

**Escuela Superior Politécnica del Litoral**

**Facultad de Ciencias de la Vida**

Intervención psicoeducativa nutricional para fortalecer hábitos alimentarios saludables en población drogodependiente de Guayaquil.

**Proyecto Integrador**

Previo la obtención del Título de:

Licenciado en Nutrición y Dietética

**Presentado por:**

Freddy Isaac Vega Pérez

Emely Anahí Cedeño Cedeño

Guayaquil - Ecuador

Año: 2024

## Dedicatorias

---

El presente proyecto lo dedico a mis padres, quienes me han apoyado en cada paso en mi formación académica y han sido un pilar esencial en la finalización de este trabajo.

- Vega Pérez Freddy Isaac

A mis abuelos, por su amor incondicional, y además por enseñarme el valor del esfuerzo.

A mi mamá, por su apoyo infinito, su guía, y por ser mi mayor inspiración.

- Cedeño Cedeño Emely Anahí

## Agradecimientos

---

Agradezco a Dios por darme fuerzas y salud cada día. A mis padres y hermanas por su apoyo incondicional. A los profesores que me supieron orientar para la elaboración de este trabajo. Además, agradezco a las autoridades pertinentes del Instituto de Neurociencias por abrirnos las puertas para que este proyecto se llevara a cabo.

- Vega Pérez Freddy Isaac.

A Dios por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino. A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer en mí en todo momento. A mis amigos, por su compañía, palabras de aliento y por hacer más llevadero este proceso. A mis profesores, por compartir sus conocimientos, por su paciencia y por motivarme a siempre dar lo mejor.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento.

- Cedeño Cedeño Emely Anahí.

## Declaración Expresa

---

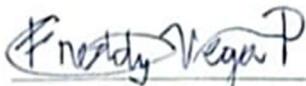
Nosotros Freddy Isaac Vega Pérez y Emely Anahí Cedeño Cedeño acordamos y reconocemos que:

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor (derechos de autor) del proyecto de graduación corresponderá al autor o autores, sin perjuicio de lo cual la ESPOL recibe en este acto una licencia gratuita de plazo indefinido para el uso no comercial y comercial de la obra con facultad de sublicenciar, incluyendo la autorización para su divulgación, así como para la creación y uso de obras derivadas. En el caso de usos comerciales se respetará el porcentaje de participación en beneficios que corresponda a favor del autor o autores.

La titularidad total y exclusiva sobre los derechos patrimoniales de patente de invención, modelo de utilidad, diseño industrial, secreto industrial, software o información no divulgada que corresponda o pueda corresponder respecto de cualquier investigación, desarrollo tecnológico o invención realizada por nosotros durante el desarrollo del proyecto de graduación, pertenecerán de forma total, exclusiva e indivisible a la ESPOL, sin perjuicio del porcentaje que nos corresponda de los beneficios económicos que la ESPOL reciba por la explotación de nuestra innovación, de ser el caso.

En los casos donde la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación (OTRI) de la ESPOL comunique a los autores que existe una innovación potencialmente patentable sobre los resultados del proyecto de graduación, no se realizará publicación o divulgación alguna, sin la autorización expresa y previa de la ESPOL.

Guayaquil, 9 de octubre del 2024.



Freddy Isaac Vega  
Pérez



Emely Anahí Cedeño  
Cedeño

## **Evaluadores**

---

**Valeria Johanna Guzmán Jara**

Profesor de Materia

---

**Alfonso Daniel Silva Ochoa**

Tutor de proyecto

## Resumen

El abuso de drogas genera una serie de complicaciones perjudiciales en la salud y bienestar de quienes las consumen, afectando negativamente su estado nutricional. En los centros de rehabilitación, suelen identificarse hábitos alimentarios poco saludables que, sin un asesoramiento nutricional individualizado, pueden aumentar el riesgo de desarrollar comorbilidades graves. Este estudio tuvo como objetivo evaluar un programa de intervención psicoeducativa nutricional mediante técnicas y herramientas prácticas de adopción de buenos hábitos para la promoción de una alimentación saludable en pacientes con adicciones a drogas durante su proceso de rehabilitación. Se brindaron 4 charlas interactivas de educación nutricional y se ofreció consejería nutricional individualizada a 20 pacientes del Instituto de Neurociencias. Se evaluó a los pacientes antes y después de la intervención mediante herramientas como recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo de alimentos y cuestionario de conocimiento, utilizando análisis estadísticos para el procesamiento de datos. Después de la intervención, el nivel de conocimiento aumentó del 29,42% al 64,62% y además se evidenció cambios significativos en sus hábitos alimentarios, consumiendo más frutas y verduras, y menos snack/dulces. Se concluye que la implementación del programa mejoró significativamente el aprendizaje de los pacientes y también ciertos hábitos alimentarios.

**Palabras clave:** Educación nutricional, Consejería nutricional, Rehabilitación, Prácticas alimentarias, Grupos de alimentos.

## ***Abstract***

*Drug abuse generates a series of detrimental complications in the health and well-being of drug users, negatively affecting their nutritional status. In rehabilitation centers, unhealthy eating habits are often identified which, without individualized nutritional counseling, can increase the risk of developing serious comorbidities. The aim of this study was to evaluate a nutritional psychoeducational intervention program using techniques and practical tools for the adoption of good habits to promote healthy eating in patients with drug addictions during their rehabilitation process. Four interactive nutritional education talks were given and individualized nutritional counseling was offered to 20 patients of the Neurosciences Institute. Patients were assessed before and after the intervention using tools such as 24-hour recall, food consumption frequency and knowledge questionnaire, using statistical analysis for data processing. After the intervention, the level of knowledge increased from 29.42% to 64.62% and there were significant changes in their eating habits, consuming more fruits and vegetables and less snacks/sweets. It is concluded that the implementation of the program significantly improved the patients' learning and also certain eating habits.*

***Key words:*** *Nutrition education, Nutrition counseling, Rehabilitation, Dietary practices, Food groups.*

## Índice general

Resumen .....	I
<i>Abstract</i> .....	II
Índice general .....	III
Abreviaturas .....	VII
Simbología .....	VIII
Índice de figuras.....	IX
Índice de tablas .....	X
Capítulo 1 .....	1
1.1    Introducción .....	2
1.2    Descripción del problema .....	3
1.3    Justificación del problema.....	4
1.4    Objetivos.....	5
1.4.1    Objetivo general .....	5
1.4.2    Objetivos específicos.....	5
1.5    Marco teórico.....	6
1.5.1    Definición de drogas .....	6
1.5.2    Drogodependencia .....	6
1.5.3    Datos epidemiológicos del consumo de drogas en la población ecuatoriana .....	6
1.5.4    Efectos fisiológicos y clínicos por consumo de drogas.....	7
1.5.5    Efectos nutricionales por consumo de drogas .....	8
1.5.6    Importancia de la nutrición en rehabilitación .....	9
1.5.7    Psicoeducación y nutrición.....	10

1.5.8	Estrategias de consejería nutricional .....	10
Capítulo 2	.....	12
2	Metodología .....	13
2.1	Tipo de estudio.....	13
2.2	Área de estudio .....	13
2.3	Selección de la muestra .....	13
2.3.1	Población de estudio .....	13
2.3.2	Muestra de estudio .....	14
2.4	Análisis de muestra.....	14
2.5	Criterios de elegibilidad.....	15
2.5.1	Criterios de inclusión .....	15
2.5.2	Criterios de exclusión.....	15
2.6	Variables.....	15
2.6.1	Variable independiente .....	15
2.6.2	Variables dependientes .....	16
2.7	Escala y cuestionario de evaluación.....	16
2.7.1	Escala de evaluación del cambio (URICA) .....	16
2.7.2	Cuestionario de conocimientos en alimentación.....	16
2.8	Metodología del objetivo 1.....	17
2.8.1	Consentimiento informado y herramientas nutricionales .....	17
2.8.2	Anamnesis y cuestionarios nutricionales.....	17
2.8.3	Antropometría.....	19
2.9	Intervención nutricional .....	19
2.9.1	Educación nutricional.....	19

2.9.2	Consejería nutricional.....	21
2.9.2.1	Técnica de balance decisional .....	22
2.9.2.2	Técnica de establecimiento de objetivos.....	23
2.10	Metodología del objetivo 2.....	23
2.10.1	Herramientas de análisis de datos .....	23
2.10.2	R Studio .....	23
2.10.3	Seguimiento nutricional .....	24
2.10.4	Reevaluación nutricional.....	25
2.11	Metodología del objetivo 3.....	25
2.11.1	Diseño del producto .....	25
2.11.1.1	Plataforma utilizada .....	25
2.11.1.2	Contenido del sitio web .....	26
Capítulo 3	.....	28
3	Resultados y análisis .....	29
3.1	Resultados de la escala URICA.....	30
3.2	Resultados del objetivo 1 .....	31
3.2.1	Clasificación de los pacientes según el IMC.....	31
3.2.2	Resultados del recordatorio de 24 horas .....	32
3.2.3	Preguntas de anamnesis .....	33
3.2.4	Resultados del cuestionario de frecuencia de consumo por grupos de alimentos	36
3.3	Resultados del objetivo 2 .....	47
3.3.1	Resultados del cuestionario de conocimiento en alimentación pre y post intervención.....	47

3.3.2	Cambios en los hábitos alimentarios por el cuestionario de frecuencia de consumo	48
3.4	Resultados del objetivo 3 .....	50
Capítulo 4	.....	54
4	Conclusiones y recomendaciones .....	55
4.1	Conclusiones .....	55
4.2	Recomendaciones .....	56
Referencias.....	.....	57
Apéndices .....	.....	60

## Abreviaturas

ASA24	Herramienta de evaluación dietética automatizada y autoadministrada de 24 horas
CFCA	Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos
CAPA	Conocimientos en Alimentación de Personas Adolescentes
DE	Desviación Estándar
ESPOL	Escuela Superior Politécnica del Litoral
GABA	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos del Ecuador
IMC	Índice de Masa Corporal.
INC	Instituto de Neurociencias
MSP	Ministerio de Salud Pública
NCP	Proceso de Atención Nutricional
OMS	Organización Mundial de la Salud
PES	Problema, Etiología y Signos/Síntomas
R24h	Recordatorio de 24 horas
SETED	Secretaría Técnica de Drogas
UCA	Unidad de Conductas Adictivas
URICA	Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Simbología

cm	Centímetro
Ho	Hipótesis nula
Ha	Hipótesis alternativa
Kg	Kilogramos
N°	Número
kg/m <sup>2</sup>	Kilogramo/Metro cuadrado
kcal	Kilocalorías
$\alpha$	Alfa – nivel de significancia

## Índice de figuras

Figura 1 .....	30
Figura 2 .....	31
Figura 3 .....	32
Figura 4 .....	33
Figura 5 .....	34
Figura 6 .....	35
Figura 7 .....	36
Figura 8 .....	37
Figura 9 .....	38
Figura 10.....	39
Figura 11.....	40
Figura 12.....	41
Figura 13.....	42
Figura 14.....	43
Figura 15.....	44
Figura 16.....	45
Figura 17.....	46
Figura 18.....	47
Figura 19.....	49
Figura 20.....	51

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	13
Tabla 2 .....	14
Tabla 3 .....	14
Tabla 4 .....	20
Tabla 5 .....	22
Tabla 6 .....	26
Tabla 7 .....	29
Tabla 8 .....	48
Tabla 9 .....	52

# Capítulo 1

## 1.1 Introducción

Las drogas afectan a las personas quienes las consumen. Es un problema social, familiar y de salud pública a nivel mundial donde Ecuador no es la excepción ya que cada vez son más los individuos que se adentran en el uso de las drogas e incluso desde muy temprana edad.

La Secretaría Técnica de Drogas (Seted) realizó una encuesta en 2015 a 36.000 estudiantes adolescentes de secundaria en Ecuador. Se obtuvo que el 12,65% habían consumido alguna droga ilícita, sobre todo marihuana, heroína y cocaína (Vera, et al., 2023).

El abuso de las drogas genera complicaciones graves en la salud como por ejemplo problemas neurológicos, nutricionales, daño en diversos órganos y aumento de la morbi-mortalidad (MSP, 2016). Entre los problemas nutricionales más comunes se encuentra la malnutrición, deficiencias nutricionales, alteraciones en el metabolismo, pérdida del apetito y trastornos alimentarios (Crespo & Mendieta, 2021).

El alcohol puede provocar deficiencia de vitaminas del complejo B causando anemia y problemas neurológicos. Por otro lado, la cocaína disminuye el apetito de tal forma que genera pérdida de peso y desnutrición, mientras que la marihuana puede aumentar el apetito conllevando a un aumento de peso (López, 2012). Un problema común de las personas con adicciones a drogas es que ingieren alimentos de baja calidad nutricional sin ser conscientes de lo perjudicial que puede ser para su salud (Mahboub, et al., 2020).

En los centros de rehabilitación por adicciones a drogas es importante un trabajo multidisciplinario, donde no solo participe el equipo médico y psicológico, sino también se involucre al nutricionista para brindar educación e intervención nutricional ya que el paciente puede presentar alteraciones en su alimentación (Yaguachi, et al., 2021). Por lo que, brindar psicoeducación aplicando estrategias de consejería nutricional es importante para mejorar

conocimientos, actitudes y prácticas relacionado a su alimentación, además apoyar la recuperación física y mental.

Por esta razón, el presente estudio tuvo como objetivo implementar y evaluar un programa de psicoeducación nutricional en pacientes que se encuentran en rehabilitación por adicciones a drogas en el Instituto de Neurociencias (INC), por medio de la aplicación de estrategias de consejería y educación nutricional con el fin de promover hábitos alimentarios saludable.

## **1.2 Descripción del problema**

Actualmente, en nuestra población el consumo de drogas va en aumento ante la alta disponibilidad. Las personas adictas a las drogas presentan un mal estado nutricional relacionado a su estilo de vida asociado al consumo de drogas. La desnutrición aparece porque las sustancias sustituyen a los nutrientes y alteran su metabolismo. Además, en pacientes con sobrepeso u obesidad, puede aumentar el riesgo de daño en el hígado, páncreas, corazón y riñones. Un estudio identificó una prevalencia moderada de dislipidemia en estos pacientes (Silva, et al., 2021).

Además, los hábitos alimentarios inadecuados y patrones desordenados de alimentación se reflejan durante la rehabilitación y, en muchos casos, persisten tras la reintegración a la sociedad. Por ello, es importante educar a los pacientes y promover la adopción de hábitos saludables, tanto para favorecer su recuperación dentro del centro de rehabilitación como para el mantenimiento de hábitos saludables que beneficien la salud fuera de este entorno.

El presente proyecto busca indagar conductas y hábitos por medio de la frecuencia de consumo por grupos de alimentos, cantidad calórica, tomas diarias, etc. También, es importante evaluar los conocimientos sobre nutrición en esta población. Además, brindar consejería y

educación nutricional sería una forma de mejorar conocimientos y hábitos alimentarios para promover la recuperación física y mental durante su proceso de recuperación.

Aunque la investigación se enfoca en el INC, la problemática abordada es común en centros de rehabilitación de drogodependientes en Ecuador, en la que no siempre se cuenta con un profesional de nutrición.

### **1.3 Justificación del problema**

Las personas con problemas de adicciones a las drogas tienden a presentar alteraciones en su apetito, que se manifiesta como un consumo deficiente o excesivo de calorías. Estos problemas perjudican el estado nutricional y en el ámbito de rehabilitación se puede alargar la estancia y aparecer comorbilidades graves.

Por otro lado, los pacientes internados presentan condicionantes que influyen en su alimentación y muchas veces no es tratado por un equipo multidisciplinario donde incluya al nutricionista. Según un estudio realizado en el 2016, se encontró que existen condicionantes como la familia, estrés, estado anímico o preferencias alimentarias que influyen en su alimentación y la relación de los pacientes frente a la comida recibida. (Troncoso, et al., 2016).

Por lo expuesto anteriormente, empezar brindando un programa de psicoeducación aplicando estrategias de consejería nutricional para indagar la parte conductual-emocional de los pacientes y conseguir que tengan una mejor relación con los alimentos, es primordial al querer cambiar los hábitos alimentarios con el fin de mejorar el estado nutricional. También es importante asesorar y concientizar a los pacientes para que adopten y mantengan hábitos saludables durante su recuperación y posterior a esta. Integrar hábitos alimentarios saludables ayuda a tener un peso saludable, reponer deficiencias nutricionales, prevenir enfermedades, y mejorar el estado de ánimo y salud contribuyendo a su recuperación.

