de ambas patologías tanto los trastornos alimentarios como las adicciones conllevan a un desorden en la química corporal que afectara el estado nutricional así como también el estado anímico y emocional de los pacientes.

¹⁸Piran y Robinson (2006) el objetivo en su investigación fue demostrar si existe relación entre el consumo de drogas y los trastornos de la alimentación.

Capítulo 3:
Impacto de consumo de drogas y
trastornos alimentarios en el estado nutricional.



Entre las consecuencias que producen a mediano y largo plazo el consumo crónico de alcohol y drogas son conocidos los mecanismos de acción responsables de los distintos efectos en el organismo. Entre ellos el alcohol reacciona con otros neurotransmisores cerebrales como la dopamina, serotonina y norepinefrina, disminuyendo el recambio de serotonina en el sistema nervioso central. También, actúa sobre los canales de membrana para calcio y cloro, alterando la permeabilidad de la membrana neuronal. Estas modificaciones facilitan la repolarización celular y genera un efecto hiperpolarizante en la célula disminuyendo la actividad funcional en el sistema nervioso central. Por otro lado, incrementa la síntesis de ácidos grasos y triglicéridos con disminución de la oxidación generando hiperlipidemia y como consecuencia hígado graso muy común en los alcohólicos crónicos. Al aumentar la relación lactato/piruvato se produce hiperlactacidemia que conlleva a la disminución de la excreción renal de ácido úrico con la consiguiente hiperuricemia y gota. El alcohol lesiona la mitocondria por interferencia directa del alcohol y acetaldehído sobre la síntesis de ATP. Inhibe la secreción de albúmina y la síntesis de glicoproteínas hepatocitarias produciendo hipoproteinemia, la cual lleva a una alteración funcional de la membrana plasmática. La interferencia en la síntesis de proteínas que produce el alcohol así como el déficit de vitamina B1 y la acción del acetaldehído sobre las mitocondrias se manifiesta en las fibras musculares. Además inhibe la gluconeogénesis y aumenta la resistencia a la insulina. En los casos de cetoacidosis se presentan también intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina. La insulina es antagonizada por el incremento de la hormona de crecimiento, catecolaminas, cortisol, glucagón y ácidos grasos libres.

En cuanto al impacto en el estado nutricional, puede producirse malnutrición primaria que ocurre cuando el alcohol comienza a reemplazar otros nutrientes de la dieta y malnutrición secundaria cuando el aporte de nutrientes es adecuado pero el alcohol interfiere con su absorción en el intestino delgado. La persistencia en la ingestión de etanol comporta una pérdida muscular. A su vez también hay pacientes que ingieren grandes cantidades de alcohol y al mismo tiempo hacen una dieta rica en grasas y además llevan una vida sedentaria; al contrario de malnutrición, tienden a presentar obesidad central o troncular siendo más común este patrón en mujeres. (Feinman, 1998)¹El estado nutricional refleja en cierta manera el total de calorías que se ingieren diariamente en forma de alcohol. Si la ingestión de alcohol supera el 30% del aporte calórico total, se reduce significativamente el aporte de hidratos de carbono, proteínas,

¹Feinman (1998) investiga el desarrollo de obesidad y sobrepeso en pacientes con alcoholismo considerando el alcohol como una sustancia soluble en agua y lípidos que puede penetrar fácilmente en la célula dañándola.

grasas y la ingesta de vitaminas A, C y tiamina están por debajo de los niveles recomendados. La tiamina, actúa como coenzima de otras enzimas relacionadas con el metabolismo y aprovechamiento energético de la glucosa en el cerebro, la deficiencia de esta vitamina origina que el metabolismo cerebral de la glucosa se desvíe hacia la vía anaeróbica disminuyendo con ello, su rendimiento energético. (Charnes, 1989)²

También se producen déficit de calcio y magnesio teniendo influencia en síntomas de osteoporosis entre otras dolencias óseas, articulares y cambios en el sistema nervioso central.

El calcio es uno de los constituyentes iónicos más importantes en el organismo. La concentración sérica del calcio es de 8,5 a 10,5 mg/dl y normalmente dicha concentración está regulada por el complejo hormonal de la parathormona y calcitonina que nos permiten mantener los valores de calcio en los niveles normales.(Bianchi, 2003)³ El calcio corporal se encuentra en un 90 % en huesos y dientes y se puede encontrar en varios alimentos, entre ellos los frutos secos, vegetales de hojas verdes, semillas y lácteos.(Sierra, año 2007)⁴

En cuanto a sus funciones el calcio forma parte de todas las células y también forma parte del ADN, ARN y fosfolípidos que transportan el colesterol en la sangre. También es necesario para la secreción de la leche materna, interviene en la formación de las células musculares, fortalecimiento de las membranas celulares y balance hidroelectrolítico. Contribuye de esta manera a mantener el equilibrio ácido/base en la sangre y es amortiguador en el líquido intra y extracelular en la luz de los túbulos renales, forma el tejido nervioso interviniendo en el mantenimiento de la actividad intelectual y sexual. (Robert, año 2003)⁵ Además interviene en funciones fisiológicas como la formación de huesos y dientes, coagulación sanguínea, permeabilidad y excitabilidad de las neuronas y sus membranas, ritmo cardíaco, contracción muscular, procesos de reabsorción a nivel tubular, crecimiento, actividad de diversos sistemas enzimáticos, que dependen del calcio y liberación de hormonas.

Su metabolismo se halla íntimamente relacionado al del fósforo y la absorción se realiza en forma de fosfatos. Sin embargo su absorción en el intestino es pequeña porque ambos son insolubles y siendo el calcio un catión divalente su absorción es más difícil en la mucosa intestinal. La absorción de los fosfatos puede ser fácil, pero si

²Charnes (1989) y colaboradores investigaron la asociación entre el consumo de alcohol y la resistencia a la insulina.

³Bianchi y otros (2003) describen el metabolismo fosfocálcico y su regulación hormonal.

⁴Sierra Alonso, Morante Sonia y Pérez Quintanilla, año 2007. Describieron funciones y metabolismo de fósforo, magnesio y calcio.

⁵Robert. J, Enciclopedia de la medicina Orthomolecular, año 2003

la alimentación es muy rica en calcio el compuesto que resulte será fosfato cálcico insoluble que seguirá por el intestino eliminándose por las heces en lugar de ser absorbidos. Las fuentes de calcio de la dieta están constituidas por los lácteos y carnes, aunque también son ricos los alimentos como los frutos secos, vegetales de hoja verde y semillas como por ejemplo de sésamo. El contenido normal en una dieta es de aproximadamente 1000 mg juntándose con las secreciones gastrointestinales. Siendo su absorción en el intestino delgado de un 45 % y el resto eliminándose por las heces. Sólo durante los períodos de mineralización esquelética acelerada como el crecimiento, embarazo y lactancia su absorción es total. Su deficiencia depende de los requerimientos cálcicos del organismo y generalmente se encuentra equilibrada con las pérdidas fecales y urinarias. El calcio que es reabsorbido en el intestino se encuentra equilibrado con el del líquido extracelular y éste a su vez se encuentra en equilibrio con el intracelular. El hueso presenta un importante rol en el metabolismo fosfocálcico actuando como un depósito de calcio. Además se encuentra en continuo equilibrio dinámico, participando las células del tejido óseo, osteoclastos que son las células reproductoras del hueso y osteocitos, responsables de la mineralización del hueso. La actividad de los osteocitos es controlada por la concentración de calcio del líquido extracelular, niveles elevados de calcio y la calcitonina inhiben la desmineralización del hueso, mientras que niveles bajos de calcio y la PTH la aumentan.

Otra de las deficiencias que se observa en las adicciones es la de magnesio, que es el cuarto catión más abundante del organismo y el segundo en importancia en la célula dentro de la célula. Aproximadamente un 30% se encuentra en el líquido intracelular, un 68 % en los huesos y entre el 1 y 2% en el suero. Cerca del 35 % del magnesio sérico se encuentra unido a proteínas y el resto en forma de iones libres o complejos de bajo peso molecular. Entre las funciones que cumple se puede mencionar que interviene en la síntesis y utilización de compuestos ricos en energía como el enlace que se encuentra en la molécula de ATP que depende de la concentración de calcio y magnesio que participan de la formación de las enzimas, además de ser un elemento estabilizador de la membrana celular al constituir los fosfolípidos encargados de dicha función. Además, regula el cotransporte de Na, Cl, KCl e influye en el movimiento de iones a través de Ca, K y Na, a nivel mitocondrial mantiene la permeabilidad de la membrana y la fosforilación y producción de ATP. (Noboa, año 2012)⁶. Necesario también para mantener la estabilidad física de los ribosomas, manteniendo los

⁶Noboa examinó los cambios de las concentraciones séricas de magnesio y calcio en un grupo de individuos alcohólicos y otro grupo control. Las concentraciones de ambos elementos en el grupo de alcohólicos fue significativamente más baja que las del grupo control.

complejos de ARN y junto a los factores de elongación y polimerización forma polipéptidos y la conformación más estable de la proteína. Es fundamental para diversas funciones fisiológicas, en el sistema neuromuscular, interviniendo en la excitabilidad neuronal y muscular, a nivel cardiovascular funciona como antihipóxico, cardioprotector, antiisquémico. También protege las paredes de los vasos, funciona como antitrombótico, estabiliza los eritrocitos y aumenta la producción de leucocitos. En otros sistemas cumple funciones como el crecimiento y maduración ósea, interviene en la transmisión genética, activa la movilidad de los espermatozoides, síntesis del surfactante pulmonar, activa funciones hepáticas, interviene en funciones antialérgicas y en la producción de hormonas. Su absorción se realiza en el intestino delgado y es cerca de un 90%, el resto en estómago e intestino grueso. Una deficiencia de vitamina B1 y vitamina B6 produce descenso del transporte de magnesio. Otro factor importante es el equilibrio ácido base, ya que en los casos de acidosis la absorción aumenta. Una vez absorbido el magnesio es distribuido a los distintos tejidos siendo el óseo donde se encuentra en mayor proporción. La vía más importante de expresión es la digestiva, si la dieta es muy rica en magnesio las pérdidas en heces pueden llegar a un 75% mientras que con ingesta pobre estas pérdidas se reducen a un 30%. Aunque son difíciles de cuantificar se estima que se dan pérdidas también a través de la bilis, jugo intestinal y pancreático. La tercera parte del magnesio que ingresa al organismo por la dieta se excreta por orina. Es fundamental el buen funcionamiento de los riñones, entre un 95 a 97 % del magnesio filtrado es reabsorbido y solo un 3 a 5% es excretado. (Maldonado, 1993)⁷. Entre un 20 a 30 % es reabsorbido en el túbulo proximal y la parathormona y calcitonina aumentan la reabsorción tubular. La hormona del crecimiento, la antidiurética, las suprarrenales, andrógenos y estrógenos aumentan la excreción urinaria.

Cuando las concentraciones séricas se encuentran por debajo de 1,9 mg/dl se define como hipomagnesemia y está asociado con el alcoholismo crónico, debido a la restricción dietética desarrollándose síndromes de malabsorción con vómitos y diarreas prolongadas con grandes pérdidas de magnesio. Síntomas similares se presentan en los pacientes con hipocalcemia, que se presenta junto con la hipomagnesemia siendo con frecuencia como trastornos electrolíticos combinados. Las manifestaciones que se dan son irritabilidad del sistema nervioso central, convulsiones, de músculo esquelético e irritabilidad cardíaca además, puede facilitar aparición de arritmias cardíacas. Su deficiencia crónica disminuye la secreción de

⁷Maldonado Manuel (2003) describe el proceso de filtración glomerular.

parathormona que se traduce clínicamente en hipocalcemia. Niveles bajos de esta para el nivel de calcio indican depleción de magnesio de corta duración.

Entre las manifestaciones neurológicas que se dan en la hipomagnesemia a nivel del sistema nervioso central puede producirse cefalea, vértigo, insomnio, fatiga visual, temblores en los brazos, apatía, irritabilidad, hiperemotividad ansiosa con agitación y excitación y depresión. A nivel periférico se presentan parestesias, hormigueos, debilidad muscular, contracturas y calambres.

Por otro parte el efecto sinérgico entre la cocaína y el calcio ocasiona alteraciones en la presión arterial y efectos a nivel del sistema nervioso central, así como también se ha reportado que pacientes adictos a la cocaína presentaron daños severos a nivel de vértebras lumbares observando erosión parcial del cuerpo vertebral sin razón patológica aparente. Se evidencia con la calidad ósea de estos individuos, los cuales muestran deformación aparente de pómulos y maxilares así como una mala calidad dental, así como dolores musculares agudos y presencia temprana de dolores articulares. Varios síntomas físicos como dolor en el pecho, náuseas, visión nublada, espasmos musculares, convulsiones pueden atribuirse a la carencia de calcio y magnesio, inclusive se sabe que el magnesio previene arritmias cardíacas. (Morales, 2003)⁸. Estos pacientes con ambos elementos disminuidos presentan mayor vulnerabilidad de enfermedades cardíacas tempranas.

Además, los psicofármacos también producen variaciones en el estado nutricional. Los efectos que producen los ansiolíticos y antidepresivos en el peso son variables, por un lado, la acción anticolinérgica que facilita el estreñimiento y la retención urinaria y por el otro una acción antihistamínica que da lugar al aumento de apetito con el consecuente aumento de peso. También pueden producir efectos adversos como el impulso a la ingesta de hidratos de carbono que favorece también el aumento de peso. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina utilizados en la depresión y algunas veces en el tratamiento de trastornos alimentarios ya que la modificación de la serotonina puede provocar alteraciones significativas en la conducta alimentaria como el efecto saciante.

En el caso del consumo de marihuana, se ha confirmado que no sólo tiene efectos importantes en el sistema nervioso sino que también estimula la pérdida ósea y aumenta el riesgo de desarrollar osteoporosis. (Corral, año 2005)⁹. Esto es debido a

⁸Yasmin Morales(2003) en su trabajo investigó la calidad ósea de los pacientes adictos a marihuana y cocaína los individuos que se evaluaron en la investigación presentaron dolores musculares y signos tempranos de problemas articulares.

⁹ Miguel Ángel Corral (2005) menciona que el consumo excesivo de cannabis no solo tiene efectos importantes sobre el sistema nervioso sino que también estimula pérdida de masa ósea.

que la marihuana estimula la producción de osteoclastos que son las células que provocan la pérdida de la masa ósea.

Teniendo en cuenta que la sustancia en sí afecta el cuerpo se van a producir como consecuencia cambios negativos en el estilo de vida y la alimentación se desequilibra y es irregular. Entre el grupo de los opiáceos afectan el aparato digestivo produciendo en algunos casos estreñimiento y también diarreas, náuseas y vómitos. Estos síntomas pueden llevar a una falta de nutrientes y desequilibrios electrolíticos como el sodio, potasio y cloruros. En el caso del alcohol las deficiencias nutricionales más comunes son la de piridoxina o vitamina B6, tiamina y ácido fólico, produciéndose anemia y problemas en el sistema nervioso. El síndrome de Korsakoff o cerebro húmedo se produce cuando hay deficiencia de tiamina. La intoxicación con alcohol también causa daños en los dos grandes órganos involucrados en el metabolismo y son el hígado encargado de eliminar las toxinas de las sustancias dañinas y páncreas que regula la absorción de azúcar en la sangre y absorción de la grasa. (O' Connor, 2011)¹⁰. El daño de estos dos órganos produce desequilibrios de líquidos, calorías, proteínas y electrolitos.

Como complicaciones metabólicas puede presentarse desnutrición grave, convulsiones, diabetes, hipertensión arterial y daño hepático que puede desencadenar cirrosis. También aumenta el riesgo de osteoporosis y en algunos casos se indican suplementos. Mientras que los estimulantes como la cocaína disminuyen el apetito produciendo desnutrición grave, además los consumidores de estas drogas pueden permanecer despiertos durante días y pueden deshidratarse y sufrir desequilibrios electrolíticos. La marihuana por el contrario, estimula el apetito y algunos consumidores pueden presentar sobrepeso y es posible que sea necesario reducir las calorías totales, azúcares y grasas.

La recuperación de la adicción también produce cambios en el cuerpo, en el metabolismo, funcionamiento de los órganos y bienestar mental colaborando durante el proceso de curación. Una dieta equilibrada reducirá los síntomas y complicaciones y es recomendable una dieta rica en fibra y en carbohidratos complejos. Las personas con problemas de drogadicción son más propensas a recaer cuando tienen malos hábitos alimentarios y es por eso que las comidas regulares cobran vital importancia. Además, a menudo estos pacientes olvidan como es la sensación de tener hambre y más bien la interpretan como un deseo intenso de consumir. La deshidratación es frecuente durante la recuperación y es importante obtener líquidos en las comidas. El

¹⁰ El abuso de alcohol también produce complicaciones como daño en las neuronas, cáncer de páncreas, esófago, demencia, disfunción eréctil, insomnio y desnutrición.

apetito por lo general retoma durante la recuperación y en algunos casos pueden comer con más frecuencia en especial cuando hubo consumo de estimulantes.

Algunas pautas que pueden citarse a fin de colaborar desde la alimentación durante la recuperación será que incorporen refrigerios nutritivos, realizar actividad física y descansar lo suficiente, tomar suplementos de vitaminas y minerales, reducir la cafeína y el tabaco.

Por otro lado, cuando se presenta trastorno de la conducta alimentaria como la anorexia junto con la amenorrea que se encuentra presente también es común la presencia de osteopenia que puede desencadenar osteoporosis y provocar luego fracturas. Los factores nutricionales desempeñan una función relevante en el proceso de mineralización ósea. En algunos casos las pacientes con anorexia nerviosa al momento del diagnóstico presentan osteopenia en el análisis de la densidad mineral ósea. En cuanto a los niveles de paratohormona, osteocalcina y calcitonina en estas pacientes se hallan generalmente dentro de los límites de la normalidad. El gran déficit de calcio de estas pacientes y el déficit de aminoácidos, debido al estado de ayuno, harían muy difícil la restauración de la masa ósea. (Powers, 1999)¹¹

En el caso de los pacientes con bulimia suelen tener un índice de masa corporal normal y frecuentemente se observa depresión. También se dan trastornos del metabolismo, y como los cambios en el peso que son cíclicos puede incrementarse la eficiencia metabólica y es concebido que los esfuerzos para la pérdida de peso induzcan un estado de la conservación de la energía que promueve una ganancia de peso, que a su vez conduce a esfuerzos mayores para reducirlo nuevamente. Las alteraciones de la serotonina y el eje hipotalámico – hipófisis – adrenal pueden estar relacionados con la disminución de los niveles de leptina que puede conducir a la generación de atracones alimentarios en la bulimia nerviosa. Los patrones diurnos de secreción de leptina se encuentran alterados en pacientes que presentan episodios de alimentación compulsiva. Dicha hormona que se encuentra en el adipocito actúa en el hipotálamo como inductor de la saciedad. Los patrones diurnos de su secreción se encuentran alterados en pacientes que presentan episodios de atracones. En pacientes con bulimia nerviosa se han encontrado también niveles disminuidos del neuropéptido estimulante de la gastrina que actúa a nivel central como un anorexígeno. (Nusseyss, 1995)¹². Cuando la colecistokinina se encuentra elevada sobre todo posprandialmente en pacientes con episodios frecuentes de alimentación compulsiva se produce un retardo en el vaciamiento gástrico con el

¹¹Powers, año 1999, investiga el tratamiento de la osteoporosis en los trastornos alimentarios.