Además, evaluar la intervención psicoeducativa nutricional en el INC en base a los hábitos alimentarios permitirá proponer estrategias de mejoras relacionado a la alimentación de los pacientes durante su rehabilitación. También, se obtendrá una herramienta digital que sirva como apoyo para el abordaje nutricional en estos pacientes con relación al proceso de atención nutricional (NCP) con enfoque en consejería y educación nutricional.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Evaluar un programa de intervención psicoeducativa nutricional mediante técnicas y herramientas prácticas de adopción de buenos hábitos para la promoción de una alimentación saludable en pacientes con adicciones a drogas durante su proceso de rehabilitación.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los hábitos alimentarios y malnutrición en pacientes con adicciones a drogas mediante la aplicación de herramientas de evaluación nutricional.
2. Evaluar los cambios en los hábitos alimentarios y nivel de conocimiento sobre nutrición para la determinación de la significancia en los cambios de la calidad de la dieta y la efectividad de la intervención.
3. Diseñar una página web que proporcione una guía integral audiovisual sobre el Proceso de Atención Nutricional (NCP) en pacientes con adicciones a drogas, detallando aspectos clave, técnicas y estrategias para que sirva como apoyo en el abordaje nutricional en estos pacientes.

## **1.5 Marco teórico**

### **1.5.1 Definición de drogas**

Definir "droga" es complejo, ya que puede abarcar tanto medicamentos como sustancias no terapéuticas. La OMS define a las drogas como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Sin embargo, esta definición también abarca medicamentos y otros compuestos que no tienen efecto psicoactivo (Gálligo, 2012).

Para diferenciar, se utiliza el término “droga de abuso,” refiriéndose a sustancias con efectos psicoactivos consumidas sin prescripción médica y con fines no terapéuticos, como el cambio de percepción o estado de ánimo (Gálligo, 2012).

### **1.5.2 Drogodependencia**

El abuso de las drogas, además de perjudicar la salud mental, física o social, puede provocar fenómenos como la tolerancia y dependencia. La drogodependencia se define como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de la droga con una conducta en querer buscar más drogas por encima de otras prioridades y aun conociendo que es perjudicial para la salud. (Díaz, et al., 2008)

### **1.5.3 Datos epidemiológicos del consumo de drogas en la población ecuatoriana**

En Ecuador, el consumo de drogas está por encima del promedio de Latinoamérica, situándose en un 35.41% de uso interno. Este incremento se atribuye a diversos factores, incluyendo el control territorial y la expansión de redes de narcotráfico en el país, que también impacta la situación en ciudades clave como Guayaquil y Quito. (Expreso, 2023). Entre 2019 y 2022, en Quito se decomisaron más de 21 toneladas de drogas, reflejando la alta demanda interna

y la vulnerabilidad a la problemática del narcotráfico en áreas urbana. (Saavedra & Américas, 2024)

En Guayaquil, el consumo de drogas se ha vuelto una problemática significativa, especialmente entre la población juvenil y en sectores urbanos vulnerables. Estudios recientes señalan que aproximadamente el 12% de los adolescentes en Ecuador han probado sustancias ilícitas, y Guayaquil destaca por ser uno de los puntos más críticos debido a la disponibilidad y fácil acceso a drogas como la heroína ("H") y el cripy, una variante de marihuana más fuerte y accesible. (Expreso, 2023)

#### **1.5.4 Efectos fisiológicos y clínicos por consumo de drogas**

El consumo excesivo de alcohol está relacionado con problemas graves de salud y sociales, como lesiones, cáncer, enfermedades hepáticas, problemas cardíacos, dependencia y violencia doméstica. A largo plazo, causa cirrosis, problemas cardiovasculares y deterioro en la toma de decisiones. (PAHO, s/f)

El cannabis, droga ilegal de mayor consumo, es un alucinógeno cuyo uso puede generar efectos adversos, especialmente al combinarse con otras sustancias. La intoxicación con cannabis provoca ansiedad, problemas de atención, riesgo de accidentes, náuseas, pánico y paranoia, lo cual resalta los riesgos de su uso recreativo. (OMS, 1994)

La cocaína, un potente estimulante, está asociada a numerosos problemas físicos, mentales y conductas de riesgo como sexo sin protección, incrementando el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Su uso frecuente en dosis altas puede causar psicosis y muerte súbita por fallos cardíacos. (OMS, 1994)

La heroína, un opioide derivado de la amapola, se usa frecuentemente de manera ilícita y es altamente adictiva. A corto plazo, produce euforia, pero a largo plazo causa graves problemas

de salud, como insuficiencia respiratoria, depresión y en mujeres, trastornos menstruales. La abstinencia de la heroína genera síntomas intensos como calambres, sudoración y malestar emocional. (OMS, 1994)

### **1.5.5 Efectos nutricionales por consumo de drogas**

El consumo o abuso de las drogas genera problemas nutricionales cuya gravedad varía dependiendo del tipo de droga, frecuencia de consumo y duración. Las personas que abusan del alcohol suelen llevar una dieta desequilibrada y sufrir alteraciones en la absorción de nutrientes. Además, es común observar un patrón donde consumen cantidades exageradas de alcohol y al mismo tiempo llevan una dieta alta en grasas y vida sedentaria conllevando a malnutrición. (Barve, et al., 2017).

Las personas que consumen cocaína presentan patrones de alimentación desordenados y dependen principalmente de una comida que lo realizan en horas de la noche. Generalmente, esta comida consta de un elevado contenido de carbohidratos refinados y grasas con un bajo o nulo contenido de frutas y verduras. Por otro lado, la heroína causa problemas neurológicos donde activa las vías de recompensa e incrementa la disponibilidad de los receptores de dopamina generando una disminución del apetito y pérdida de peso. (Mahboub, et al., 2020)

El consumo de marihuana afecta el metabolismo de los nutrientes y el estado nutricional. En varios estudios se ha encontrado que la activación del sistema cannabinoide, por adicción a la marihuana, estimula el consumo de alimentos altos en calorías ya que aumenta las hormonas que incentivan el apetito como la ghrelina e insulina, y disminuye las hormonas que lo inhiben como leptina y colecistoquinina. Dicho efecto se caracteriza por la ingesta de alimentos palatables como altos en azúcar y/o grasas lo que conllevaría a aumentar de peso y dislipidemia. (Morales & Poveda, 2017)

### **1.5.6 Importancia de la nutrición en rehabilitación**

Debido a este problema social y de salud pública surgen instituciones como centros, comunidades o clínicas que buscan la rehabilitación y la obtención de nuevos hábitos para las personas con adicciones a drogas. Una alimentación equilibrada es importante durante la rehabilitación ya que facilita la recuperación física y psicológica. Además, una correcta alimentación individualizada permite contrarrestar los signos y síntomas de la abstinencia, surgido por la falta de consumo, el cual puede provocar ansiedad, falta de apetito, problemas de sueño, etc. (Medina & Rubio, 2012)

Dentro de la rehabilitación, una nutrición balanceada mejora el estado de ánimo y la salud ya que los pacientes suelen tener ansiedad, depresión, entre otros, que podrían impedir su recuperación, por lo que fomentar una alimentación saludable es importante. Una alimentación estandarizada no siempre funciona ya que cada paciente posee una personalidad y contexto diferente por lo que es mejor individualizar los tratamientos a preferencias del paciente (Medina & Rubio, 2012).

En una persona con adicción crónica a la cocaína, cuando inician el tratamiento y abandonan el consumo de esta droga, su apetito, previamente alterado por el uso prolongado de esta sustancia, puede impulsar una ingesta elevada de calorías. Sin asesoramiento nutricional adecuada, este aumento en la ingesta calórica podría conllevar a complicaciones como la dislipidemia (Silva, et al., 2021).

Además, estos pacientes suelen tener falta de conocimiento sobre alimentación y nutrición. En un estudio se encontró que, al integrar conocimientos sobre nutrición en un programa de terapia de reemplazo hormonal, los participantes experimentaron antojos de alimentos azucarados, pero optaron por consumir alimentos más saludables y en mayor cantidad.

(Mahboub, et al., 2020). La educación nutricional contribuye a los cambios en los entornos alimentarios promoviendo modificaciones en los hábitos alimenticios dentro de comunidades residenciales dedicadas al tratamiento del abuso de drogas (Silva, et al., 2021).

Una alimentación saludable y balanceada ayuda a mejorar la salud física y mental durante la rehabilitación. Además, la educación nutricional en estos pacientes contribuye a establecer hábitos alimenticios saludables desde la fase de rehabilitación, y una vez finalizado el proceso, les permitirá aplicar lo aprendido en su vida cotidiana.

### **1.5.7 Psicoeducación y nutrición**

La psicoeducación es un conjunto de técnicas que tiene como finalidad mejorar el proceso educativo del paciente y modificar sus actitudes o conductas. La psicoeducación ofrece resultados positivos ya que promueve el conocimiento de la enfermedad, expresión de ansiedades y miedos, cambios de creencias y de conducta que permite una mejor adaptación de la condición o enfermedad del paciente. (Losada & Zavalía, 2019)

La consejería nutricional ayuda a facilitar el proceso de cambios conductuales partiendo de habilidades y conocimientos de psicología y nutrición. Para generar un cambio se debe empezar con la identificación de conductas que pueden ser perjudicial para la salud de las personas. La consejería consiste en escuchar y entender qué hacen y cómo se sienten los individuos con el fin de facilitar opciones y promover un cambio de comportamiento. (INCAP, 2015).

### **1.5.8 Estrategias de consejería nutricional**

El modelo transteórico o modelo de etapas de cambio ha sido muy utilizado para estudiar el cambio de conductas de salud. Fue creado por James Prochaska y Carlo Diclemente con el objetivo de guiar el cambio de comportamiento hacia la promoción de la salud por medio de

características específicas de las intervenciones que pueden facilitar la modificación (Rondón & Reyes, 2019).

Elementos como la autoeficacia, el balance decisional y la entrevista motivacional son herramientas clave en las intervenciones, ya que su integración fortalece la capacidad de cambio durante las etapas y procesos, promoviendo la adopción de conductas saludables (Ruiz & Muñoz, 2018).

La entrevista motivacional se utiliza en los primeros estadios con el fin de que las personas avancen a otras etapas encontrando la motivación para comenzar el cambio. La autoeficacia es un proceso cognitivo en el que las personas perciben su capacidad para realizar de manera adecuada una tarea en un contexto particular o frente a una situación conflictiva con el fin de generar confianza en si mismo y alcanzar el éxito (Ruiz & Muñoz, 2018).

## **Capítulo 2**

## 2 Metodología

### 2.1 Tipo de estudio

El presente proyecto es un estudio piloto de diseño cuasiexperimental con enfoque mixto y de muestra por conveniencia.

### 2.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Instituto de Neurociencias (INC) ubicado en la avenida Pedro Menéndez Gilbert, Guayaquil, Ecuador.

### 2.3 Selección de la muestra

#### 2.3.1 Población de estudio

La población estaba compuesta por pacientes con adicciones a drogas internados en UCA del INC. Había un total de 33 pacientes en las diferentes UCA detalladas a continuación:

**Tabla 1**

*Descripción de la población objetivo*

<b>Nombre de la unidad</b>	<b>Nº de pacientes internados</b>	<b>Tiempo de rehabilitación</b>
UCA 1 - varones	15	Pacientes internados con tiempo de 0 – 3 meses de rehabilitación.
UCA 1 - mujeres	8	Pacientes internados con tiempo de 0 – 6 meses de rehabilitación.
UCA 2 - varones	10	Pacientes internados con tiempo de 3 – 6 meses de rehabilitación.

*Nota.* Datos obtenidos por autoridades de la UCA.

### 2.3.2 Muestra de estudio

La muestra se seleccionó por medio de los criterios de elegibilidad donde se obtuvo la participación de 20 pacientes detallados a continuación:

**Tabla 2**

*Descripción de la muestra definida*

<b>Nombre de la unidad</b>	<b>N° de participantes internados</b>
UCA 1 - varones	10
UCA 1 - mujeres	7
UCA 2 - varones	3
<b>Total</b>	<b>20</b>

*Nota.* Datos obtenidos por autores.

### 2.4 Análisis de muestra

**Tabla 3**

*Participantes del estudio según rango de edad*

<b>Rango de edad</b>	<b>Participantes</b>	<b>Porcentajes</b>
18 – 23	9	45%
24 – 29	7	35%
30 – 35	3	15%
36 – 41	0	0%
42 – 47	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

*Nota.* Datos obtenidos por autores.

En la tabla 3 se aprecia el total de los participantes distribuidos por rangos de edad. Se destaca que, el 45% corresponde a jóvenes de entre 18 a 23 años, seguido de un 35% en el rango

de 24 a 29 años. Durante las entrevistas iniciales se identificó en la muestra de estudio que las drogas más consumidas fueron marihuana, cocaína, heroína y alcohol, predominando el consumo diario y el uso de más de una droga por individuo.

## **2.5 Criterios de elegibilidad**

### **2.5.1 Criterios de inclusión**

1. Sexo: masculino y femenino con edades entre 18 y 65 años.
2. Pacientes con dependencia a las drogas e internados en el Programa de Rehabilitación de la UCA.
3. Pacientes con capacidad mental para participar activamente en las sesiones psicoeducativas nutricional.
4. Firma del consentimiento informado por parte de los pacientes.

### **2.5.2 Criterios de exclusión**

1. Pacientes con comorbilidades mentales en fases agudas de descompensación medidas por evaluación psiquiátrica.
2. Pacientes con capacidad mental sustancialmente disminuida con deterioro de los procesos cognitivos.

## **2.6 Variables**

### **2.6.1 Variable independiente**

Intervención psicoeducativa nutricional: Sesiones personalizadas de consejería nutricional y actividades prácticas diseñadas para educar a los participantes sobre nutrición y hábitos alimentarios saludables.

## **2.6.2 Variables dependientes**

- Frecuencia de consumo por grupos de alimentos.
- Índice de masa corporal (IMC).
- Recordatorio de 24 horas: ingesta calórica consumida.
- Nivel de conocimiento sobre nutrición por medio de encuesta.

## **2.7 Escala y cuestionario de evaluación**

### **2.7.1 Escala de evaluación del cambio (URICA)**

Esta escala fue diseñada para evaluar el nivel de predisposición al cambio en adultos, postulados en el modelo transteórico del cambio (precontemplación, contemplación, acción o mantenimiento) (Iturbe, et al., 2016). Esta herramienta es utilizada como diagnóstico en investigaciones para programas clínicos que buscan modificar hábitos de salud, conocer la motivación y procesos del cambio (Roth & Exeni , 2010).

En esta investigación se utilizó la escala URICA versión larga que consta de 32 preguntas con una escala de 5 opciones, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Esta herramienta permitió evaluar la disposición de los pacientes para cambiar su comportamiento sobre los hábitos alimentarios.

### **2.7.2 Cuestionario de conocimientos en alimentación**

Se eligió el cuestionario de conocimientos en alimentación C.A.P.A publicado en la Revista Actas Españolas de Psiquiatría, que se desarrolló para conocer los conocimientos adquiridos después de una intervención educativa sobre nutrición. Es una herramienta rápida y sencilla de utilizar, consta de 26 preguntas con opción múltiple. Posee un carácter general por lo que puede utilizarse también en población juvenil que no necesariamente pertenezca a un

programa educativo específico o a un grupo con una patología determinada (Ladrón, et al., 2021).

- **Evaluar la línea base:** Antes de la intervención, se identificó el nivel de conocimiento inicial de los participantes sobre nutrición permitiendo diseñar sesiones educativas enfocadas en las áreas de mayor necesidad.
- **Medir el impacto de la intervención:** Se aplicó el cuestionario nuevamente al final del programa, lo que permitió comparar los resultados iniciales y evaluar el aprendizaje de los participantes.

## **2.8 Metodología del objetivo 1**

### **2.8.1 Consentimiento informado y herramientas nutricionales**

Durante esta fase del proyecto, se explicó a los pacientes de forma clara y sencilla el propósito del estudio de investigación. Se obtuvo el consentimiento de los participantes con dependencia a las drogas e internados en el Programa de Rehabilitación de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) con capacidad mental para participar activamente en las sesiones psicoeducativas nutricionales. Posteriormente, se realizó la evaluación nutricional donde se incluyó la anamnesis, cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (CFCA) y recordatorio de 24 horas (R24h). Estas herramientas permitieron obtener información sobre sus hábitos alimentarios.

### **2.8.2 Anamnesis y cuestionarios nutricionales**

Se aplicó una anamnesis formada por una serie de preguntas para conocer la historia clínica y dietética del paciente. Esta herramienta permitió recopilar datos generales del paciente como edad, sexo, fecha de ingreso, ocupación y estado civil. También se preguntó sobre los

antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, medicamentos, actividad física, tipo de droga y frecuencia consumida.

Además, se indagó en los pacientes si notaron algún cambio en su alimentación antes y después del consumo de drogas, tomas realizadas al día, cantidad de alimentos ingeridos del plato, hidratación y preferencias alimentarias. De igual manera, se preguntó sobre los factores que influyen en su alimentación como estado de ánimo, creencias y percepciones de los alimentos. También se realizaron preguntas para conocer los comportamientos y actitudes relacionados a la alimentación como el tipo de refrigerio preferido, salto de comidas diarias, obstáculos para llevar una alimentación saludable, etc. Por último, se realizó una exploración física relacionada con la nutrición.

De igual manera, se realizó un cuestionario de frecuencia de consumo por grupos de alimentos (CFCA) donde se incluyó 11 grupos principales como lácteos, huevos, frutas, verduras, cereales, carnes y aves, pescados, grasas y aceites, leguminosas, snack/dulces y repostería industrial, considerando una selección de frecuencia de consumo al día, a la semana, al mes o no aplica (NA) porque no lo ingiere. Esta herramienta permitió identificar los hábitos alimentarios de cada paciente de forma cualitativa.

Una vez que se recolectó los datos del CFCA, se procedió a procesarlos y analizarlos según las recomendaciones diarias de la OMS para adultos de acuerdo a los diferentes grupos de alimentos. Se tuvo en consideración lo siguiente: lácteos 2 – 3 porciones; frutas 2 – 4 porciones; verdura 3 – 4 porciones; cereales 4 – 6 porciones; carnes 1 – 2 porciones; grasas 1 – 3 porciones; leguminosas 1 porción. El consumo de pescado es de 2 a 3 porciones por semana y una ingesta de rara vez (1 – 2 veces al mes o 3 – 4 veces al mes) o nunca de snack/dulces y productos de repostería industrial. (OMS, 2019). Algunos grupos de alimentos que se recomendaban en

gramos, fueron convertidos a porciones teniendo en cuenta un tamaño estándar de porción de la lista de intercambio de alimentos ecuatorianos según las GABA del Ecuador.

También se aplicó un R24h para conocer los alimentos y bebidas que el paciente consumió el día anterior a la visita durante el desayuno, almuerzo, merienda y entre comidas, detallando las porciones en medidas caseras, método de cocción y horario de comida. Esta herramienta permitió tener una idea de la calidad y porciones de los alimentos que ingirió cada paciente. Además, se calculó la ingesta calórica en base a lo consumido para identificar un exceso o déficit por medio del software ASA24, teniendo en cuenta el requerimiento calórico diario de cada paciente calculado por medio de la fórmula Mifflin-St Jeor.

### **2.8.3 Antropometría**

Se midió el peso corporal y altura con una balanza mecánica con tallímetro Health o meter ® Professional debidamente calibrado facilitado por la institución. Se registró el peso en kilogramos (kg) y la talla en centímetros (cm) con el paciente descalzo y con la menor ropa posible. El IMC se calculó en base a los valores obtenidos de la antropometría, y la malnutrición se determinó por medio de los límites de referencia establecidos por la OMS.

## **2.9 Intervención nutricional**

### **2.9.1 Educación nutricional**

Se brindó 4 charlas programadas de forma presencial, uno por cada semana durante un mes con una duración de aproximadamente 1 hora, en las cuales se realizaron exposiciones y dinámicas. Además, se entregó materiales visuales como folletos para reforzar la información proporcionada. Los temas y contenidos fueron diseñados en base a los desconocimientos y problemas nutricionales por parte de los pacientes identificados en la evaluación nutricional. A continuación, se detalla el programa:

**Tabla 4***Temas de educación nutricional con fecha y descripción*

<b>Charla</b>	<b>Fecha</b>	<b>Temas</b>	<b>Descripción</b>
1	27 de noviembre del 2024.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es la nutrición?</li> <li>-Problemas nutricionales por adicciones a drogas.</li> <li>-Importancia de la nutrición en su recuperación.</li> <li>-Clasificación de los nutrientes.</li> <li>-Ejemplo de snacks saludables.</li> </ul>	<p>Exposición de los temas con uso de diapositivas.</p> <p>Se explicó los tipos de carbohidratos, grasas y proteína.</p> <p>Concepto e importancia de principales vitaminas y minerales.</p> <p>Dinámica final.</p>
2	6 de diciembre del 2024.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grupos de alimentos y recomendaciones diarias.</li> <li>-Importancia de alimentos integrales, frutas y verduras.</li> <li>-Etiquetado nutricional.</li> <li>-Plato saludable: porciones adecuadas y comida equilibrada.</li> </ul>	<p>Exposición de los temas con uso de diapositivas.</p> <p>Lectura correcta de la etiqueta nutricional.</p> <p>Uso de herramienta “My Plate”</p> <p>Dinámica final.</p>
3	13 de diciembre del 2024.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Importancia de los ácidos grasos esenciales.</li> <li>-Importancia de la hidratación.</li> <li>-Estrategias para evitar la alimentación emocional.</li> <li>-Alimentación consciente.</li> </ul>	<p>Exposición de los temas con uso de diapositivas.</p> <p>Ejemplos de alimentos con nutrientes</p>

		-Mensajes de las GABA del Ecuador.	esenciales para el organismo. Recomendaciones para una alimentación consciente. Dinámica final.
4	17 de diciembre del 2024.	-Problemas de salud o enfermedades relacionadas con la alimentación. -Mitos o frases sobre alimentación. ¿cierto o no?	Exposición de los temas con uso de diapositivas. Causas de la diabetes, hipertensión, cáncer, colesterol, etc. Examen final.

---

*Nota.* Diseñado por autores.

### **2.9.2 Consejería nutricional**

Se brindó consejería nutricional individualizada para cada paciente con la finalidad de mejorar su comportamiento relacionado a la alimentación. Se aplicaron estrategias como entrevista motivacional, autoeficacia y modelo transteórico del cambio. Dependiendo del caso y etapa de cambio en el que se encontraba el paciente se utilizaron las herramientas y estrategias adecuadas.

**Tabla 5***Cronograma de consejerías con fecha y horario*

<b>N° de sesión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Horario</b>
1	04/12/2024 05/12/2024	13:00 a 15:00 pm
2	11/12/2024 12/12/2024	12:00 a 15:00 pm
3	18/12/2024 19/12/2024	12:00 a 15:00 pm

*Nota.* Diseñado por autores.**2.9.2.1 Técnica de balance decisional**

Hace referencia a la creencia que tienen las personas sobre las ventajas y desventajas de tener un comportamiento. Su propósito es reflexionar y evaluar los pros y contras de realizar un cambio conductual. Esta técnica se basa en el modelo transteórico del cambio muy utilizado en procesos de toma de decisiones con relación a los cambios importantes en la vida. (Zamarripa, et al., 2019)

Esta herramienta se aplicó a los pacientes que se encontraron en la etapa de contemplación según la escala URICA, con el fin de aclarar pensamientos y emociones sobre conductas de hábitos alimentarios. Además, ayudó a identificar las desventajas de continuar con una conducta alimentaria inadecuada con el fin de promover un cambio de comportamiento relacionado a sus hábitos alimentarios.

### **2.9.2.2 Técnica de establecimiento de objetivos**

Es un proceso importante para transformar la motivación inicial del paciente en pasos precisos hacia el cambio que se desea conseguir. Esta técnica permite plantear metas alcanzables en conjunto con el paciente gestionando eficazmente los recursos disponibles y definiendo de manera óptima los procesos y pasos necesarios para alcanzarlos. (Galilea & Martí, 2018)

Esta técnica se aplicó en los pacientes que fueron identificados en la etapa de preparación y acción. Se plantearon objetivos SMART con el fin de focalizar las metas, siendo estas específicas, medibles, alcanzables, relevantes y temporales, diseñadas para optimizar la planificación y conseguir el logro de resultados. Se planteó un objetivo por semana en base a los problemas de hábitos alimentarios identificados, donde el paciente escogió voluntariamente el problema para empezar a abordarlo.

Se le proporcionó orientación sobre cómo llevar a cabo las acciones necesarias y cómo superar las dificultades para alcanzar las metas establecidas. Además, se evaluó el nivel de importancia, motivación y confianza en una escala del 1 al 5 con relación al objetivo planteado. Finalmente, para tener un registro del cumplimiento diario se agregó una sección de seguimiento en la hoja entregada a los pacientes.

## **2.10 Metodología del objetivo 2**

### **2.10.1 Herramientas de análisis de datos**

Para la creación de gráficos y análisis de datos estadísticos se utilizó Microsoft Excel y el programa R Studio, el cual son herramientas gratuitas y avaladas por la comunidad científica.

### **2.10.2 R Studio**

R es un lenguaje de programación de estadística utilizado en varias disciplinas. Posee un conjunto de herramientas permitiendo analizar datos, realizar cálculos y crear gráficos

estadísticos. R Studio es un entorno de desarrollo integrado de código abierto, gratuito y multifuncional, además se adapta a otros lenguajes de programación permitiendo el análisis de datos, estadística y visualización. (Ruiz & Puga, 2016)

Se utilizó el software estadístico R Studio para el procesamiento y análisis de datos obtenidos durante las evaluaciones pre y post-intervención. Este software permitió realizar pruebas de significancia estadística y análisis descriptivos para comparar los cambios en los hábitos alimentarios antes y después de la intervención. Además de determinar la significancia en los cambios del nivel de conocimiento nutricional de los participantes.

### **2.10.3 Seguimiento nutricional**

Se realizaron tres visitas principales como parte del proceso de seguimiento nutricional. La primera visita tuvo lugar la semana después de la consejería nutricional para dialogar con los pacientes sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos entre ambos, identificar posibles dificultades y, si fuese necesario, reformular metas. Además, se establecieron objetivos a pacientes que avanzaron a la siguiente etapa. La segunda visita se llevó a cabo una semana después. De la misma manera, nos permitió evaluar la adherencia al plan de acción, identificar barreras enfrentadas por los pacientes y realizar ajustes en las estrategias nutricionales según las necesidades individuales.

La tercera y última visita se realizó al finalizar el programa, donde se recopilaron los datos necesarios para la reevaluación nutricional, además de proporcionar retroalimentación final y reforzar las recomendaciones para mantener hábitos saludables a largo plazo. Durante todo el proceso, estas visitas garantizaron un seguimiento continuo y personalizado, fortaleciendo el compromiso de los participantes con la intervención.

#### **2.10.4 Reevaluación nutricional**

La reevaluación nutricional se llevó a cabo al finalizar la intervención de un mes, utilizando los mismos instrumentos y procedimientos empleados en la evaluación inicial. Incluyó la medición antropométrica (peso, altura y cálculo del IMC), la aplicación del recordatorio de 24 horas para determinar cambios en la ingesta calórica y calidad alimentaria, el cuestionario de frecuencia de consumo para evaluar modificaciones en los hábitos alimentarios, y el cuestionario de conocimientos generales sobre nutrición para analizar variaciones en el nivel de aprendizaje. Estos datos fueron comparados estadísticamente con los resultados iniciales para identificar progresos y medir la eficacia de la intervención.

#### **2.11 Metodología del objetivo 3**

Con la información recopilada del proyecto en base al Proceso de Atención Nutricional (NCP) se realizó una guía integral audiovisual, cuya información se colocó en una página web. Esta guía presentó información general, herramientas usadas, estrategias aplicadas, resultados, recomendaciones y hallazgos de nuestro estudio piloto con el fin de brindar apoyo para futuros proyectos o intervenciones nutricionales con enfoque de educación y consejería nutricional en centros de rehabilitaciones para pacientes con adicciones a drogas.

##### **2.11.1 Diseño del producto**

###### **2.11.1.1 Plataforma utilizada**

Google sites es un sitio web que permite crear páginas webs personalizadas de forma gratuita, práctica y sencilla. Es accesible para todos los usuarios independiente de los conocimientos informáticos. Posee una amplia gama de plantillas para adaptar el diseño según las necesidades de los usuarios (Pinzón, 2023).

Se escogió la herramienta Google Sites para alojar la guía audiovisual, debido a su facilidad de uso, accesibilidad y capacidad de integrar contenido multimedia que optimiza la experiencia del usuario. La página se diseñó como un prototipo de curso digital con herramientas descargables y videos cortos.

### 2.11.1.2 Contenido del sitio web

**Tabla 6**

*Contenido de la página web*

Homepage / inicio	Contenido del curso, objetivos, paquetes y precios, contactos, descripción breve del curso y lo que aprenderás.
Acceso directo / Módulos	Enlaces rápidos a secciones clave como "Proceso de Atención Nutricional (NCP)", "Recursos Educativos", y "Recomendaciones en consejería".
Sección: NCP	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Marco conceptual del NCP.</li> <li>-Herramientas de evaluación nutricional (anamnesis, recordatorio de 24 horas, CFCA, encuesta).</li> <li>-Diagnósticos nutricionales (PES) en la muestra estudiada.</li> <li>-Estrategias de intervención (educación nutricional y consejería nutricional).</li> <li>-Técnicas de consejería basadas en el modelo transteórico del cambio.</li> <li>-Estrategia de monitoreo y seguimiento a nivel de rehabilitación.</li> </ul>
Sección: Recursos Educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consejos prácticos para planificar comidas saludables y control de porciones.</li> <li>-Recursos para identificar alimentos balanceados y accesibles.</li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>-Plato saludable, métodos de cocción saludable y leer etiquetas.</li><li>-Estrategias para mejorar la adherencia a una dieta saludable en contextos de rehabilitación.</li><li>-Videos: importancia de la nutrición en rehabilitación y alimentación consciente.</li></ul>
Sección: Recomendaciones en consejería y datos importantes	<ul style="list-style-type: none"><li>-Cualidades de una persona consejera.</li><li>-Habilidades de comunicación en consejería.</li><li>-Recomendaciones y datos importantes para una mejor intervención nutricional.</li><li>-Foro a la comunidad para preguntas o dudas.</li></ul>
Validación del contenido	<p>El sitio web fue revisado por profesores del área de nutrición de la universidad para garantizar la calidad y relevancia del contenido. Además, se realizó una encuesta en Google forms a estudiantes de nutrición para valorar aspectos de la página web con una escala tipo Likert.</p>

---

*Nota.* Diseñado por autores.

## **Capítulo 3**

### 3 Resultados y análisis

La muestra fue escogida en base a los criterios de elegibilidad, obteniendo un total de 20 participantes entre ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 18 a 44 años, con un promedio de  $25,65 \pm 6,40$  (media  $\pm$  desviación estándar). En la tabla 7 se presentan las características basales de la muestra de estudio.

**Tabla 7**

*Características basales de la muestra de estudio*

<b>Categoría</b>	<b>n (20)</b>
<b>Sexo:</b>	<b>n (%)</b>
Varones	13 (65)
Mujeres	7 (35)
Edad (Media $\pm$ DE)	$25,65 \pm 6,40$
<b>Antropometría:</b>	<b>(Media <math>\pm</math> DE)</b>
Peso (kg)	$77,78 \pm 10,74$
Talla (m)	$1,62 \pm 0,11$
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	$29,46 \pm 4,29$
<b>Antecedentes patológicos personales:</b>	<b>n (%)</b>
Hipertensión	2 (10)
VIH	1 (5)
Gastritis	1 (5)
No refiere	16 (80)
<b>Tipo de droga más consumida:</b>	<b>n (%)</b>
Cocaína	2 (10)
Marihuana	9 (45)
Heroína	6 (30)
Alcohol	2 (10)
Krippy	1 (5)

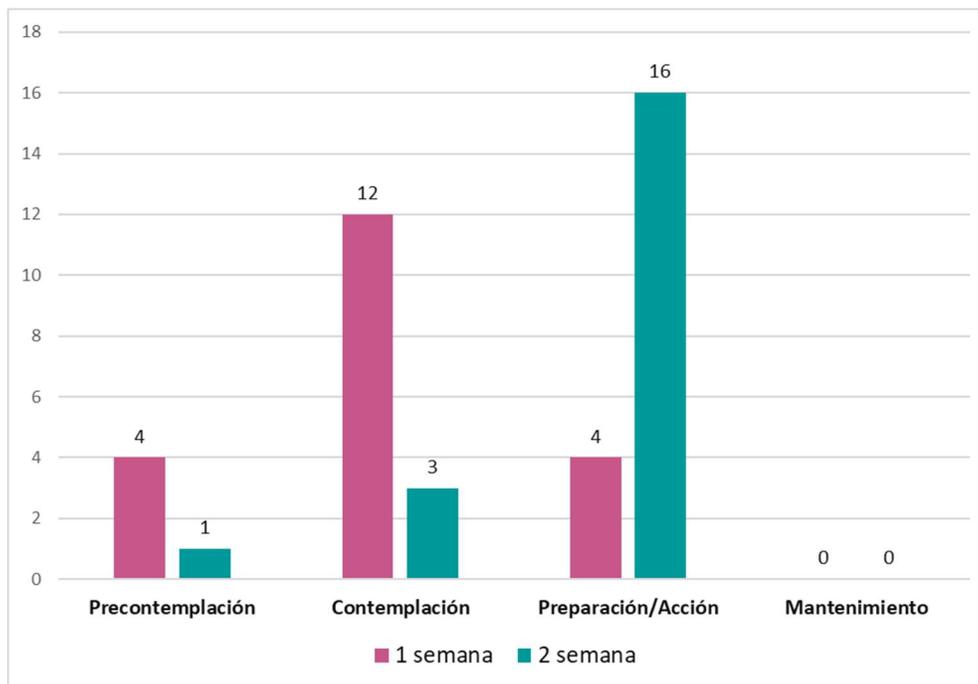
*Nota.* Datos obtenidos de la evaluación nutricional.