¹²Nusseyss estudió la posible asociación entre hiperinsulinemia y ovario poliquístico.

consiguiente aumento de la capacidad gástrica. Además la colecistokinina es la hormona inhibitoria de la motilidad gástrica secretada por el yeyuno como respuesta a los lípidos del quimo bloqueando a su vez el aumento de la motilidad gástrica provocado por la gastrina. Se ha encontrado también que el aumento de las porciones ingeridas incrementa el deseo de sobreingesta. En pacientes bulímicas las concentraciones de betaendorfinas se encuentran significativamente elevadas. La presencia de dicho aumento durante las 24 horas de dicho día sugiere la presencia de un tono opioide elevado, que puede cumplir un papel importante en la fisiopatología de los episodios de alimentación compulsiva. Los niveles de noradrenalina y serotonina se encuentran disminuidos. Los niveles de dopamina son similares o se encuentran disminuidos en relación con los controles. En pacientes con bulimia nerviosa se han encontrado niveles basales disminuidos de triptófano en sangre, siendo el principal precursor de la serotonina y según evidencias clínicas las mujeres con bulimia nerviosa son más vulnerables a los cambios de ánimo inducidos por una dieta deficiente de triptófano, sugiriendo modulación alterada de los sistemas neuronales centrales de serotonina.

En cuanto a la insulina en algunos casos pueden observarse niveles de insulina basal significativamente más bajos en pacientes con bulimia. En cuanto a los resultados de las pruebas de tolerancia a la glucosa la bulimia nerviosa se ha relacionado con una exagerada respuesta de la insulina en pacientes con vómitos y atracones relativamente infrecuentes con peso estable. Esta exagerada respuesta, es vista como una adaptación fisiológica a los periodos intermitentes de ayuno y se considera reversible con el tratamiento. Aunque también, han sido normales en pacientes que no han presentado atracones o conductas compensatorias importantes en 4 semanas. Por otro lado se ha observado respuestas insulínicas sin picos, en pacientes con vómitos y atracones más frecuentes con peso inestable y sin un patrón basal de alimentación. Dichas respuestas sin picos se asocian con niveles elevados de cortisol plasmático como resultado de una privación nutricional constante y secundaria a trastornos de la conducta mayores. (Russel, 1997)¹³.

También los trastornos de la conducta alimentaria son factores de riesgo en el desarrollo de osteoporosis. La pérdida de masa ósea es una complicación física de la anorexia nerviosa afectando tanto el hueso trabecular como cortical. El efecto sinérgico de desnutrición y la pérdida de estrógenos que se da en los trastornos alimentarios produce una pérdida de masa ósea a través del desacoplamiento entre

¹³Russel J, 1997, realizo un estudio cuyo objetivo fue provocar la respuesta insulínica frente a una carga de glucosa en pacientes con bulimia y relacionar esto con el comportamiento depresivo.

resorción osteoclástica y formación osteoblástica. La leptina puede actuar como factor protector inhibiendo la resorción. Los niveles bajos de triyodotironina en algunos casos puede estar relacionado en la pérdida de masa ósea, debido a que las hormonas tiroideas tienen efecto sobre el cartílago de crecimiento estimulando la mineralización de la matriz como así también la formación y resorción ósea. (Muñoz, 2002)¹⁴. Pueden presentarse como consecuencias secundarias al estado de inanición y pérdida de peso, trastornos endocrinos y metabólicos. El hipercorticismismo también puede tener influencia pero solo en casos de osteopenia severa siendo un indicio de que la pérdida de densidad mineral ósea no es ocasionada por este mecanismo en la mayoría de los pacientes quienes lo presentan tienen un mayor déficit en la formación ósea y pérdida severa de densidad mineral ósea vertebral (Vergely, 2002)¹⁵. La ganancia de peso produce una disminución en los niveles de cortisol sérico y un aumento subsecuente en los niveles de marcadores de formación ósea.

En cuanto a los factores dietéticos, la ingestión de calcio y vitamina D en las mujeres con anorexia nerviosa puede ser muy baja debido a que los lácteos se perciben como alimentos ricos en calorías y grasas. Por otra parte, el hipoestrogenismo, puede generar un aumento en el requerimiento de calcio y la acidosis metabólica como consecuencia del deterioro nutricional estimula la liberación de calcio del tejido óseo.

¹⁴Muñoz y colaboradores, año 2002 estudiaron si la administración de estrógenos por vía oral previene la pérdida de masa ósea en pacientes con bulimia.

¹⁵Vergely año 2002, analizó la influencia de cortisol y el estado nutricional en los niveles de osteocalcina.

Diseño metodológico

Se realizará un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y transversal que tiene como finalidad analizar la prevalencia de trastornos de la alimentación en un centro de recuperación de adicciones. Además se pretende conocer la ingesta alimentaria realizada durante la rehabilitación y también estado nutricional, seleccionando una muestra en forma no probabilística por conveniencia de 71 pacientes comprendiendo grupos de adolescentes y adultos, diagnosticados con patología de adicción según criterios del DSM IV y a través de entrevista clínica, además se explorará la presencia de trastorno alimentario.

Trastornos alimentarios:

Definición conceptual: Conjunto de síntomas que se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo a su edad y ritmo de vida.

Definición operacional: Conjunto de síntomas presentados en los pacientes con adicciones en rehabilitación cuando no reciben la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar y recuperarse adecuadamente. Esta variable se medirá a través de la adaptación de la encuesta para trastornos alimentarios de Garner y Garfinkeld.

Estado Nutricional:

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Definición operacional. Situación fisiológica en la que se encuentra una persona que concurre al centro de rehabilitación por adicciones de acuerdo al sexo y edad. Para definirlo se analiza el peso y la talla que luego serán utilizadas para la determinación del índice de masa corporal.

Peso:

Definición conceptual: Medida volumétrica tridimensional determinada por el total de los componentes del organismo incluyendo fluidos.

Definición operacional: Se determina el peso actual de los pacientes en tratamiento por adicciones que concurren al centro de rehabilitación Posada del Inti por medio de balanza digital Silfab. Serán pesados descalzos con la menor cantidad de prendas posibles, luego se registrara en cuestionario.



Talla:

Definición conceptual: Distancia máxima entre la región plantar y el vértex, en un plano sagital, siendo una medida de crecimiento longitudinal.

Definición operacional: Para la medición de la talla se utiliza estadiómetro desmontable o fijo, con escala de 0 a 200 cm. También puede utilizarse cinta métrica adosada a la pared, cuidando que sigan una dirección vertical. Descalzo y con la menor cantidad de ropa posible a fin de divisar claramente todas las partes del cuerpo, indicándole al paciente que se coloque de pie sobre una superficie plana, la cual debe estar en ángulo recto con respecto al estadiómetro; los talones unidos tocando la superficie vertical donde está colocado el aparato y los bordes internos de los pies en un ángulo aproximado de 60°. Los brazos deben caer a los lados del cuerpo y la cabeza orientarse en el plano de Frankfort, lo cual se logra adecuadamente cuando la visión del sujeto se proyecta en el mismo plano de la línea imaginaria tragio-orbital. Desde esta posición el evaluador indica que inhale profundamente y mantenga la respiración sin alterar la carga transmitida al piso a través de los pies. Mientras el sujeto sostiene la inhalación, el evaluador ejerce una leve presión sobre los procesos mastoideos y así lograr que el sujeto se estire. El sujeto se retira y se efectúa la lectura.

Índice de masa corporal (I.M.C):

Definición conceptual: Es una medida de asociaciones entre el peso y la talla de un individuo también llamado Índice de Quetelet o BMI en inglés. Se calcula según la expresión matemática P/T^2 . En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional de acuerdo con los valores propuestos por la OMS.

Definición operacional: Luego de haber utilizado la fórmula matemática se verifica el resultado en la tabla presentada a continuación, la cual describe los puntos de corte para este indicador propuesto por la OMS. El I.M.C permite una rápida interpretación del estado proteínico energético crónico con base en la talla y peso del individuo en recuperación.

Tabla 1: Clasificación estado nutricional a través de Índice de masa corporal. Fuente: Tablas de la OMS

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	< 18.50	< 18.50
Delgadez severa	<16.00	<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Delgadez aceptable	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00	≥ 25.00
Preobeso	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obeso	≥ 30.00	≥ 30.00
Obeso tipo I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obeso tipo II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obeso tipo III	≥ 40.00	≥ 40.00

Ingesta alimentaria:

Definición conceptual: Introducción de alimentos y bebidas al organismo que luego serán metabolizados en el aparato digestivo para así cubrir las necesidades fisiológicas.

Definición operacional: Introducción de alimentos o bebidas al organismo por parte de los pacientes en tratamiento que concurren al centro de rehabilitación por adicciones Posada del Inti. La ingesta alimentaria será evaluada a través de una encuesta de frecuencia de consumo de todos los grupos de alimentos para luego comparar con las tablas de recomendaciones diarias de energía, macronutrientes y micronutrientes de referencia según sexo y edad, utilizando el indicador % de adecuación para hidratos de carbono, proteínas, grasas, calcio y magnesio.

Macronutrientes: Aquellos nutrientes requeridos en mayores cantidades como hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Micronutrientes: Nutrientes también esenciales requeridos en menor cantidad como calcio y magnesio.

Tabla 2: RDA Energía.