En la tabla 7 se observa que el 65% de los participantes son hombres y el 35% son mujeres. La mayoría de los pacientes no refirieron presentar antecedentes patológicos personales (80%). Los tipos de drogas más usadas fueron marihuana (45%) y heroína (30%). Los medicamentos más consumidos son quetiapina, risperidona, biperideno, levomepromazina y carbamazepina. Cabe mencionar que los pacientes toman más de un medicamento al día. En base a las características antropométricas, la muestra de estudio presenta un promedio de: peso  $77,78 \pm 10,74$ ; talla  $1,62 \pm 0,11$  e IMC  $29,46 \pm 4,29$ . La clasificación del estado nutricional según el IMC de los pacientes se muestra en la figura 2.

### 3.1 Resultados de la escala URICA

#### Figura 1

*Distribución de personas por etapas de cambio y progreso en las mismas*



*Nota.* Datos obtenidos de la escala URICA y consejería.

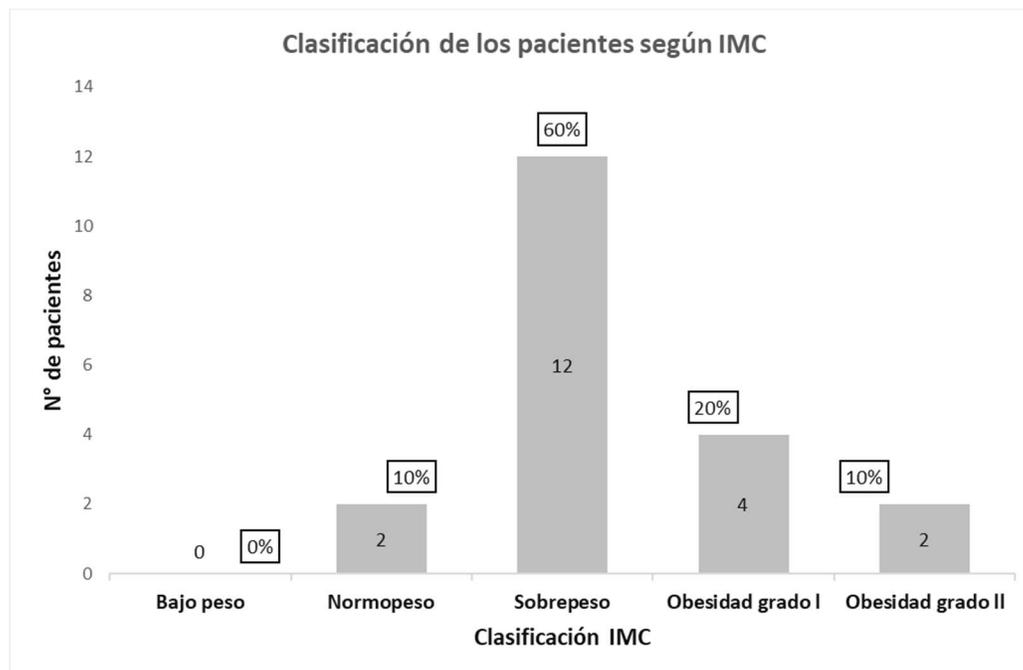
En el gráfico se observa una progresión de las etapas de cambio en los pacientes. En la segunda semana, 12 pacientes que estaban en contemplación progresaron a preparación ya que conocieron las ventajas en su salud de cambiar una conducta alimentaria negativa y decidieron empezar a mejorar hábitos alimentarios. Por otro lado, 3 participantes avanzaron a “contemplación”, mientras que 1 persona se mantuvo en pre-contemplación debido a su desinterés por su salud. Estos resultados se dieron por la aplicación de estrategias de consejería nutricional como balance decisional, plan de acción, entrevista motivacional, etc.

### 3.2 Resultados del objetivo 1

#### 3.2.1 Clasificación de los pacientes según el IMC

**Figura 2**

*Clasificación de los pacientes según IMC*



*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional.

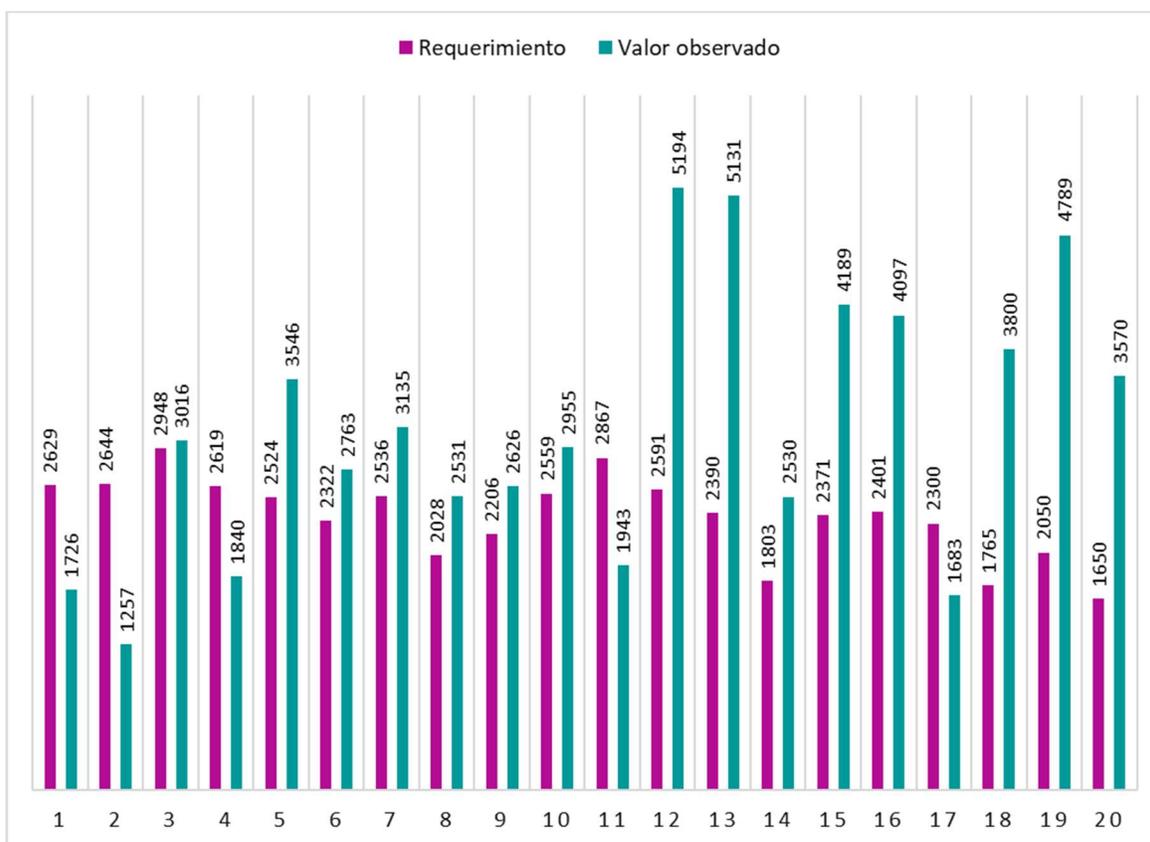
La gráfica 2 indica el estado nutricional de la muestra de estudio según el IMC. Doce pacientes (60%) se encontraron en sobrepeso, 4 participantes (20%) en obesidad grado I, dos

pacientes (10%) en obesidad grado II y solo 2 participantes (10%) presentaron normopeso. Se observa que en la muestra de estudio predominó la malnutrición por exceso, probablemente por un consumo excesivo de calorías, principalmente de frituras y productos de repostería industrial ingeridos entre comidas.

### 3.2.2 Resultados del recordatorio de 24 horas

#### Figura 3

*Comparación de requerimiento calórico vs calorías consumidas por cada paciente (valor observado)*



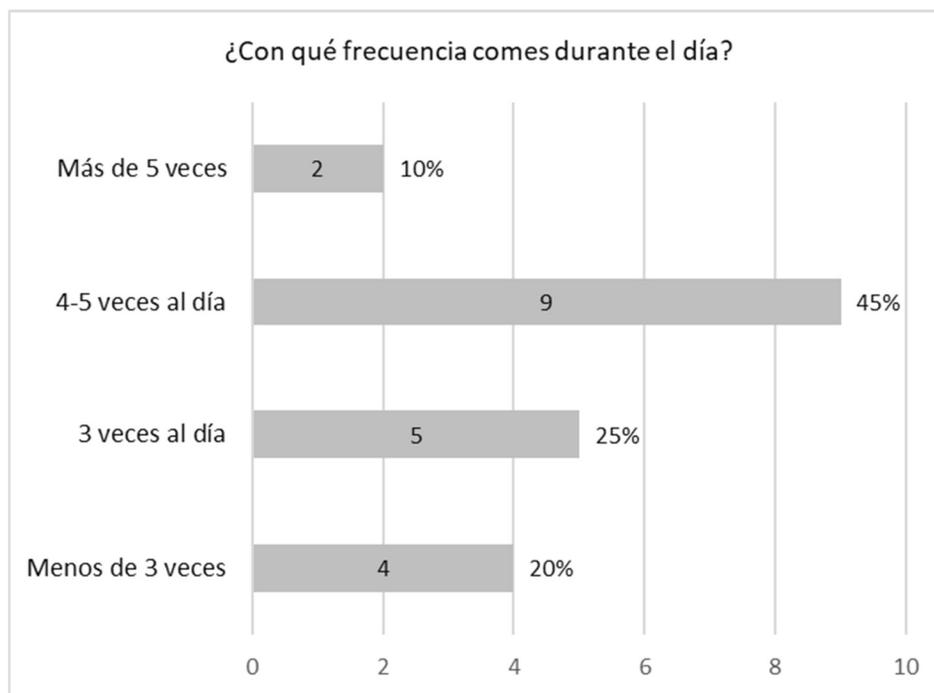
*Nota.* Datos obtenidos de la evaluación nutricional (R24h).

En general, este consumo corresponde a los tres tiempos de comida proporcionados por el servicio de alimentación, aunque cada paciente puede escoger lo que desea comer del plato servido. Además, se considera las entre comidas, el cual la mayoría de los pacientes realizan y suelen ser productos de repostería industrial, snack y frituras, lo que podría aumentar considerablemente las calorías de la dieta. Se observa que existe un exceso de calorías consumidas en 14 pacientes (70%), por lo que puede existir una relación con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la muestra de estudio. Por otro lado, 5 participantes (25%) se encontraron en déficit calórico y solo 1 paciente se encontró en un rango aceptable de calorías ( $\pm$  300 kcal).

### 3.2.3 Preguntas de anamnesis

#### Figura 4

*Distribución de la ingesta diaria*

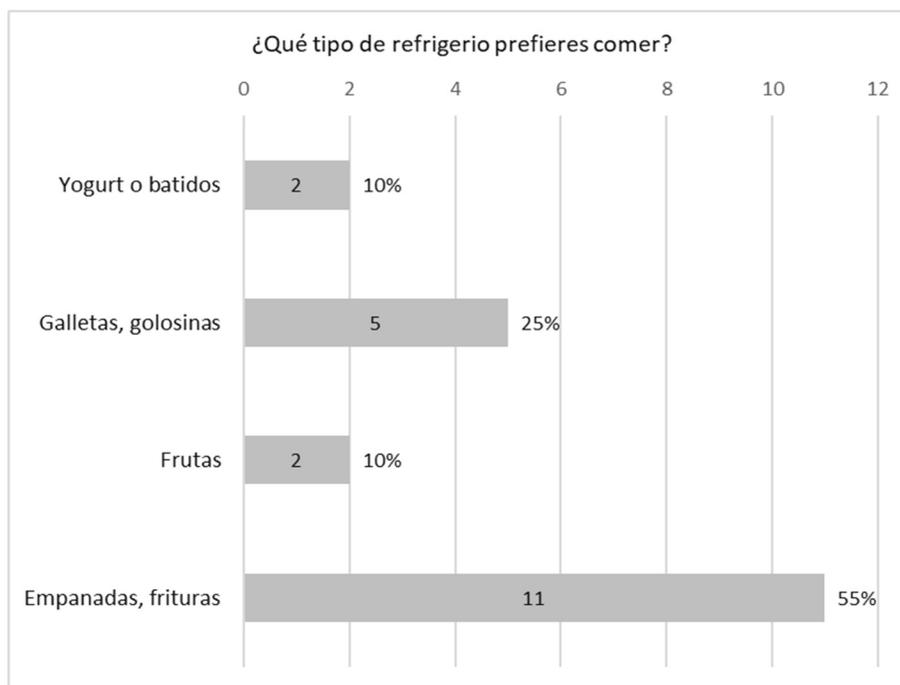


*Nota.* Datos obtenidos en la anamnesis.

La figura 4 se destaca que el 45% de los pacientes realizan de 4 a 5 ingestas al día, manifestando que aparte de las tres comidas principales brindadas por la institución, suelen comer refrigerios a las 3 pm y/o 8 pm, los cuales son horarios donde tienen permitido acceder a los suministros de alimentos y cocina.

### Figura 5

*Distribución de participantes según su preferencia de refrigerios*

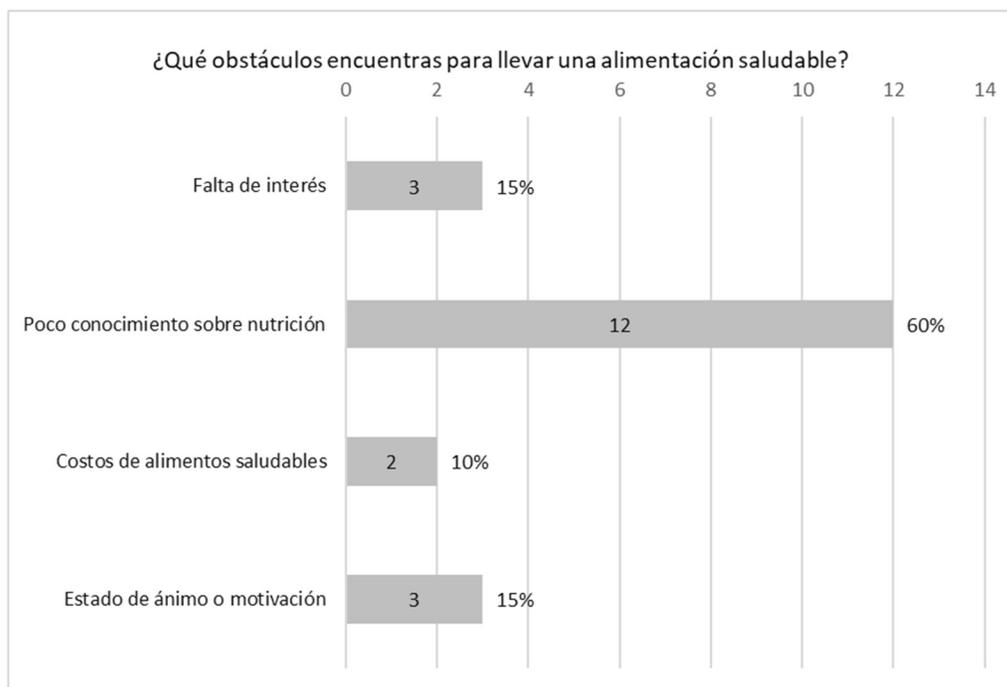


*Nota.* Datos obtenidos en la anamnesis.

El gráfico 5 muestra que la mayoría de los participantes (55%) prefieren comer empanadas o frituras como snack (cachitos, papas ruffles, doritos), 5 participantes (25%) prefieren comer galletas o golosinas (chocolate, dulces), 2 pacientes (10%) escogieron frutas, y otras 2 seleccionaron yogurt o batidos. Se observa que las opciones de refrigerios más sanas son las de menor preferencia por los participantes.