Categoría	Edad (años) o condición	Peso (kg)	Altura (cm)	T.M.B.a (kcal/día)	Ración media de kcal b		
					Múltiplo-TMB	Por kg	Por día c
Varones	11-14	45	157	1440	1,7	55	2500
	15 - 18	66	176	1760	1,67	45	3000
	19 - 24	72	177	1780	1,67	40	2900
	25 - 50	79	176	1800	1,6	37	2900
	51 +	77	173	1530	1,5	30	2300
Mujeres	11 -14	46	157	1310	1,67	47	2200
	15 - 18	55	163	1370	1,6	40	2200
	19 - 24	58	164	1350	1,6	38	2200
	25 - 50	63	163	1380	1,55	36	2200
	51 +	65	160	1280	1,5	30	1900

Fuente: Tablas de la OMS

Tabla N° 3: RDA Proteínas

Categoría	Edad (años) o condición	Peso (kg)	Ración dietética recomendada	
			(g/kg)	(g/día)
Varones	11 - 14	45	1,0	45
	15 - 18	66	0,9	59
	19 - 24	72	0,8	58
	25 - 50	79	0,8	63
	51 +	77	0,8	63
Mujeres	11 - 14	46	1,0	46
	15 - 18	55	0,8	44
	19 - 24	58	0,8	46
	25 - 50	63	0,8	50
	51 +	65	0,8	50

Fuente: Tablas de la OMS

Tabla N°4: RDA lípidos

6+Categoría	Edad o condición	Recomendación
Total grasas	Adolescentes y adultos	20-35 %
Saturadas		< 10 %
Monoinsaturadas		15-20 %
Polinsaturadas		6-11%
Colesterol		< 200 mg

Fuente: Tablas de la OMS

Tabla N° 5: RDA Calcio y magnesio

categoría	Edad.(años) o condición	Peso (kg)	Altura (cm)	Calcio (mg)	Magnesio (mg)
Varones	11 - 14	45	157	1200	270
	15 - 18	66	176	1200	400
	19 - 24	72	177	1200	350
	25 - 50	79	176	800	350
Mujeres	51 +	77	173	800	350
	11 - 14	46	157	1200	280
	15 - 18	55	163	1200	300
	19 - 24	58	164	1200	280
	25 - 50	63	163	800	280
	51 +	65	160	800	280

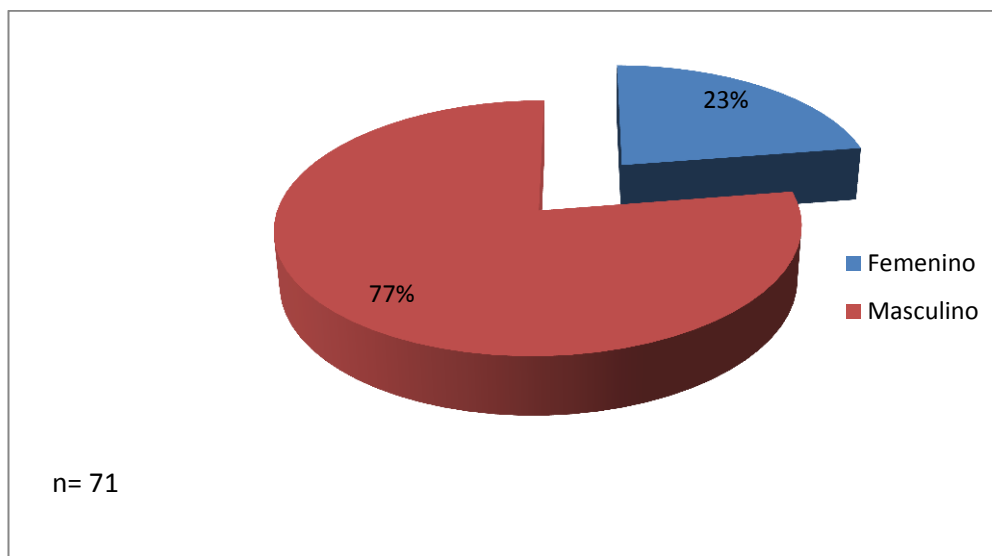
Fuente: Tablas de la OMS

Análisis de datos

En la presente investigación a fin de obtener la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en un Centro de rehabilitación por adicciones se realizó el cuestionario EAT-26. Además, se les presentó a los pacientes un cuestionario de frecuencia de consumo con el objetivo de analizar ingesta alimentaria y deficiencia de calcio y magnesio, junto con una evaluación de estado nutricional a través de la medición de peso y talla. Para ello se tomaron los datos en 2 comunidades de internación que posee un centro de rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata. La recolección de datos se desarrolló entre los meses junio hasta agosto.

Inicialmente se presenta la distribución por sexo de los pacientes que participaron del siguiente estudio.

Gráfico N°1: Distribución por sexo:

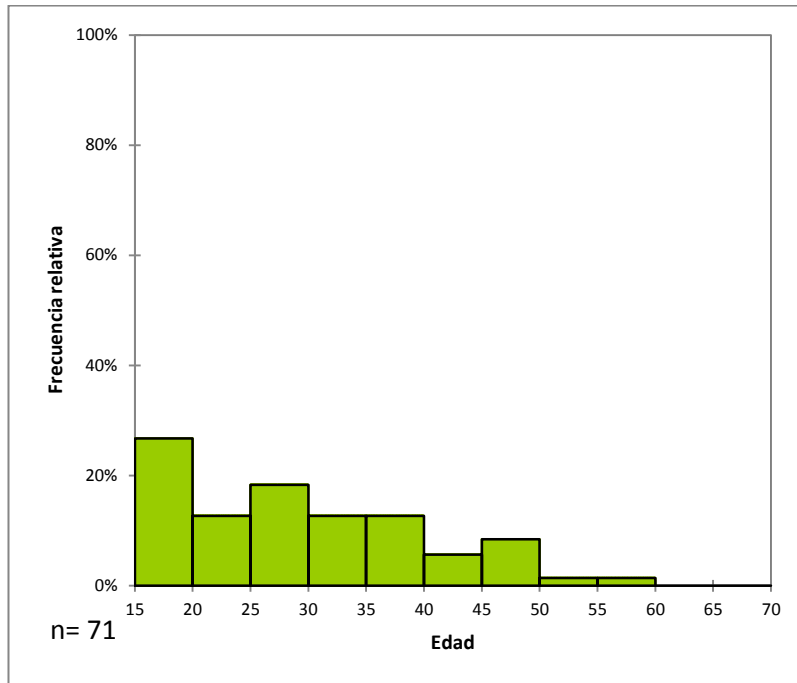


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se observa que la mayor parte de la muestra corresponde al sexo masculino representando un 77% de la misma.

Con respecto a la distribución por edad se obtienen los siguientes resultados:

Gráfico N°2: Distribución por edad

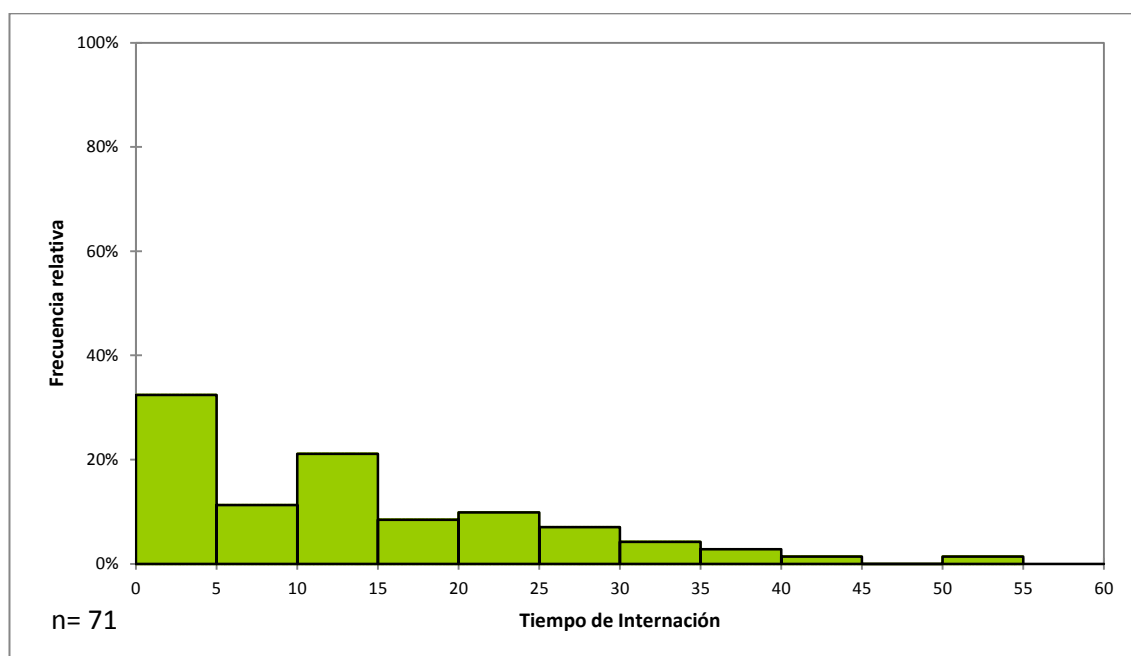


Fuente: Elaboración propia.

A partir del gráfico anterior se observa que las edades oscilan entre 15 y 60 años con un promedio de 28,9 años y un desvío de 10,7 años. El rango etáreo que presenta el porcentaje más alto corresponde a los pacientes de entre 15 y 20 años que representan un 27% de la muestra, seguido por el rango etáreo de entre 25 y 30 años que representa un 18%.

Seguidamente se presentan los datos correspondientes al tiempo de internación en semanas de los pacientes que participaron de este estudio.

Gráfico N° 3: Distribución del tiempo de internación

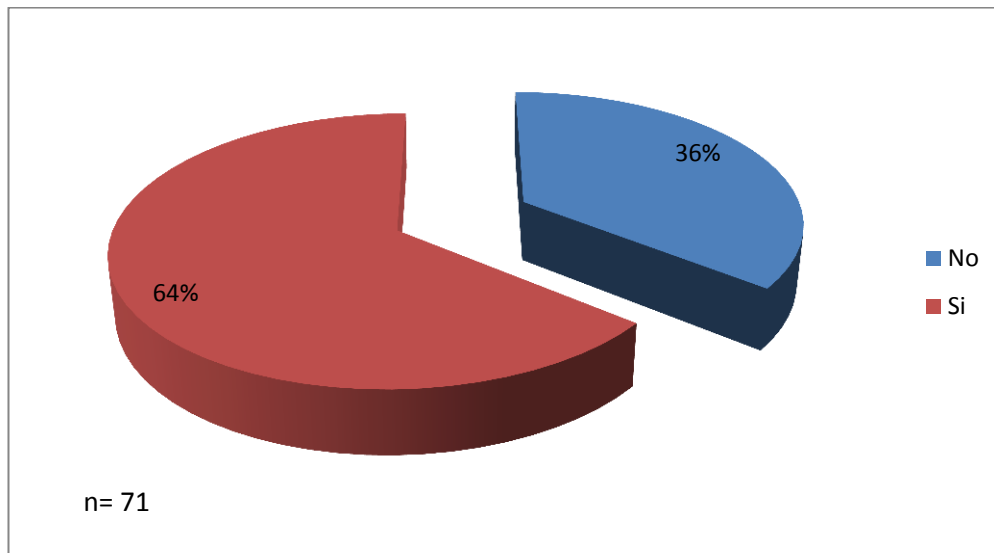


Fuente: Elaboración propia.