**Figura 6**

*Distribución de obstáculos para llevar una alimentación saludable*



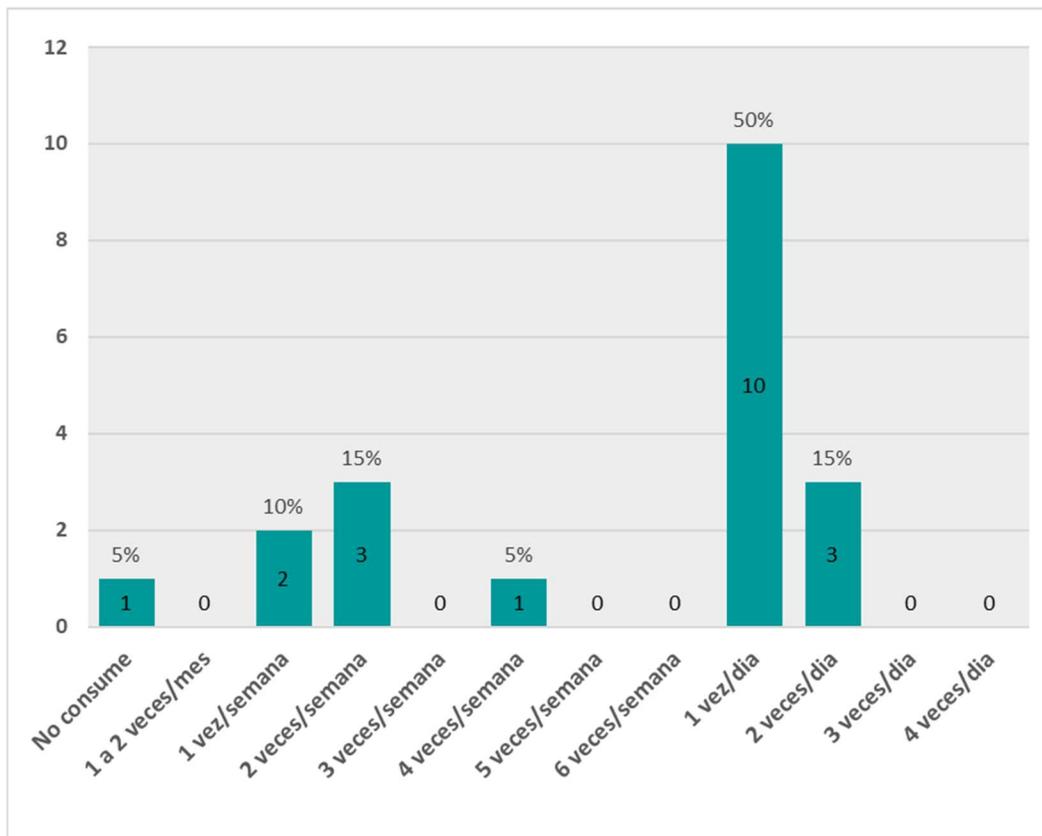
*Nota.* Datos obtenidos en la anamnesis.

Según los datos obtenidos, la mayoría de los pacientes (60%) señalaron que el poco conocimiento sobre nutrición es un obstáculo para empezar una alimentación saludable. Además, el 15% señalaron que el estado de ánimo o falta de motivación influye en llevar una alimentación saludable. En el área de estudio no se cuenta con un nutricionista que proporcione asesorías personalizadas o brinde educación nutricional a los pacientes, además, esto es un problema común en varios centros de rehabilitación del país.

### 3.2.4 Resultados del cuestionario de frecuencia de consumo por grupos de alimentos

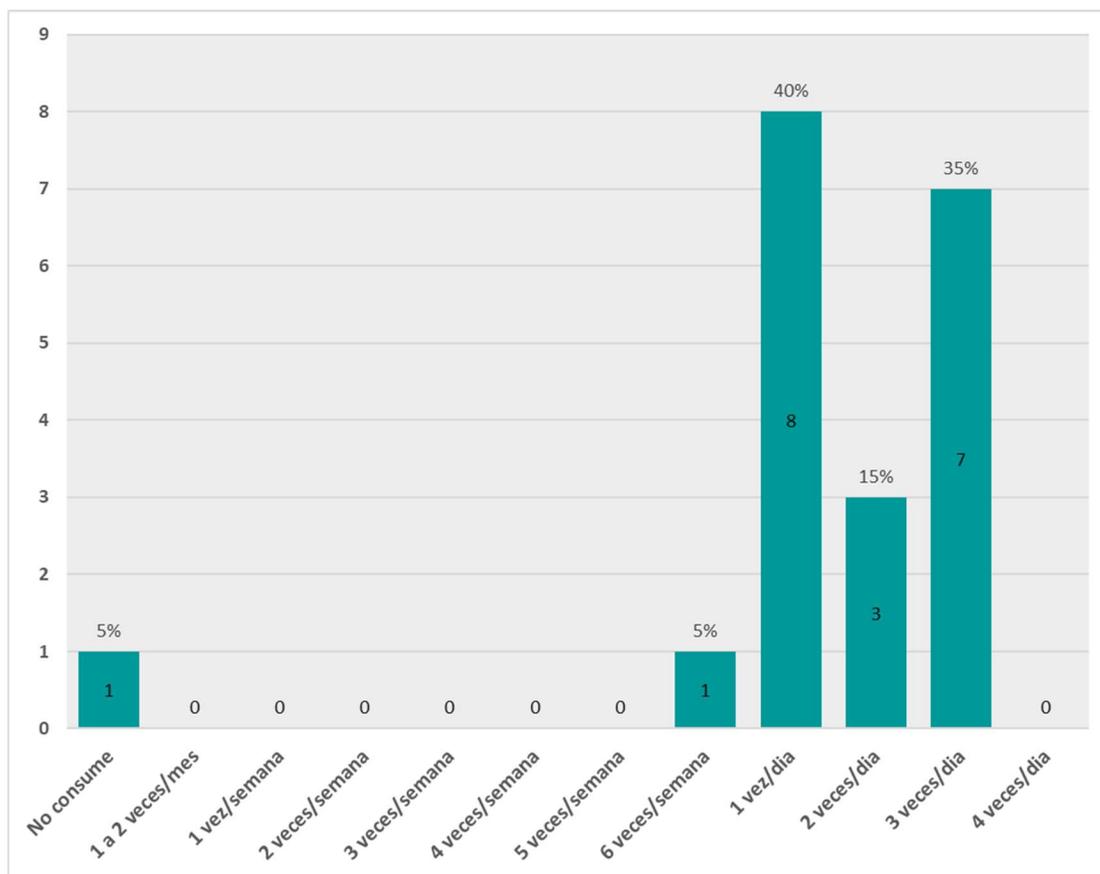
**Figura 7**

*Distribución de la frecuencia de consumo de lácteos*



*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

La figura 7 muestra que el 50% consumen lácteos 1 vez al día, siendo más común el queso y yogurt según el R24h, el 15% ingieren 2 veces al día, para seis participantes (30%) el consumo de lácteos es semanal y 1 participante no consume. Según las recomendaciones diarias de la OMS (2 a 3 porciones diarias), solo el 15% cumple con esta condición, reflejando un bajo consumo de lácteos. Los pacientes refirieron que en el desayuno es muy común consumir coladas, mientras que la leche no es tan habitual.

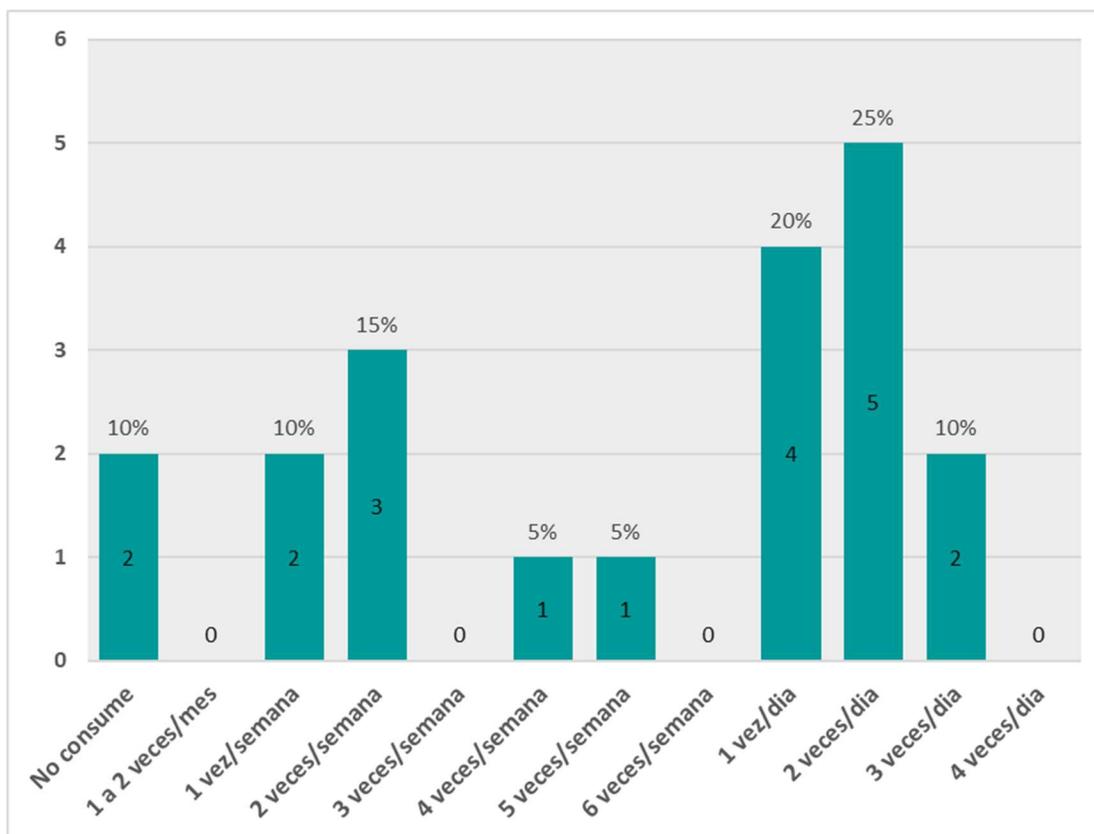
**Figura 8***Distribución de la frecuencia de consumo de frutas*

*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

Los datos recopilados indican que el 40% de la muestra de estudio consumen frutas 1 vez al día, el 35% tres veces al día, el 15% dos veces al día, el 5% seis veces a la semana y uno no consume. El servicio de alimentación incluye una porción de fruta en cada comida principal. Sin embargo, algunos pacientes suelen dejar la fruta a un lado o dársela a un compañero. El 50% de los participantes comen frutas dentro de las porciones recomendadas. En general el consumo de frutas es bueno.

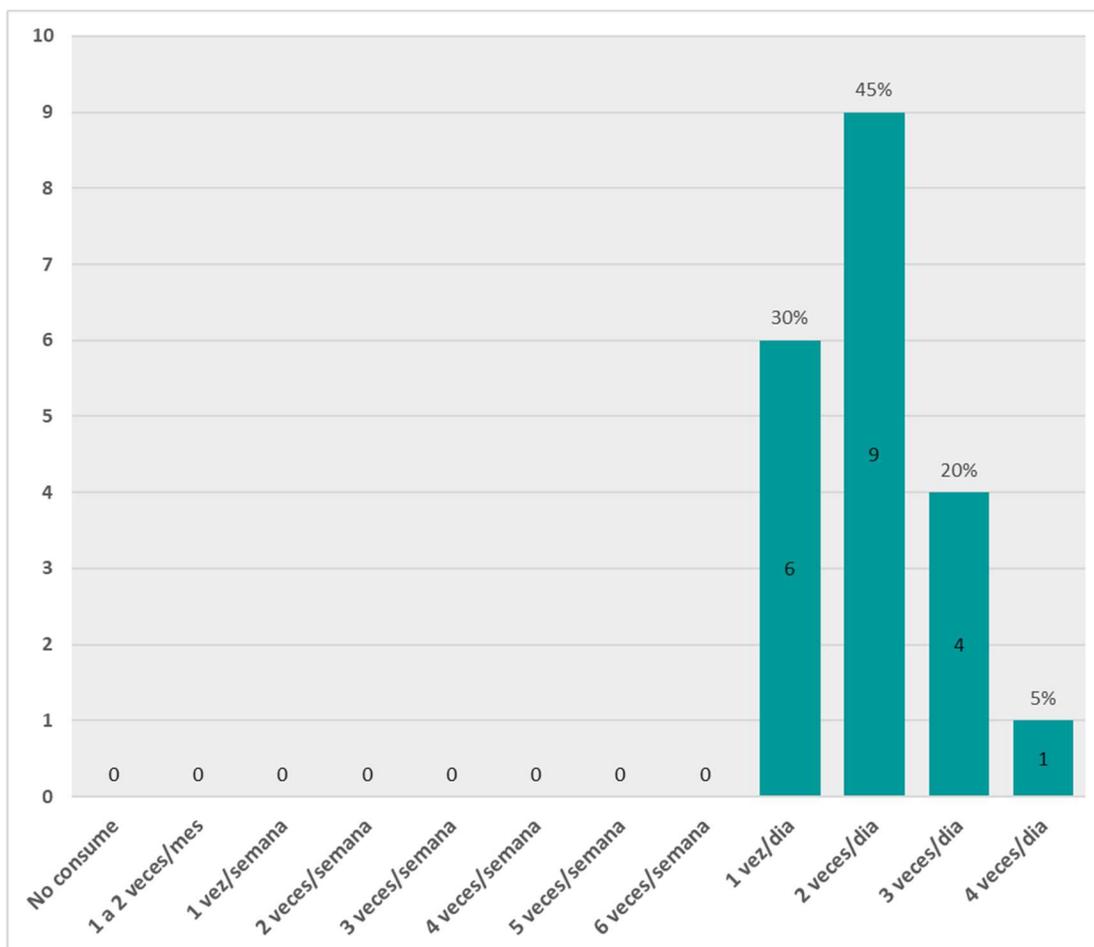
**Figura 9**

*Distribución de la frecuencia de consumo de verduras*



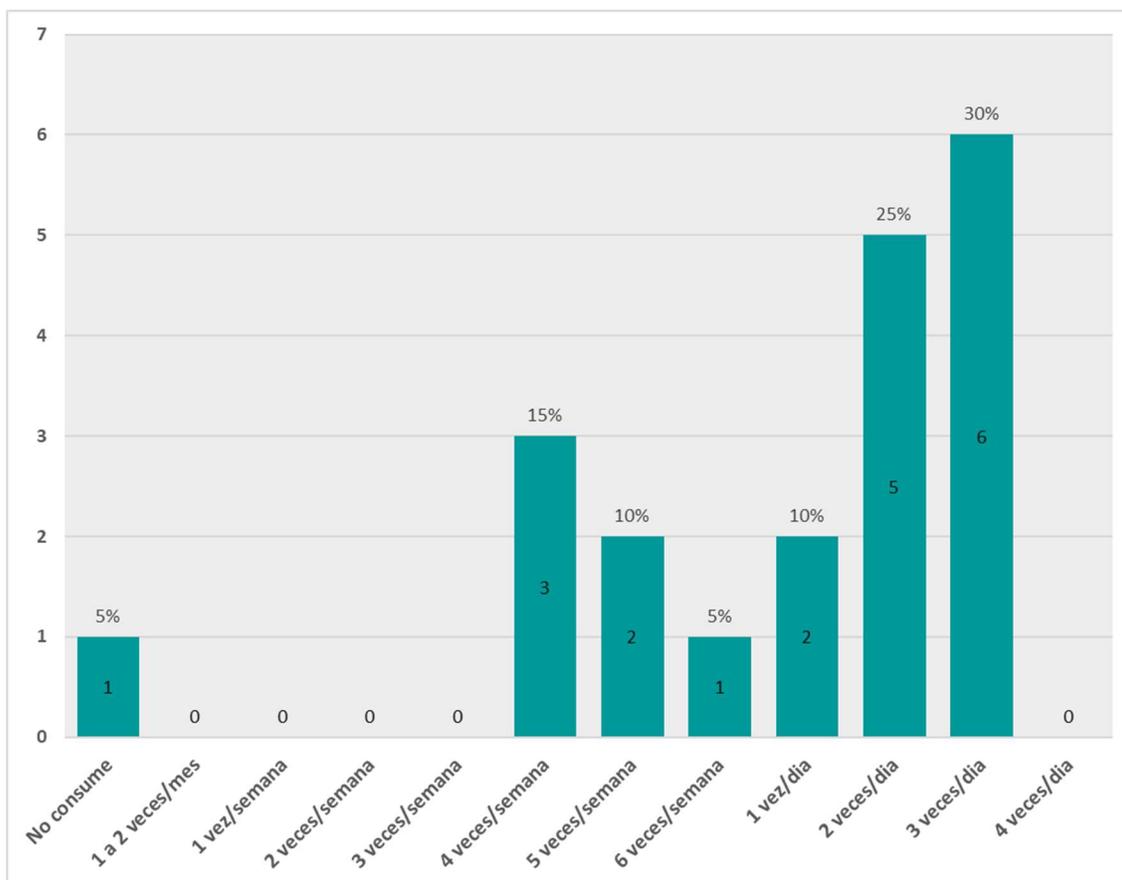
*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

Según los datos adquiridos, el 25% de los pacientes consumen verduras 2 veces al día, el 20% cuatro veces al día, el 10% tres veces al día, el 35% consumen con una frecuencia semanal y el 10% no comen verduras. Solo el 10% de los pacientes comen verduras de acuerdo a las recomendaciones. La muestra de estudio presenta una baja ingesta de verduras. Los pacientes refirieron que no les gusta consumir verduras debido a preferencias personales o porque suele ser una ensalada simple.

**Figura 10***Distribución de la frecuencia de consumo de cereales*

*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

La grafica muestra que el 45% consume cereales 2 veces al día, siendo principalmente el arroz del almuerzo y merienda, el 30% una vez al día, el 20% tres veces al día, por último, el 5% cuatro veces al día. Los cereales más consumidos según el R24h son el arroz, papa, avena y productos derivados de harina de trigo. En base a las recomendaciones de la OMS, solo el 5% de los pacientes consumen cereales dentro de las porciones diarias recomendadas (4 a 6).