El tiempo de internación oscila entre 0 y 55 semanas con un promedio de 13 semanas y un desvío de 11 semanas. En la distribución por semanas se observa el porcentaje más alto entre aquellos pacientes que se encuentran en rehabilitación por un periodo inferior a las 5 semanas representando un 32% de la muestra. En segundo lugar se ubican aquellos cuyo tiempo de rehabilitación oscila entre 10 y 15 semanas representando un 21% de la muestra, resultando la distribución de los datos asimétrica positiva.

Seguidamente se indaga a los pacientes que participaron de este estudio acerca de si se encuentran tomando o no medicación. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Gráfico N°4: Distribución de consumo de medicación

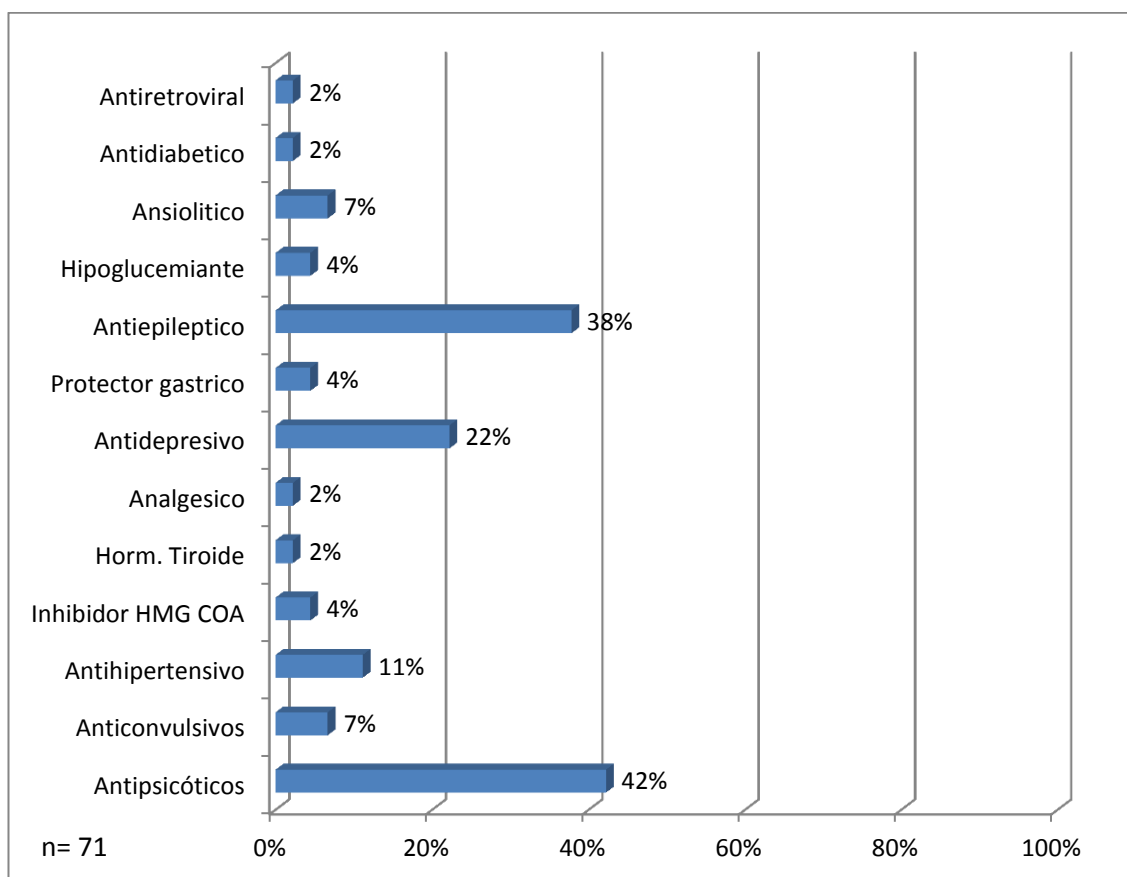


Fuente: Elaboración propia.

En el gráfico anterior se observa una notoria prevalencia de aquellos pacientes que se encuentran actualmente tomando medicación representando un 64% de la muestra.

Seguidamente entre aquellos que manifiestan estar consumiendo medicación actualmente se indaga acerca del tipo de medicación que consumen, obteniéndose los resultados que se presentan en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 5: Tipo de medicamentos consumidos

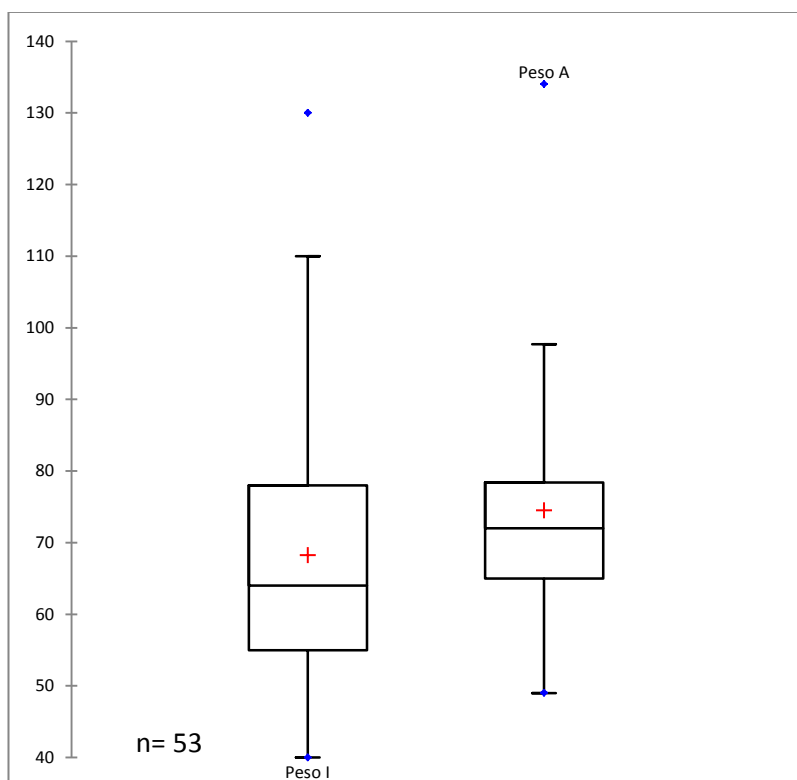


Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente gráfico puede observarse que la medicación más consumida entre los pacientes es la que corresponde al grupo de antipsicóticos representando un 42 % seguido de los antiepilépticos con un 38 % y los antidepresivos con un 22 %.

Entre aquellos pacientes que se tiene registro de su peso al iniciar el tratamiento y su peso actual se presentan las distribuciones de ambas mediciones.

Gráfico N° 6: Distribución de los pesos al ingresar en el tratamiento y peso al momento de realizar la evaluación.

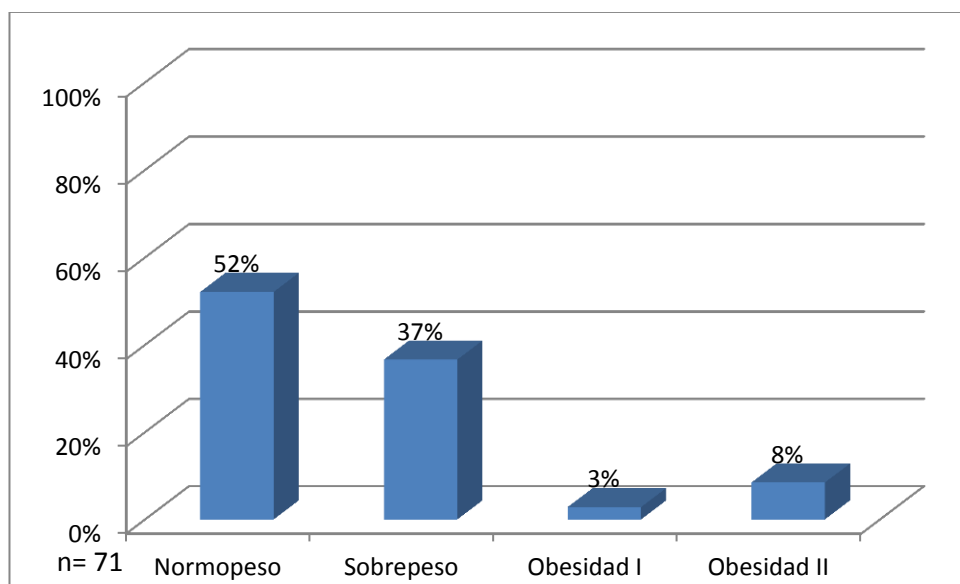


Fuente: Elaboración propia.

Entre los valores obtenidos a partir del registro de peso inicial se observó que el peso más bajo fue de 40 kg, el máximo 130 kg y el promedio 68,24 con un desvío de 18,8. Actualmente la distribución oscila entre 49 kg el peso más bajo, 134 kg el más alto y 74,49 el promedio, con un desvío de 15,5 presentándose concentración de los datos.

Luego de haber sido registrados el peso y talla de los pacientes se obtiene el índice de masa corporal (IMC) los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Gráfico N° 7: Distribución del IMC



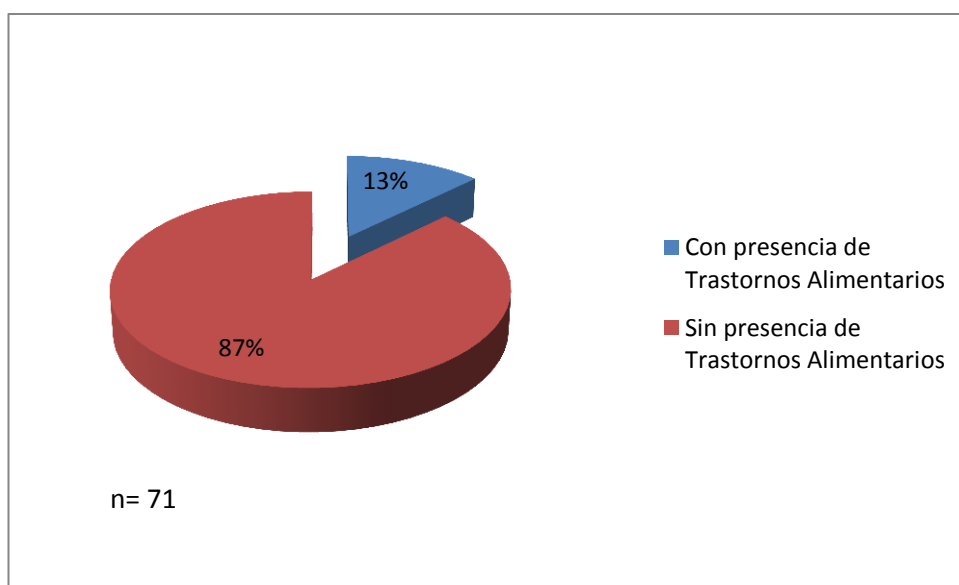
Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que mayormente la condición es normopeso representando un 52% de la muestra aunque, seguido a ello también se presenta un porcentaje de sobrepeso considerable que representa el 37 % de la muestra. Finalmente un 8% de los pacientes representan obesidad de tipo 2 y solo un 3% obesidad grado 1.

Seguidamente se realizó a cada paciente el cuestionario EAT- 26 que consiste en una serie de afirmaciones con la posibilidad de elegir una de las 6 opciones de cada ítem que contesta el paciente y a través del cual se define presencia de trastorno alimentario. El puntaje estimado para afirmar la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria es de 20 en adelante.

A continuación se presentan los resultados:

Gráfico N° 8: Distribución de Trastornos alimentarios:



Fuente: Elaboración propia.

Si bien la mayor parte de la muestra no presenta trastorno alimentario representando un 87% de la misma, se observó que un 13% de la misma sí presentó algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Los valores que determinan presencia de trastorno alimentario oscilan entre 20 y 31.

Con respecto a la ingesta alimentaria se observa que el consumo de hidratos de carbono es inadecuado por exceso, el de proteínas adecuado y grasas adecuado pero con predominio de ácidos grasos saturados. En cuanto a los 2 micronutrientes que fueron evaluados, calcio y magnesio, resultó inadecuada por deficiencia. Dichos resultados se presentaron mayormente en toda la muestra debido a que cada paciente recibe el mismo menú y en las mismas proporciones. A través de un recordatorio de 24 horas se indagó acerca de las 4 comidas principales realizadas observándose que las mismas representan porciones copiosas. Además se pudo apreciar un bajo consumo de vegetales y frutas frescas.

Conclusiones

Los trastornos alimentarios conforman una patología compleja y multifactorial que han sido de interés en los investigadores debido a las alteraciones físicas que provoca como así también la asociación con otros síndromes psiquiátricos que incluyen el uso de drogas. Por otro lado, el consumo de drogas ilegales entre los adolescentes ha aumentado durante los últimos años y si bien este aumento del consumo no se puede explicar por una sola causa algunos de los factores de mayor peso tiene que ver con la gran disponibilidad de sustancias y los conflictos familiares asociados.

Por lo mencionado anteriormente se decide investigar la prevalencia de trastornos alimentarios en una muestra de 71 pacientes que se encuentran en rehabilitación por adicciones en una institución privada. Para el relevamiento de datos se trabajó con los dos centros de internación con los que cuenta la institución separados en la comunidad terapéutica de hombres y la de mujeres. Dichos dispositivos terapéuticos presentan actualmente 55 pacientes de sexo masculino que representan un 77% de la muestra y 16 mujeres conformando un 23 % de la misma y la edad promedio es de 28.94 años. Cabe destacar que la gran mayoría de los participantes toma algún tipo de medicación comprendiendo un 64% de la muestra y entre los medicamentos más consumidos se encuentran los antipsicóticos constituyendo un 42% de la muestra. En cuanto a los pacientes que refirieron su peso al iniciar el tratamiento se observa que el promedio de dicho peso es de 64 kg y el promedio del peso actual registrado fue de 72 kg. En cuanto al estado nutricional que fue evaluado a través del indicador Índice de masa corporal se observa que la mayor parte de los pacientes presenta un peso normal representando un 52% d la muestra aunque un 37% presentó sobrepeso, sólo un 3% obesidad de tipo I y un 8% obesidad II.

A través del cuestionario EAT-26 se indaga a los pacientes una serie de afirmaciones que indicarían presencia de trastorno de la conducta alimentaria y que son contestadas a través de 6 opciones que tienen asignadas cada una un puntaje a través del cual luego se confirmará la existencia de la conducta alimentaria. El score del cuestionario indica que a partir de 20 puntos ya puede estar manifestándose un trastorno de alimentación. Entre los pacientes que participaron se encuentra que un 13% presenta trastorno de la conducta alimentaria percibiendo esta conducta más en mujeres que en hombres.

Por ultimo con respecto a la ingesta alimentaria, la misma se evaluó a través de un cuestionario de frecuencia de consumo en el cual se anexó un recordatorio de 24 horas. Dado que los pacientes reciben el mismo menú y en las mismas proporciones

se observa que la adecuación de los hidratos de carbono es en exceso, la ingesta de proteínas resulta adecuada y la cantidad de grasas consumidas por día es adecuada aunque predominan las grasas saturadas. En cuanto a la ingesta de calcio y magnesio el resultado es inadecuado por deficiencia siendo reflejo de ello la escasez de consumo de alimentos que contienen dichos nutrientes.

Es interesante mencionar que en la ingesta se observa un gran consumo de hidratos de carbono constituidos por alimentos refinados que consumidos diariamente sumado a la escasa actividad física podría tener como consecuencia sobrepeso en varios de los pacientes.

En un estudio publicado en 2011 que se realizó en la Universidad de Psicología de Valencia¹ cuyo objetivo fue demostrar la relación existente entre el consumo de drogas y los trastornos de la conducta alimentaria así como que drogas son las más utilizadas y cuáles de ellas se utilizan para suprimir el apetito. La investigación se realizó con un grupo de adolescentes de la comunidad valenciana. Si bien los investigadores no encontraron relación estadísticamente significativa con la variable “tipo de droga” si apreciaron una relación significativa con la variable “utilizar algún tipo de droga para suprimir el apetito” y la variable “estar en riesgo de padecer algún trastorno de la Conducta alimentaria”, siendo el tabaco la droga más utilizada (66%). Finalmente concluyeron que los adolescentes de la muestra analizada que se engloban en alguno de los umbrales de riesgo, consumen más drogas que los adolescentes que no engloban en dicho umbral de la Eating Disorder Scale siendo las drogas estimulantes las más utilizadas.

En 2013 se publica un estudio realizado en España² con un grupo de mujeres adolescentes de entre 16 años. La presente investigación tuvo como finalidad estimar la prevalencia de trastornos alimentarios, así como también estudiar las diferencias entre los adolescentes de bajo y alto riesgo. Como resultado un 15,1 % presentaban conductas indicadoras de alto riesgo de trastorno de la conducta alimentaria. Un 10,7% presento riesgo de purga y también atracón y un 2,7% cumplieron criterios para ambos tipos de riesgo. En cuanto al consumo de sustancias adictivas un % significativamente alto de adolescentes de mayor riesgo de TCA fumaba con una frecuencia semanal o diaria en algunos casos. Respecto al consumo de alcohol en los adolescentes del grupo de alto riesgo había un mayor % de chicas que comenzaron a consumir entre los 11 y 14 años con un 45,7% que el grupo de bajo riesgo con un 35,7%. En lo que refiere al consumo de otras drogas no se hallaron diferencias

¹ David Bisetto Pons y colaboradores, año 2011. Realizan un estudio enfocado en la relación de los trastornos alimentarios con el uso de drogas como supresoras del apetito.

² Maria S., año 2013. Evalua criterios de conductas de riesgo de TCA.

significativas entre uno y otro grupo en el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta ni el consumo de cannabis o cocaína. Así mismo un 18% de los adolescentes que conformaban el grupo de alto riesgo informaron haber consumido alguna vez algún tipo de droga.

Siendo una de las características más comunes entre este tipo de pacientes el gran desorden de alimentación que presentan es importante la incorporación del Licenciado en Nutrición en el equipo interdisciplinario a fin de que pueda conocer la ingesta y ayudarlo a que vuelva a conectar con su alimentación que en la medida que sea suficiente y adecuada el paciente irá reestableciendo el orden y reconociendo la sensación de hambre. Será de vital importancia el enfoque integral durante el tratamiento que abarque las necesidades fisiológicas, psicológicas, emocionales y sociales. A fin de que el paciente pueda mejorar su salud se trabajará decidiendo las acciones a ejercer junto con un equipo interdisciplinario. Surgen interrogantes para futuras investigaciones como por ejemplo si el estado nutricional varía según el tipo de droga consumida.