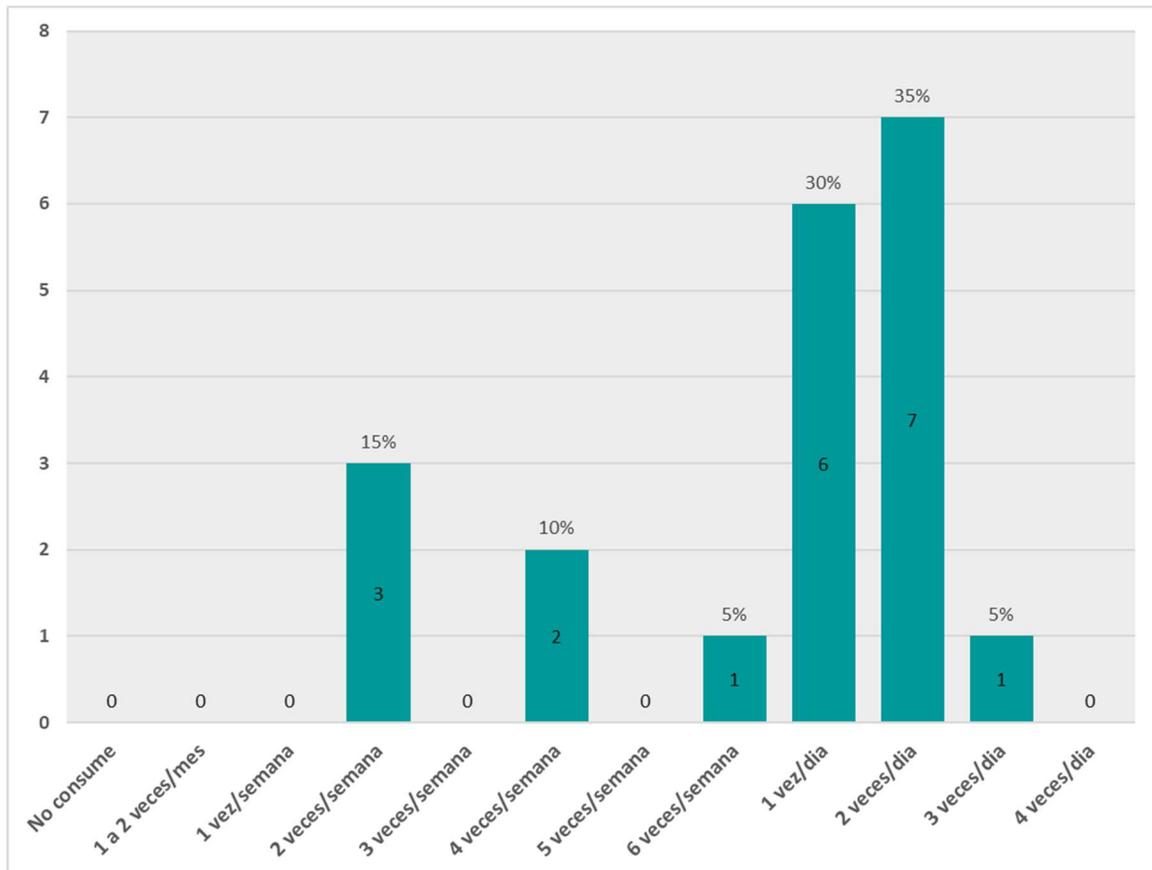
**Figura 11***Distribución de la frecuencia de consumo de grasas y aceites*

*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

En la figura 11 se observa que el 30% consumen grasas y aceites 3 veces al día, principalmente mantequilla para acompañar el pan, aceite para freír empanadas o patacones, snack, o aceite para la cocción de cierta proteína brindada por el servicio de alimentación de vez en cuando. El 25% ingieren 2 veces al día, el 10% una vez al día y 6 participantes presentan un consumo semanal. Por medio del R24h no se evidenció la ingesta de grasas saludables como aguacate, aceite de oliva o frutos secos.

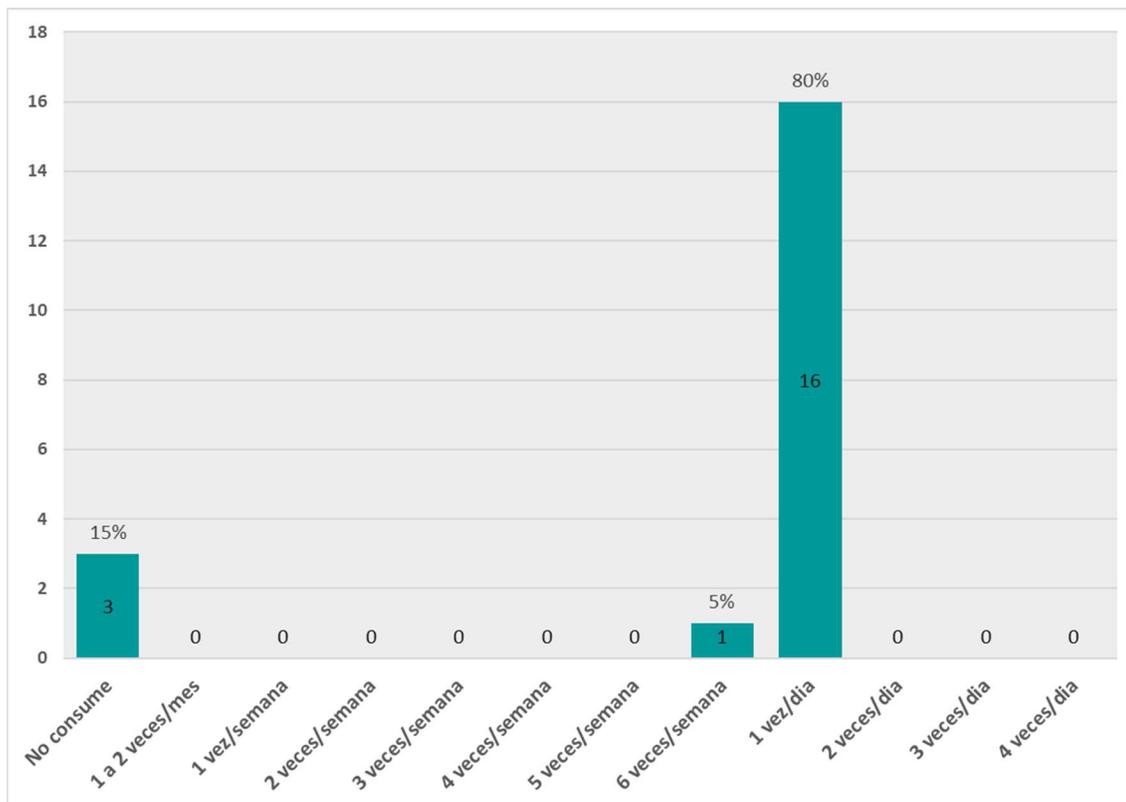
**Figura 12**

*Distribución de la frecuencia de consumo de carnes y aves*



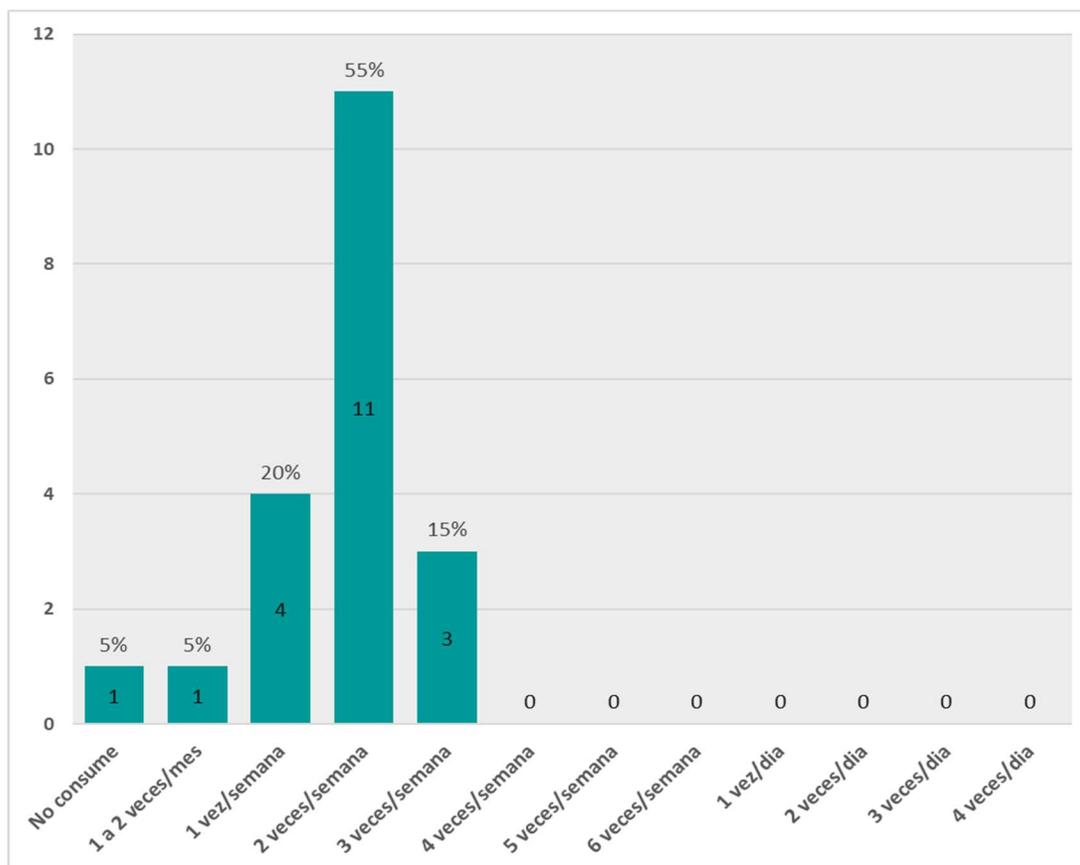
*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

De acuerdo con los resultados, el 35% consumen carnes y aves 2 veces al día, por lo general en el almuerzo y la merienda, el 30% una vez al día y una persona consume 3 veces al día. Mientras que el 30% ingieren carnes y aves de forma semanal, optando por otro tipo de proteína animal a la semana como pescados o embutidos. En base al R24h las carnes y aves más consumidas son carne de res, cerdo y pollo. El 65% de los pacientes comen carnes dentro de las recomendaciones.

**Figura 13***Distribución de la frecuencia de consumo de huevos*

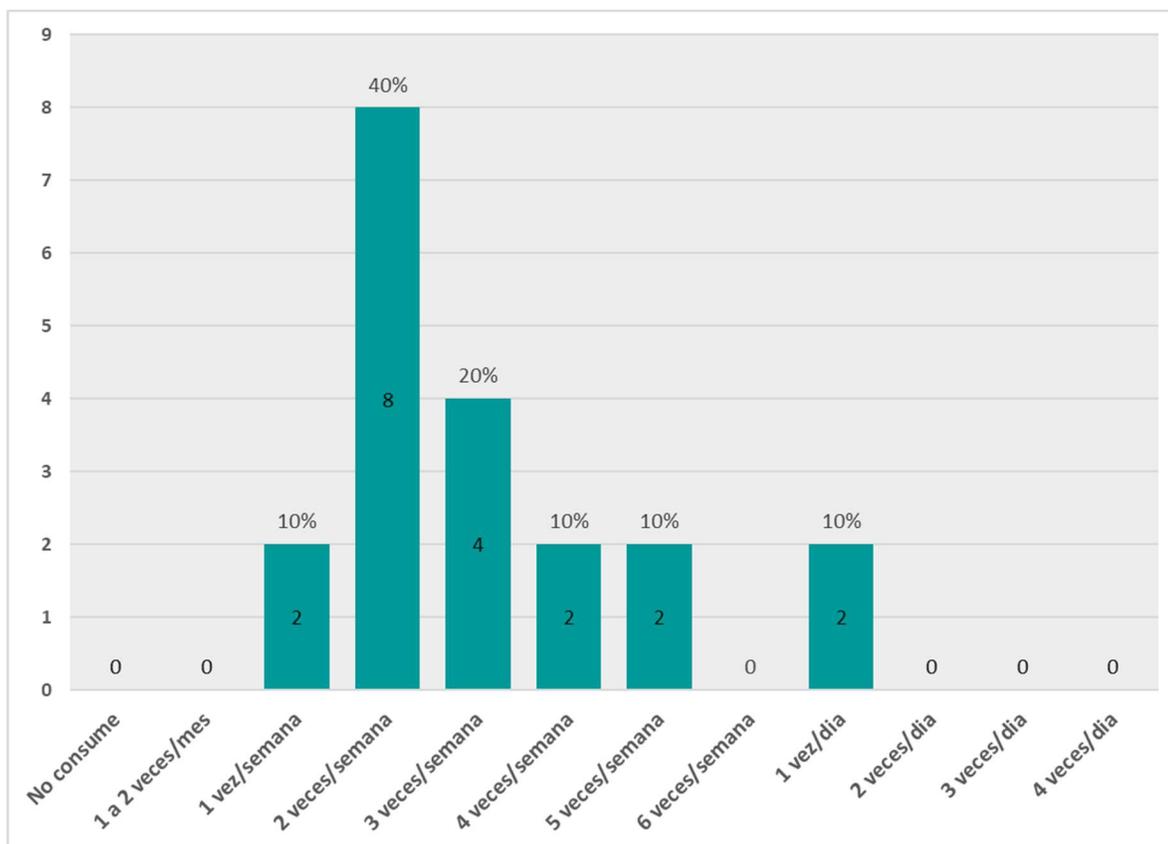
*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

El 80% consumen huevo una vez al día, proporcionado por el servicio de alimentación durante el desayuno y preparado con diferentes métodos de cocción. El 15% no consumen huevo y 5% ingiere 6 veces a la semana. En general, el consumo del huevo está dentro de lo permitido.

**Figura 14***Distribución de la frecuencia de consumo de pescados*

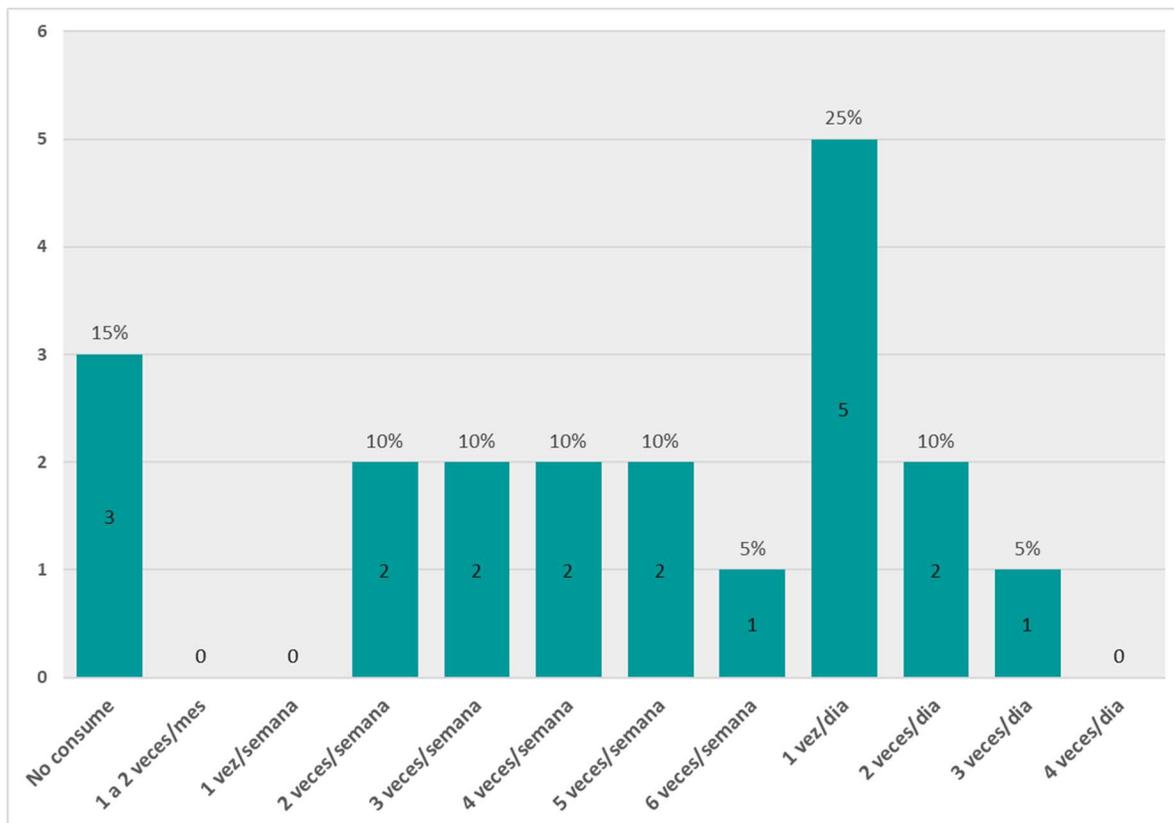
*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

Según la imagen, el 55% de los participantes consumen pescado 2 veces a la semana brindada por el servicio de alimentación, el 20% ingiere 1 vez a la semana y el 15% 3 veces a la semana. Un paciente consume 1 a 2 veces al mes y otro no ingiere pescado por motivo de preferencia personal. En general el consumo de pescado se encuentra en un nivel adecuado según las recomendaciones alimentarias.