Bibliografía

- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M. y Crow, S. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: A multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1000-1006.
- Charnes ME, Simón RP, Greenberg DA. "Etanol and nervous system". *NEJM* 1989; 321: 442-454.
- Comisión Clínica de la Delegación de Gno. para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) Informe sobre Cannabis. España, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Corral M. "El abuso de cannabis puede aumentar el riesgo de osteoporosis" Revista: *El mundo*, año 2005.
- Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D.: *Anorexia, Bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Ed Gedisa, Barcelona, 1996
- Devlin MJ, Walsh BT, Guss JL, Kissileff HR, Liddel RA, Petkova E: Postprandial cholecystokinin release and gastric emptying in patients with bulimia nervosa. *Am J Clin Nutr*, 65(1):114-120, 1997.
- Feinman L, Lieber CS. Nutrition and diet in alcoholism. En: Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, eds. *Modern Nutrition in Health and Disease* 9th ed Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. pp. 1523-1542.
- Ferguson, D.M., Horwood, L.J. (2000) Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use *Addiction* 2000; 95:505-20.
- Garfinkel, P.; Garner, D.M.; *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Bruner/Mazel, 1985
- Guisado J, Francisco J. Vaz, Peral D., Fernandez Gil Ma, Lopez J. "Relación entre el consumo de sustancias tóxicas y el comportamiento Alimentarlo: Predictores Clínicos". *Rev. Psiquiatría, FAC. MED.* Barna. Año 2000
- Gutiérrez R., Mora J., Unikal C y Medina ME realizaron en su trabajo: "El consumo de Drogas en una Muestra de Mujeres estudiantes que presentan conductas alimentarias de Riesgo" presentado en la *Rev. Salud Mental* en el año 2001.
- Herman CP, Polivy J. Anxiety, restraint, and eating behavior. *J Abnorm Psychol* 1975; 84: 66-72.
- Kessler, G. *Sociología del delito amateur*, Buenos Aires, 2004, Paidós.
- Kruzich J. Does response-contingent access to cocaine reinstate previously extinguished cocaine-seeking behavior. *Brain Res.* 17(3) 2007.

- Matali Costa JL., Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Mazav, S Serrano Troncoso, C Gabaldon Fraile Y .Luaces Cubells. "Consumo de Drogas en Adolescentes". *Rev.Anales de Pediatría* año 2009.
- Mckenna RJ. Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: a comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *J Pers Soc Psychol* 1972; 22: 311-19.
- Moniuszko-Jakoniuk J., M. Jurczuk, M. Gałżyn-Sidorczuk, M. M. Brzóska. Lead Turnover and Changes in the Body Status of Chosen Micro- and Macroelements
- Morales Y. Di Bernardo M., M. Kuribay Rivas, García Rondon C .Luna J. Rodríguez U. y Morales A. "Efectos del abuso de marihuana y cocaína en bioelementos osteoformadores". *Rev. De Toxicología en Línea (RETEL)* Año 2003
- Muñoz MT, Morande G, García-Centenera JA, Hervas F, Pozo J, Argente J. The effects of estrogen administration on bone mineral density in adolescents with anorexia nervosa. *Eur J Endocrinol* 2002;146:45-50.
- Noboa A. Concentraciones séricas de calcio y magnesio en alcohólicos durante el tratamiento de desintoxicación, año 2012.
- Nusseyss,A. Lacey JH. "Ovarian morphology and insulin sensitivity in women with bulimia nervosa" *Clin Endocrinol (Oxf)*, 43(4):451-5, 1995.
- O'Connor PG. Alcohol abuse and dependence. In: Goldman L, Schafer AI. *Cecil Medicine*. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011
- Pichot Pierre y otros: *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona 1995
- Piłat-Marcinkiewicz B., M M Brzóska, B Sawicki, J Moniuszko-Jakoniuk Rats Exposed to Lead and Ethanol. *Polish Journal of Environmental Studies*. 12 (3)2003.
- Piran, N. y Robinson, S. R. (2006). The association between disordered eating and substance use and abuse in women: A community based investigation. *Women & Health*, 44, 1-20. doi:10.1002/ eat.10050
- Powers PS. Osteoporosis and eating disorders. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999. Raich 1994. Gardner y Bokenkamp 1996
- Robert. J, Artur Brien Mary, *Enciclopedia de la medicina Orthomolecular*, Barcelona, año 2003
- Rusell J, Hopper M, Hunt G. Insulin response in bulimia nervosa as a marker of nutritional depletion. *Int J Eat Disord*, 20(3):307-313, 1996.
- Sierra Alonso, Morante Sonia y Pérez Quintanilla, *Experimentación en Química Analítica*, Editorial Dykinson, Madrid 2007.

Tannenhaus, 1997. "Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de estudiantes en Barcelona".

Telez Mosquera J. y Cote Menéndez M. "Alcohol Etilico: Un toxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado". *Rev., FAC. MED.* Univ. Nac. Coloma. Año 2006

Vergely N, Lafage-Proust MH, Caillot-Augusseau A, Millot L, Lang F, Estour B. Hypercorticism blunts circadian variations of osteocalcin regardless of nutritional status. *Bone* 2002; 30:428-435

Weissberg, K. y Quensen Galvan L. 2004 Guía de los trastornos alimentarios. Como afectan los trastornos alimentarios a la salud.

Sitios consultados:

<http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/184.pdf>

<http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primera-web.pdf>

<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/vyta.pdf>

<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/vyta.pdf>

<http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro98/202s98-paper3/Hirst3.html>. Visitada: 20-5-00

http://www.bvs.sld.cu/revistas/ali/vol12_2_98/ali298.pdf#page=22.

<http://www.efdeportes.com/efd154/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-gimnasia-musical-aerobia.htm>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm

<https://es.scribd.com/doc/162802036/Funciones-Del-Calcio>

A continuación se presenta la encuesta de Garner y Garfinkeld (EAT-26) utilizada para evaluar Trastornos alimentarios.





Nº Encuesta:
Sexo:
Edad:
tiempo de internación:
Toma medicación? Si - No. ¿Cuál?
Peso:
Talla:
I.M.C:
Consentimiento informado: Mi nombre es Sabina Ascacibar, estudiante de la carrera Lic. en Nutrición de la Universidad FASTA. Con el motivo de culminar mi carrera, en la realización de mi tesis investigo: Prevalencia de trastornos alimentarios, ingesta alimentaria y estado nutricional en pacientes en rehabilitación por adicciones. Razón por la cual lo invito a ser participe mediante una encuesta donde queda garantizado el secreto estadístico y confidencia de la información brindada por los participantes. Su colaboración será de mucha utilidad en la realización de la investigación. Muchas gracias. Sabina Ascacibar 5º año Lic. en Nutrición.







Cuestionario TCA Garner y Garfinkeld (EAT-26)						
Marque con una cruz la situación que mejor lo refleje						
S (siempre) MM (muy a menudo) AM (a menudo) AV (a veces) R (raramente) N (nunca)						
	<i>S</i>	<i>MM</i>	<i>AM</i>	<i>AV</i>	<i>R</i>	<i>N</i>
1 Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a						
2 Procuero no comer cuando no tengo hambre						
3 La comida es para mí una preocupación constante						
4 He sufrido crisis de bulimia en las cuales no he podido parar de comer						
5 Corto mis alimentos en trozos muy pequeños						
6 Conozco el número de calorías de los alimentos que como						
7 Procuero no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono						
8 Tengo la impresión de que los demás querrían verme comer mas						
9 Vomito después de comer						
10 Me siento culpable después de comer						
11 Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a						
12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías						
13 Los demás piensan que estoy delgada/o						
14 Me atormenta la idea de tener partes del cuerpo grasas						








15	Tardo más tiempo en comer que los demás						
16	Procuro no comer alimentos que contengan azúcar						
17	Como alimentos dietéticos						
18	Puedo controlarme en lo que se refiere a la comida						
19	Paso demasiado tiempo pensando en la comida						
20	No me siento bien después de haber tomado azúcar						
21	Hago dietas						
22	Me gusta tener el estómago vacío						
23	Me gusta probar nuevos platos ricos en calorías						
24	Después de las comidas siento ganas de vomitar						
25	Tengo la impresión de que los demás me presionan para que coma mas						
26	Estoy estreñado/a (seco de vientre)						

Cuestionario de Frecuencia de Consumo:

A fin de conocer los alimentos consumidos por los pacientes en la institución se les realiza el siguiente Cuestionario de frecuencia de consumo junto con un recordatorio de 24 horas.

Alimento	Todos los días	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 veces por semana	2-1 veces por semana	< de 1 vez por semana
Leche entera fluida 	Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200 cc) <input type="checkbox"/>	Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200 cc) <input type="checkbox"/>	Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc) <input type="checkbox"/>	Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc) <input type="checkbox"/>	Solo para cortar infusiones (30cc) <input type="checkbox"/> 1 pocillo tipo café (100 cc) <input type="checkbox"/> 1 taza tipo café c/ leche (200cc) <input type="checkbox"/>
Yogur entero 	1 pote sin frutas ni cereales (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/>	1 pote sin frutas ni cereales (200cc) <input type="checkbox"/> 1 pote con frutas o cereales (170cc) <input type="checkbox"/>
Queso unttable descremado 	1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr) <input type="checkbox"/>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr) <input type="checkbox"/>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr) <input type="checkbox"/>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr) <input type="checkbox"/>	1 cucharada tipo té al ras (5 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada tipo postre al ras (10 gr) <input type="checkbox"/> 1 cucharada sopera al ras (15 gr) <input type="checkbox"/>
Quesos cuartirolo , por salut	Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/>	Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/>	Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/>	Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/>	Una porción tipo celular chico (60 gr) <input type="checkbox"/>
Huevo entero 	1unidad (50gr) <input type="checkbox"/> 2 unidades(100gr) <input type="checkbox"/> 3 unidades (150gr) <input type="checkbox"/>	1unidad (50gr) <input type="checkbox"/> 2unidades(100gr) <input type="checkbox"/> 3 unidades (150gr) <input type="checkbox"/>	1unidad (50gr) <input type="checkbox"/> 2 unidades (100gr) <input type="checkbox"/> 3 unidades (150gr) <input type="checkbox"/>	1unidad (50gr) <input type="checkbox"/> 2 unidades (100gr) <input type="checkbox"/> 3 unidades (150gr) <input type="checkbox"/>	1unidad (50gr) <input type="checkbox"/> 2 unidades(100gr) <input type="checkbox"/> 3 unidades (150gr) <input type="checkbox"/>