**Figura 15***Distribución de la frecuencia de consumo de leguminosas*

*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

En el gráfico se evidencia que el 40% consumen leguminosas 2 veces a la semana proporcionado por el servicio de alimentación, el 20% ingieren 3 veces a la semana, el 10% cuatro veces a la semana y otro 10% lo realizan 5 veces a la semana. Las leguminosas más consumidas según el R24h son la lenteja, frejol y quinua. En base a la cantidad diaria recomendada por la OMS, el consumo de leguminosas es bajo, aunque el servicio de alimentación no proporciona leguminosa en sus comidas todos los días.

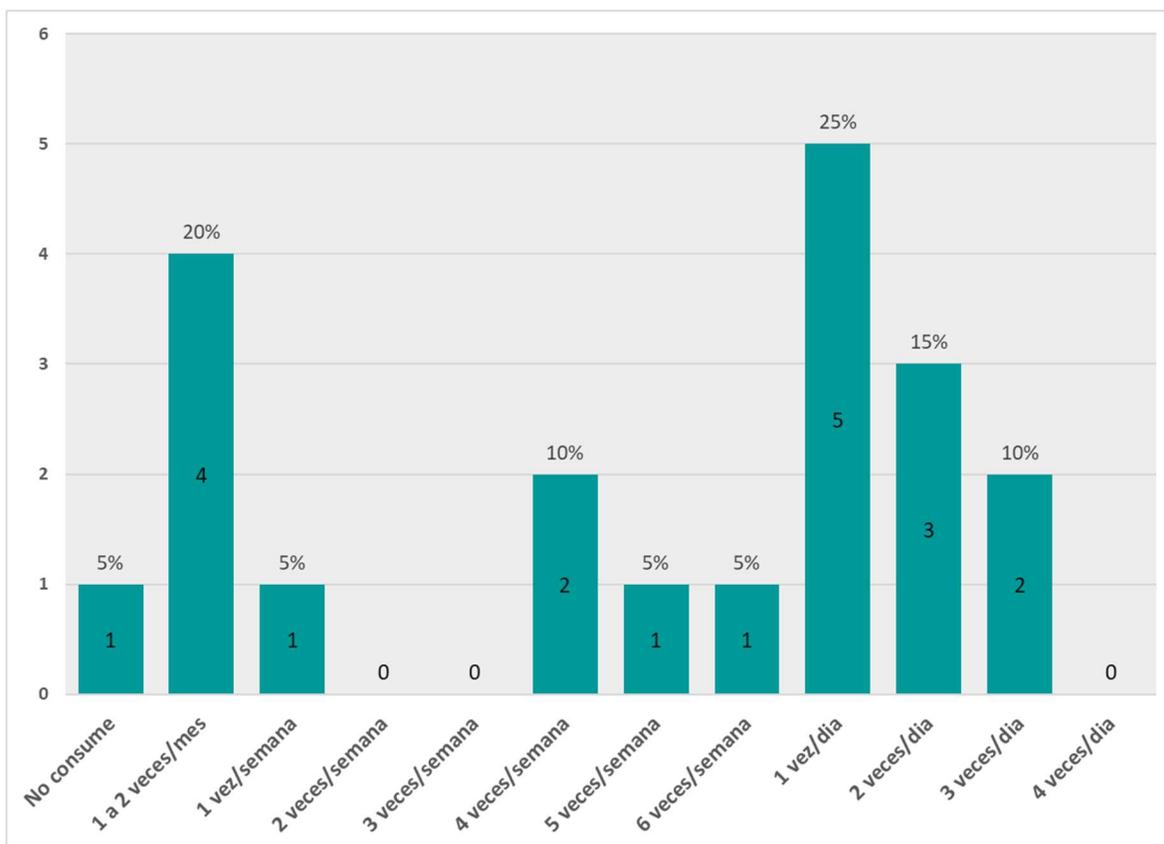
**Figura 16***Distribución de la frecuencia de consumo de snack/dulces*

*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

En el gráfico se aprecia que el 25% consumen snack/dulces 1 vez al día como cachitos, doritos o galletas, ya sea pedido por sus familiares o comprados en una tienda dentro de la institución. El 10% ingieren 2 veces al día y 5% tres veces al día. Lo recomendable es un consumo de vez en cuando, como 1, 2 o 3 veces por mes o no ingerir. En general el consumo de snack/dulces es elevado en la muestra de estudio.

**Figura 17**

*Distribución de la frecuencia de consumo de alimentos de repostería industrial*



*Nota.* Datos obtenidos en la evaluación nutricional (CFCA).

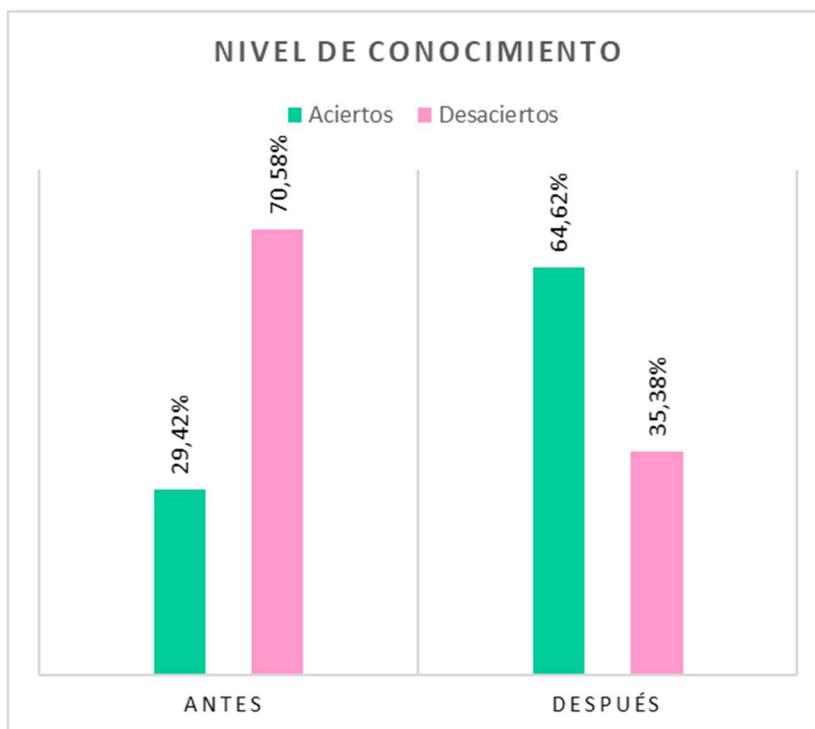
Los datos obtenidos muestran que el 50% de los pacientes consumen al menos un producto de repostería industrial (pan de chocolate, dona, pan con glaseado) al día, siendo adquirido por los pacientes en una panadería que queda dentro de la institución e ingeridos entre comidas. El 25% ingiere con una frecuencia semanal. En general el consumo de productos de repostería industrial es elevado en la muestra de estudio.

### 3.3 Resultados del objetivo 2

#### 3.3.1 Resultados del cuestionario de conocimiento en alimentación pre y post intervención

**Figura 18**

*Gráfica de comparación de conocimientos pre y post intervención*



*Nota.* Datos obtenidos del cuestionario de conocimiento sobre alimentación.

Para determinar la significancia de los cambios en el nivel de conocimiento, se realizó un test T Student para dos poblaciones relacionadas. El análisis arrojó un valor de p-value de  $8.521e-13$ , el cual es significativamente menor al nivel de significancia establecido ( $\alpha=0.05$ ). Por lo tanto, hay una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento antes y después de la intervención. Además, la figura 18 indica un incremento en el promedio de los aciertos del cuestionario de conocimiento del 29.42% al 64.62% después de la intervención, lo que refleja una mejora del aprendizaje en los pacientes.

### 3.3.2 Cambios en los hábitos alimentarios por el cuestionario de frecuencia de consumo

Para determinar la significancia en los cambios de antes y después en la misma muestra de estudio y por cada grupo de alimento, se aplicó la prueba de Mc Nemar con un p value de 0.05 teniendo en cuenta las siguientes hipótesis:

Ho: No hay diferencia en el consumo de alimentos antes vs después.

Ha: Si hay diferencia en el consumo de alimentos antes vs después.

**Tabla 8**

*Comparación del consumo de alimentos antes y después de los pacientes dentro de las recomendaciones diarias, más el valor p-value de las pruebas estadísticas*

<b>Grupo de alimento</b>	<b>% Antes</b>	<b>% después</b>	<b>p-value</b>
Lácteos	15%	40%	0.2278
Cereales	5%	30%	0.1306
Carnes	65%	75%	0.6831
Leguminosas	10%	30%	0.2207
Grasas	65%	65%	1
Productos de repostería industrial	25%	35%	0.7237

*Nota.* Datos obtenidos por el CFCA y de pruebas estadísticas.

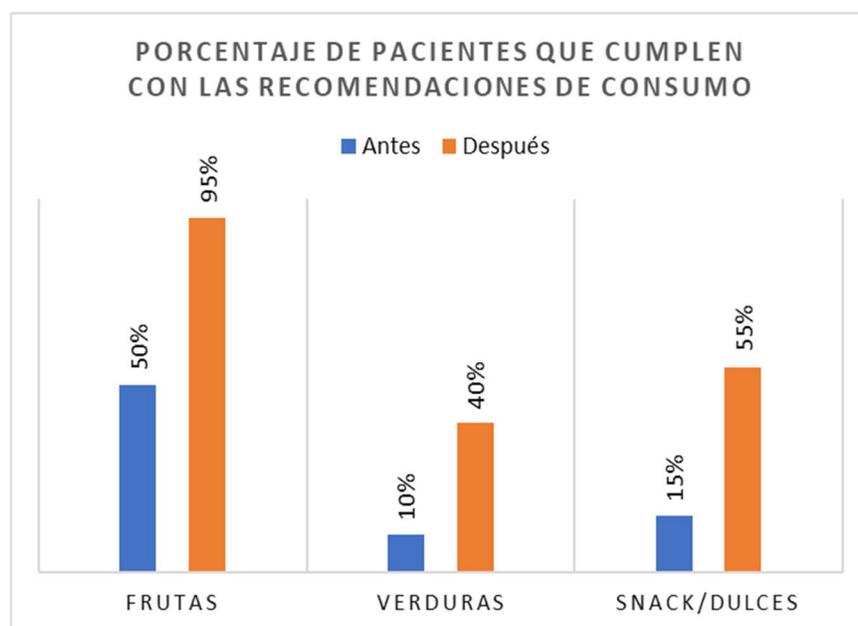
En la tabla 8 se observa una tendencia positiva en cinco grupos de alimentos, evidenciándose que los pacientes empezaron a mejorar sus hábitos alimentarios consumiendo los alimentos de acuerdo con las porciones diarias recomendadas. Sin embargo, las pruebas estadísticas mostraron que estos cambios no fueron significativos. Es probable que la falta de significancia se deba al tamaño reducido de la muestra y al corto tiempo de intervención.

Cabe mencionar que se observó en algunos pacientes un consumo de lácteos bajos en grasas, galletas integrales y frutos secos, solicitando a sus familiares que les proporcionen. El

consumo de cereales no tuvo resultados significativos posiblemente porque algunos participantes tuvieron preferencia por otro grupo de alimentos. Respecto a las leguminosas, el servicio de alimentación no las incluye regularmente en sus platillos, lo que podría explicar la falta de cambios significativos en su consumo. El consumo de productos de repostería industrial no mostró una mejora significativa, probablemente debido a que este tipo de cambio requiere más tiempo para consolidarse ya que es uno de los preferidos por los pacientes.

### Figura 19

*Comparación Antes vs Después del consumo de frutas, verduras y snack/dulces según el cumplimiento de las porciones recomendadas por la OMS*



*Nota.* Datos obtenidos por el CFCA.

En la gráfica 19 se muestra los grupos de alimentos que por medio de pruebas estadísticas se determinó un cambio significativo y mejora de hábito alimentario tras la intervención. Para las frutas, antes de la intervención se obtuvo un consumo del 50% dentro de las porciones recomendadas y después subió a 95%. Para las verduras el porcentaje de pacientes aumentó de

10% a 40% y para los snacks/dulces también aumento del 15% al 55% después de la intervención. El análisis estadístico mostró un p-value de 0.01 para las frutas, 0.04 para las verduras y 0.026 para los snacks/dulces.

Los pacientes incrementaron el consumo de frutas y verduras al conocer sus beneficios y aprendieron a incorporarlas en sus comidas, como incluir verduras en sándwiches. También redujeron el consumo de snacks y dulces al tomar conciencia de sus efectos negativos. Estas mejoras fueron impulsadas por las metas establecidas durante la consejería nutricional.

### **3.4 Resultados del objetivo 3**

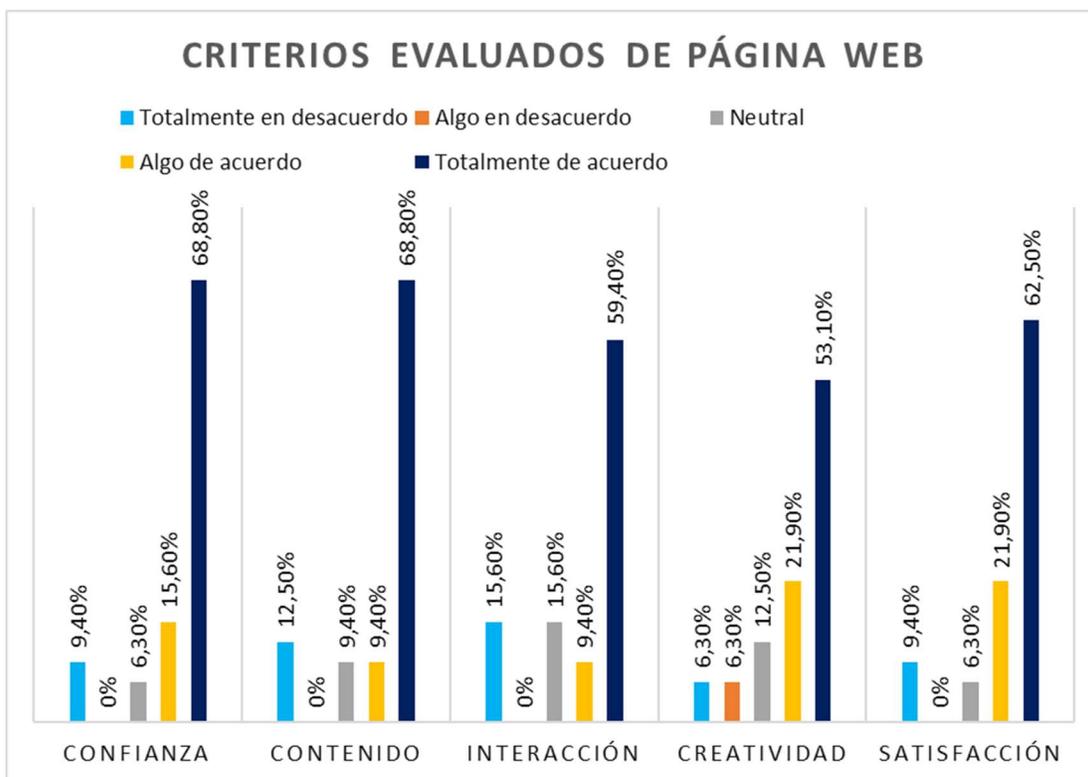
Como parte del proyecto, se diseñó una página web alojado en Google Sites titulado “Psicoeducación Nutricional”. Uno de los objetivos es brindar al nutricionista una guía o herramienta de apoyo para el abordaje nutricional en pacientes en rehabilitación por consumo de drogas.

En términos de contenido, la página aborda aspectos clave del NCP, como herramientas de evaluación nutricional, diagnósticos (formato PES), estrategias de intervención basadas en el modelo transteórico del cambio, y métodos de seguimiento. Además, se incluyó una sección de recursos educativos para facilitar el diseño de intervenciones en los nutricionistas.

La validación inicial del prototipo se realizó a través de una encuesta aplicada a 32 estudiantes de nutrición de los últimos años de la carrera en la ESPOL. La encuesta se llevó a cabo en Google Forms y evaluó cinco dimensiones principales: contenido, interacción, creatividad, satisfacción general y confianza en la página.

**Figura 20**

Porcentaje según criterios evaluados mediante escala Likert



*Nota.* Datos obtenidos de Google Forms.