Carne 	½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr) <input type="checkbox"/>	½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr) <input type="checkbox"/>	½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr) <input type="checkbox"/>	½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr) <input type="checkbox"/>	½ bife (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 bife (150 gr) <input type="checkbox"/> 2 bifes (300 gr) <input type="checkbox"/>
Pollo 	Pata sin piel(80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga sin piel (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo sin piel (250gr) <input type="checkbox"/>	Pata sin piel(80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga sin piel (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo sin piel (250gr) <input type="checkbox"/>	Pata sin piel(80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga sin piel (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo sin piel (250gr) <input type="checkbox"/>	Pata sin piel(80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga sin piel (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo sin piel (250gr) <input type="checkbox"/>	Pata sin piel(80gr) <input type="checkbox"/> ½ pechuga sin piel (100gr) <input type="checkbox"/> ¼ de pollo sin piel (250gr) <input type="checkbox"/>
Pescado 	½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr) <input type="checkbox"/>	½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr) <input type="checkbox"/>	½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr) <input type="checkbox"/>	½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr) <input type="checkbox"/>	½ filet (70gr) <input type="checkbox"/> 1 filet (120 gr) <input type="checkbox"/> 2 filettes (240gr) <input type="checkbox"/>
Legumbres 	1 porción chica cocida(80 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción mediana cocida (120 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción grande cocida (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 porción chica cocida (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción mediana cocida (120 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción grande cocida (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 porción chica cocida (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción mediana cocida (120 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción grande cocida <input type="checkbox"/>	1 porción chica cocida (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción mediana cocida (120 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción grande cocida <input type="checkbox"/>	1 porción chica cocida (80 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción mediana cocida (120 gr) <input type="checkbox"/> 1 porción grande cocida <input type="checkbox"/>
Vegetales de hoja verde 	1 taza chica en cocido (70 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza mediana en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza grande en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 taza chica en cocido (70 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza mediana en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza grande en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 taza chica en cocido(70 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza mediana en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza grande en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 taza chica en cocido (70 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza mediana en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza grande en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/>	1 taza chica en cocido (70 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza mediana en cocido (150 gr) <input type="checkbox"/> 1 taza grande en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/>
Frutas secas 	3 unidades (15 g) <input type="checkbox"/> 5 unidades (25 g) <input type="checkbox"/> 10 unidades (50g) <input type="checkbox"/>	3 unidades (15 g) <input type="checkbox"/> 5 unidades (25 g) <input type="checkbox"/> 10 unidades (50g) <input type="checkbox"/>	3 unidades (15 g) <input type="checkbox"/> 5 unidades (25 g) <input type="checkbox"/> 10 unidades (50g) <input type="checkbox"/>	3 unidades (15 g) <input type="checkbox"/> 5 unidades (25 g) <input type="checkbox"/> 10 unidades (50g) <input type="checkbox"/>	3 unidades (15 g) <input type="checkbox"/> 5 unidades (25 g) <input type="checkbox"/> 10 unidades (50g) <input type="checkbox"/>

<p>Frutas</p>  <p>frescas</p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 g) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Pan</p> 	<p>1 mignon (30 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 mignones (60 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>3 mignones (90 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 mignon (30 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 mignones (60 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>3 mignones (90 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 mignon (30 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 mignones (60 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>3 mignones (90 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 mignon (30 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 mignones (60 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>3 mignones (90 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 mignon (30 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 mignones (60 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>3 mignones (90 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Tomate, berenjena, zapallito</p> 	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (200 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Pimiento, remolacha, cebolla, zanahoria</p> 	<p>1 unidad chica (70 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (180 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (70 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (180 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (70 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (180 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (70 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (180 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (70 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (180 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Papa, batata</p> 	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (300 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (300 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (300 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (300 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 unidad chica (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad mediana (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 unidad grande (300 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Arroz</p> 	<p>1 pocillo de café en cocido (40 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 pocillo de café en crudo (70 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 pocillo de café en cocido (40 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 pocillo de café en crudo (70 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 pocillo de café en cocido (40 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 pocillo de café en crudo (70 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 pocillo de café en cocido (40 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 pocillo de café en crudo (70 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>1 pocillo de café en cocido (40 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 pocillo de café en crudo (70 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Fideos</p> 	<p>½ plato en cocido (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (240 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (480 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>½ plato en cocido (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (240 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (480 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>½ plato en cocido (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (240 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (480 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>½ plato en cocido (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (240 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (480 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>½ plato en cocido (120 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (240 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (480 gr) <input type="checkbox"/></p>

<p>Pastas rellenas</p> 	<p>16 unidades en cocido (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (400 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>16 unidades en cocido (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (400 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>16 unidades en cocido (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (400 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>16 unidades en cocido (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (400 gr) <input type="checkbox"/></p>	<p>16 unidades en cocido (100 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>1 plato en cocido (200 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 platos en cocido (400 gr) <input type="checkbox"/></p>
<p>Pizza</p> 	<p>2 porciones chicas (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones medianas (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones grandes (300 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 2 porciones grandes <input type="checkbox"/></p>	<p>2 porciones chicas (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones medianas (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones grandes (300 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 2 porciones grandes <input type="checkbox"/></p>	<p>2 porciones chicas (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones medianas (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones grandes (300 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 2 porciones grandes <input type="checkbox"/></p>	<p>2 porciones chicas (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones medianas (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones grandes (300 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 2 porciones grandes <input type="checkbox"/></p>	<p>2 porciones chicas (150 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones medianas (180 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>2 porciones grandes (300 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 2 porciones grandes <input type="checkbox"/></p>
<p>Facturas</p> 	<p>2 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>3 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 3 unidades <input type="checkbox"/></p>	<p>2 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>3 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 3 unidades <input type="checkbox"/></p>	<p>2 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>3 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 3 unidades <input type="checkbox"/></p>	<p>2 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>3 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 3 unidades <input type="checkbox"/></p>	<p>2 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>3 unidades <input type="checkbox"/></p> <p>+ de 3 unidades <input type="checkbox"/></p>
<p>Azúcar</p> 	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>
<p>Mermelada</p> 	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>	<p>2 cucharadas tipo té (10 gr) <input type="checkbox"/></p> <p>4 cucharadas tipo té (20 g) <input type="checkbox"/></p>

Mencione las ingestas realizadas durante las últimas 24 horas. Indique cantidad y tamaño de porciones.

DESAYUNO:

ALMUERZO:

MERIENDA:

CENA:

De las comidas realizadas en la institución ¿hay algún alimento que se encontraba en el menú y no ingirió? ¿Porque?

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre

Ascacibar Sabina

Tipo y N° de Documento _DNI: 34126.335_____

Teléfono/s 2235307483_____

E-mail:

hibabasabi@hotmail.com_____

Título obtenido Licenciada en Nutrición_____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Relación de adicciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales_____

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [X]

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

Firma del Autor Lugar y Fecha

RELACIÓN DE ADICCIONES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Ascabibar, Sabina
hibabasabi@hotmail.com
Universidad FASTA - Facultad de Cs. Médica - Lic. en nutrición

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES:

Los trastornos alimentarios no sólo causan cambios físicos graves, sino que también pueden estar relacionados con síndromes psiquiátricos, incluyendo abuso de drogas y alcohol.

Fisiológicamente hay una asociación entre la alimentación y el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el alcohol un inhibidor de la ingesta mientras que el cannabis estimula el apetito. El consumo de este tipo de sustancias genera deficiencias de calcio y magnesio causando síntomas fisiológicos y psicológicos.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la prevalencia de trastornos de la alimentación en un Centro de Rehabilitación de Adicciones y evaluar el tipo de ingesta de alimentos. Además, realizar una evaluación nutricional a fin de analizar las condiciones de nutrición en los adolescentes y adultos, incluyendo hombres y mujeres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

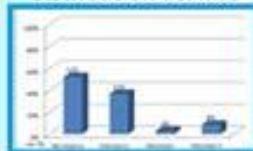
- Evaluar prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria durante el tratamiento mediante adaptación de cuestionario de Garfinkeld.
- Analizar ingesta alimentaria de macro y micronutrientes representados por hidratos de carbono, proteínas, grasas, calcio y magnesio y su adecuación a la recomendación
- Evaluar estado nutricional a través de indicadores antropométricos

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó el EAT-26 y un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos. También se analizaron los menús recibidos por los pacientes que son tratados en la institución y que tienen edades comprendidas entre 15 y 60 años.

RESULTADOS

Distribución del IMC



Se puede observar que mayormente la condición es normopeso representando un 52% de la muestra aunque, seguido a ello también se presenta un porcentaje de sobrepeso considerable que representa el 37 % de la muestra. Finalmente un 8% de los pacientes representan obesidad de tipo 2 y solo un 3% obesidad grado 1.

Distribución de Trastornos alimentarios



Si bien la mayor parte de la muestra no presenta trastorno alimentario representando un 87% de la misma, se observó que un 13% de la misma sí presentó algún tipo de trastorno de la conducta alimentaria. Los valores que determinan presencia de trastorno alimentario oscilan entre 20 y 31.

CONCLUSIONES

Siendo una de las características más comunes entre este tipo de pacientes el gran desorden de alimentación que presentan es importante la incorporación del Licenciado en Nutrición en el equipo interdisciplinario a fin de que pueda conocer la ingesta y ayudarlo a que vuelva a conectar con su alimentación que en la medida que sea suficiente y adecuada el paciente irá reestableciendo el orden y reconociendo la sensación de hambre. Será de vital importancia el enfoque integral durante el tratamiento que abarque las necesidades fisiológicas, psicológicas, emocionales y sociales.