Los resultados reflejan una aceptación positiva del prototipo. En la dimensión contenido, el 68.8% de los encuestados estuvo “totalmente de acuerdo” con que la información presentada es relevante. Respecto a la interacción, el 59.4% consideró que la página era fácil de manejar. La creatividad del diseño fue evaluada como visualmente atractiva por el 53.1% de los encuestados. En cuanto a la satisfacción general, el 62.5% expresó estar “totalmente de acuerdo” en que la página cumplía con sus expectativas y que la recomendarían a otros usuarios. Finalmente, en términos de confianza, el 68.8% señaló sentirse “totalmente de acuerdo” con que el sitio transmitía la seguridad necesaria para realizar la compra.

**Tabla 9**

*Comentarios positivos y negativos de los encuestados.*

<b>¿Qué es lo que más te gustó de la página web?</b>	<b>¿Qué es lo que menos te gustó de la página web?</b>
Fácil manejo	Faltó un poco más de creatividad
Información clara y necesaria	El costo
Las investigaciones	Más recursos interactivos
Contenido relevante	
La accesibilidad	
Contenido interesante	
Información organizada	

*Nota.* Obtenidos de la encuesta de Google Forms.

Aunque la retroalimentación fue mayormente positiva, algunos señalaron áreas de mejora. Se destacó la claridad y facilidad de uso, pero se sugirió incluir más recursos interactivos y reducir el costo. La página proporciona información útil para el abordaje nutricional en pacientes en rehabilitación. Se planea desarrollar un curso digital y publicarlo en plataformas reconocidas para ampliar su alcance.

## **Capítulo 4**

## 4 Conclusiones y recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

Se demostró el cumplimiento del objetivo general con la elaboración de esta investigación y el análisis detallado de los resultados obtenidos. Durante el proceso, se emplearon técnicas y herramientas prácticas de consejería y educación nutricional, lo que permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- Se identificaron los hábitos alimentarios de los pacientes obteniendo un consumo insuficiente de lácteos, cereales, grasas insaturadas, leguminosa y verduras, y un consumo elevado de snack/dulces y productos de repostería industrial siendo ingeridos entre comidas. Finalmente, se evidenció que los pacientes presentaron un IMC dentro del rango de sobrepeso (60%) y obesidad (30%), siendo prevalente la malnutrición por exceso.
- Se evaluó los cambios de hábitos alimentarios de los pacientes después de la intervención y se observó una mejoría en el consumo de alimentos en base a las recomendaciones diarias, destacando un cambio significativo en las frutas, verduras y snacks/dulces. Además, el nivel de conocimiento sobre nutrición mejoró notablemente, aumentando del 29.42% al 64.62%, lo que evidencia un cambio muy significativo en el aprendizaje.
- Se diseñó una página web que proporcionó una guía integral audiovisual sobre el Proceso de Atención Nutricional (NCP) en pacientes con adicciones a drogas, y por medio de una encuesta a 32 estudiantes de nutrición se obtuvo que el 68,80% tienen la confianza en comprar el producto y el 62,50% estuvieron totalmente de acuerdo que la página es buena y la recomendarían, por lo que existe un interés alto por parte de nuestros clientes.

## 4.2 Recomendaciones

- Se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para mejorar la representatividad de los resultados y permitir un análisis más detallado de los hábitos alimentarios. Además, extender la duración del estudio sería clave para evidenciar cambios significativos en el comportamiento alimentario, ya que estos requieren tiempo para consolidarse.
- Realizar evaluaciones regulares del estado nutricional donde es fundamental incluir pruebas bioquímicas como el perfil lipídico, vitamínico y mineral. Esto permitirá diseñar intervenciones más específicas y efectivas. Además, realizar monitoreo, no solo del peso, sino también de variables como presión arterial, circunferencia de cintura, porcentaje de grasa corporal y factores emocionales como ansiedad y depresión.
- Hay que asegurar que las porciones de lácteos, leguminosas, grasas insaturadas y verduras cumplan con las recomendaciones diarias mediante el ajuste de los menús institucionales.
- Diseñar planes de alimentación adaptados a las preferencias y necesidades individuales. Además, implementar talleres educativos periódicos en los centros de rehabilitaciones para abordar el bajo conocimiento nutricional y la falta de motivación.
- Es esencial proporcionar educación nutricional tanto a los pacientes como a sus familias, ya que estas desempeñan un rol clave en la formación y mantenimiento de hábitos alimentarios saludables. Este apoyo será determinante al momento de la reintegración de los pacientes con sus familias.
- Es importante analizar estadísticamente la relación entre la malnutrición por exceso y los hábitos alimentarios de los pacientes en el centro de rehabilitación, para comprender mejor las dinámicas que afectan su salud

## Referencias

- Barve, S., Chen, S., Kirpich, I., Watson, W., & McClain, C. (2017). *NCBI*. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5513692/>
- Crespo, D., & Mendieta, L. (2021). Estudiantes universitarios en proceso de rehabilitación de las drogas y su estado nutricional. *REVISTA BOLIVIANA DE EDUCACIÓN*. Obtenido de <https://portal.amelica.org/ameli/journal/742/7424481001/7424481001.pdf>
- Díaz, L., Vicente, B., Arza, M., Moráquez, G., & Ferrer, S. (2008). *Drogodependencia: un problema de salud contemporáneo*. Obtenido de MEDISAN: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445247019.pdf>
- Expreso. (11 de octubre de 2023). *El consumo de drogas en Ecuador, por encima del promedio en Latinoamérica*. Obtenido de <https://www.expreso.ec/actualidad/consumo-drogas-ecuador-data-clara-porcentaje-175800.html>
- Galilea, B., & Martí, J. (2018). *Establecimiento de objetivos*. Obtenido de openaccess uoc: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/142466/8/PLA%201%2C%20%20Establecimiento%20de%20objetivos.pdf>
- Gállego, F. (2012). *Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. *Barc Sn*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/81506994/Drogas-Conceptos-Generales-Epidemiologia-y-Valoracion-Del-Consumo>
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). (2015). *Consejería efectiva*. Obtenido de fantaproject: [https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/GDL-Unidad8-Jun2015\\_0.pdf](https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/GDL-Unidad8-Jun2015_0.pdf)
- Iturbe, N., Civit, N., Martínez, A., & Muro, A. (2016). *Aplicación piloto del Plan de Intervención Motivacional*. Obtenido de Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada : [http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Iturbe-et-al.-2016-motivacion\\_al\\_cambio\\_agresores.pdf](http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Iturbe-et-al.-2016-motivacion_al_cambio_agresores.pdf)
- Ladrón, S., Marín, B., Orzanco, R., Tarazona, I., & Escalada, P. (2021). Construcción y validación del cuestionario C.A.P.A. Conocimientos en Alimentación de Personas Adolescentes diagnosticadas de trastornos alimentarios. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Obtenido de <https://www.aeesme.org/wp->

content/uploads/2021/03/2021-Construcci%C3%B3n-y-validaci%C3%B3n-del-cuestionario-CAPA.pdf

López, M. (2012). Influencia del consumo de drogas en los estudiantes universitarios. *Rev Estomatol Herediana*. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/97/80>

Losada, A., & Zavalía, C. (2019). *Acta Académica*. Obtenido de <https://www.aacademica.org/analía.verónica.losada/35>

Mahboub, N., Rizk, R., Karavetian, M., & de Vries, N. (2020). *NCBI*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8114851/>

Medina, Ó., & Rubio, L. (2012). *sci-hub*. Obtenido de [https://sci-hub.se/10.1016/s0034-7450\(14\)60028-7](https://sci-hub.se/10.1016/s0034-7450(14)60028-7)

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). *Atención integral del consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas*. Obtenido de Quito: Dirección Nacional de Normatización: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Acuerdo-00030-Protocolo-tabaco-fusionado.pdf>

Morales, J., & Poveda, E. (2017). Efectos del consumo de marihuana en adultos sobre la ingesta y el metabolismo de los nutrientes: una revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. Obtenido de <https://www.renhyd.org/renhyd/article/view/328/241>

OMS. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Obtenido de [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44000/9241544686\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf)

OMS. (2019). *WHO-EM/NUT/282/E*. Obtenido de Healthy diet: [https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB\\_2019\\_en\\_23536.pdf](https://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2019_en_23536.pdf)

PAHO. (s/f). *Alcohol*. Obtenido de <https://www.paho.org/en/topics/alcohol>

Pinzón, S. (2023). *Qué es Google Sites y cómo funciona*. Obtenido de infobae: <https://www.infobae.com/tecno/2023/07/08/que-es-google-sites-y-como-funciona/>

Rondón, J., & Reyes, B. (2019). INTRODUCCIÓN AL MODELO TRANSTEÓRICO: ROL DEL APOYO SOCIAL Y DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 22, (3). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi193g.pdf>

- Roth, E., & Exeni, S. (2010). *Exploración de la Validez y la Confiabilidad del Instrumento en la Medición de la Disposición al Cambio*. Obtenido de redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545466005.pdf>
- Ruiz, A., & Puga, J. (2016). *R COMO ENTORNO PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO EN EVALUACIÓN PSICOLÓGICA*. Obtenido de redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/778/77844204010/html/>
- Ruiz, E., & Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*. Obtenido de <https://cued.unam.mx/rdipycs/wp-content/uploads/2018/12/7.-El-modelo-transte%C3%B3rico-aplicado-al-cambio-de-conductas-relacionadas-con-la-reducci%C3%B3n-del-peso-corporal.pdf>
- Saavedra, G., & Américas, D. (25 de enero de 2024). *Ecuador incrementa decomisos y destrucción de droga en 2023*. Obtenido de Diálogos Americas: <https://dialogo-americas.com/es/articulos/ecuador-incrementa-decomisos-y-destruccion-de-droga-en-2023/>
- Silva, A. (2021). Abuso de drogas y biomarcadores nutricionales séricos: un estudio de cohorte retrospectivo. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. Obtenido de <https://renhyd.org/renhyd/article/view/1157/795>
- Troncoso, C., Mora, D., & Sánchez, P. (2016). Factores que condicionan la alimentación de personas adultas en un centro de rehabilitación de drogas. *SciELO*. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2016000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2016000300005&script=sci_arttext)
- Vera, L., Nicolle, K., Mero, M., Lissette, G., Zavala, M., & María, A. (2023). Conductas adictivas y prevención en adolescentes de Ecuador. *MQRInvestigar*. Obtenido de <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/708/2802>
- Yaguachi, R., Rosado, M., Solís, M., Bulgarín, R., & Poveda, C. (2021). Parámetros antropométricos y hábitos alimentarios de pacientes en rehabilitación por problemas de consumo de sustancias psicotrópicas. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. Obtenido de [https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC\\_2021\\_3\\_art\\_4.pdf](https://www.renc.es/imagenes/auxiliar/files/RENC_2021_3_art_4.pdf)
- Zamarripa, J., Ruiz, F., & Ruiz, J. (2019). El balance decisional, etapas de cambio y nivel de actividad física en estudiantes de bachillerato. *scielo*. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632019000100379](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632019000100379)

## Apéndices

### Apéndice A. Estructura de anamnesis utilizada en la evaluación nutricional

#### Evaluación Nutricional

<b>DATOS GENERALES</b>			
<b>Nombre</b>		<b>Sexo</b>	
<b>Edad</b>		<b>Estado civil</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Cédula / código</b>	
<b>Fecha de ingreso</b>		<b>Ocupación</b>	

APP	
APF	
APQ	
Medicamentos o suplementos	
Signos o síntomas	
Actividad física	
Tipo de droga consumida Frecuencia	

Examen físico:

Cabello	
Ojos	
Labios	
Boca	
Cara	
Uñas	
Piel	
Tórax	
Abdomen	
Piernas	

<b>ANTROPOMETRÍA</b>
----------------------

<b>Peso</b>		<b>Talla</b>	
-------------	--	--------------	--

<b>INGESTA</b>
----------------

¿Ha cambiado la ingesta? ¿cuánto?	Si – no Aumentado - disminuido
-----------------------------------	-----------------------------------

¿Por cuánto tiempo?	
---------------------	--

Cuánto consume del plato (%)	Todo (100) Medio (50) Poco (25) Nada (0)
------------------------------	---

Preferencias alimentarias	
---------------------------	--

Percepción de los alimentos	
-----------------------------	--

Hidratación	
-------------	--

<b>Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos</b>																	
<b>Grupo de alimento</b>	N	<b>Al mes</b>				<b>A la semana</b>						<b>Al día</b>					
	A	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	≥6
Lácteos																	
Huevos																	
Frutas																	
Verduras																	
Cereales																	
Carnes y aves																	
Pescado																	
Grasas y aceites																	
Leguminosas																	
Snack/dulces																	
Repostería industrial																	

**R24H:**

Desayuno	
Colación	
Almuerzo	
Colación	
Merienda	

Observaciones:

## **Apéndice B. Preguntas de anamnesis**

### **Preguntas de anamnesis**

**¿Con qué frecuencia comes durante el día?**

- a) Menos de 3 veces.
- b) 3 veces al día.
- c) 4-5 veces al día.
- d) Más de 5 veces.

**¿Qué tipo de refrigerio prefieres comer? (Puedes seleccionar más de una opción)**

- a) Empanadas, frituras
- b) Frutas
- c) Galletas, golosinas
- d) Yogur o batidos

**¿Qué obstáculos encuentras para llevar una alimentación saludable? Puede escoger más de uno**

- a) Estado de ánimo o motivación.
- b) Costos de alimentos saludables.
- c) Poco conocimiento sobre nutrición.
- d) Falta de interés.

## Apéndice C. Herramienta de balance decisional.

Nombre del paciente:

Conducta:

<b>Análisis del costo beneficio para el cambio</b>			
<b>Continuar con la conducta</b>		<b>Cambiar la conducta</b>	
<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>	<b>Ventajas</b>	<b>Desventajas</b>

**Evaluar (escala del 1 al 5):**

Importancia del cambio: / 5

Motivación: / 5

Confianza: / 5

## Apéndice D. Herramienta de planteamiento de objetivos

Nombre del paciente:

Fecha:

Mi compromiso de cambio	
Lo más importante en mi vida es:	
Mi objetivo nutricional general es:	
Para alcanzar ese objetivo general, cuáles son los primeros pasos que voy a dar en mi proceso de cambio (objetivos específicos):	
Qué dificultades puedo llegar a enfrentar para lograr esos objetivos:	
Cómo puedo manejar o resolver esas dificultades:	
_____	_____
Firma Consejero	Firma Paciente

### Evaluar (escala del 1 al 5):

Importancia del objetivo: / 5

Motivación: / 5

Confianza: / 5

### Cumplimiento de objetivos:

Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

## Apéndice E. Preguntas de encuesta por Google Forms de la página web

4. ¿En qué medida estás de acuerdo con las siguientes afirmaciones? \*

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutral	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<b>Contenido:</b> La información de la página web es relevante.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Interacción:</b> La página web es fácil de manejar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Creatividad:</b> El diseño de la página web es visualmente atractivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Satisfacción:</b> En general la página web es buena y lo recomendaría a otros usuarios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Confianza:</b> La página web me transmite confianza necesaria para realizar el proceso de compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Qué es lo que más te gusta de la página web? \*

Escriba su respuesta

6. ¿Qué es lo que menos te gusta de la página web? \*

Escriba su respuesta

7. ¿Sugerencias? \*

## Apéndice F. Imágenes del programa psicoeducativo nutricional



## Apéndice G. Imágenes de la página web



# Herramientas según etapa de cambio

Herramientas según etapa de cambio

- **Pre-contemplación:** Crear conciencia del problema nutricional.
- **Contemplación:** Balance decisional (salir de la ambivalencia).



Ver en YouTube

## HERRAMIENTAS DESCARGABLES

Nombre del paciente:

Conducta:

**BALANCE DECISIONAL**

Nombre del paciente:

Lo más importante en mi vida es:

**MI compromiso de cambio**

## MATERIAL AUDIOVISUAL



### Importancia de la nutrición en la rehabilitación

Alimentación consciente para el proceso de rehabilitación.

Alimentación consciente en rehabilitación



### Habilidades de comunicación en consejería

**Habilidades de comunicación en consejería**

**1** **Escucha activa**  
Es la habilidad de poner atención a los sentimientos, ideas y pensamientos de la persona.  
• Prestar atención total al paciente sin

Dominar estas habilidades de comunicación permite generar una conexión genuina con el paciente, fortalecer su confianza y guiarlo en el proceso de mejorar su alimentación.

### Terapia cognitiva conductual para pacientes con sobrepeso u obesidad

**PLAN ALIMENTARIO**  
Crear planes de alimentación que incluyan una variedad de alimentos compatibles con el estilo de vida y el presupuesto del paciente, fáciles de conseguir y agradables de consumir.

**DESARROLLO DE HABILIDADES**  
Proporcionar las herramientas y el entrenamiento en habilidades, incluyendo enseñanza, prácticas dentro de sesiones, talleres dinámicos, etc.

⊙

## CONTÁCTANOS



Freddy Vega

Estudiante de Licenciatura en Nutrición y Dietética, Facultad Ciencias de la Vida, ESPOL.

fivega@espol.edu.ec



Emely Cedeño

Estudiante de Licenciatura en Nutrición y Dietética, Facultad Ciencias de la Vida, ESPOL.

emeacede@espol.edu.ec

ⓘ