

Trabajo de Investigación para la Licenciatura en Nutrición

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

DIRECTORA:

- ✓ Prof. Lic. González, Ana Lía

ASESORA EXTERNA:

- ✓ Mgter. Gait, Nilda del Valle

ALUMNAS:

- ✓ Loréfice, Macarena 35963498
- ✓ Oietto, Valeria 36491007

JUNIO 2015

HOJA DE APROBACIÓN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LICENCIATURA EN NUTRICIÓN (TIL)

“Estado Nutricional de lo/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Alumnas: Loréfice, Macarena Soledad Mat. 35963498

Oietto, Valeria Ismelda Mat. 36491007

Directora: Prof. Lic. González Ana Lía

Asesora Externa: Mgter. Gait, Nilda del Valle

Tribunal: Prof. Dra. Defagó, María Daniela

Lic. Scruzzi, Graciela

Prof. Lic. González, Ana Lía

Calificación:.....

Art 28°: “Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas

CÓRDOBA...../...../.....

AGRADECIMIENTOS

A Nuestra Directora de tesis Prof. Lic Ana Lía González, por aceptar una temática de investigación con muchísimos desafíos por atravesar y por acompañarnos a lo largo de todo el proceso del Trabajo de Investigación Final.

A nuestra Asesora externa Mgter. Gait, Nilda del Valle por su predisposición incondicional no sólo como profesional sino también como ser humano.

A Patricia Bertolotto, por su asesoramiento y colaboración para el presente trabajo de investigación.

A todo el equipo médico del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad que nos acompañó con una calidad humana excelente en este largo proceso de investigación.

A los Niños, Adolescentes y padres que nos brindaron su tiempo y contribución a nuestra investigación.

A nuestros padres, quienes con el esfuerzo y el ejemplo fueron nuestra luz de camino para llegar hoy a nuestra meta.

A nuestros amigos, que fueron quienes en nuestros momentos de caída o tropiezos en todos los años de carrera nos dieron el aliento suficiente para continuar.

Macarena y Valeria

Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

Área: Epidemiología y Salud Pública.

Autores: Loréfice MS, Oietto VI, Gait NV, González AL

Introducción: El consumo de “Drogas de abuso” por parte de niño/as y adolescentes constituye un problema de Salud Pública y representan un sector de la población que se encuentran en situación de riesgo nutricional. **Objetivo:** Conocer el Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la Ciudad de Córdoba durante el año 2014. **Diseño Metodológico:** Estudio Descriptivo Simple, Transversal en niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (n=40), seleccionados mediante muestreo No probabilístico, Intencional. Se analizó factores personales, sociales y contextuales; abuso de drogas y Estado Nutricional según IMC e ingesta dietética. **Resultados:** 35% de los sujetos en estudio consumió marihuana, 25% cocaína y 40% ambas drogas. Se observó que el 75% presentaban estado nutricional Eutróficos según IMC/edad. Los sujetos que consumían marihuana presentaban mayormente Sobrepeso/Obesidad (29%), mientras los que consumían cocaína presentaban Riesgo de bajo peso/Bajo peso en un porcentaje similar (30%). Conforme avanza el tiempo de abuso disminuyen los sujetos eutróficos. La Ingesta dietética por grupo de alimentos, en general, fue inadecuada, por exceso o déficit. **Conclusión:** Garantizar un adecuado estado nutricional de esta población es una responsabilidad que trasciende a la familia. El estado también debe velar para que el derecho a una correcta nutrición sea efectivo y obliga a construir respuestas acordes a la complejidad de este fenómeno social interviniendo tempranamente.

Palabras Claves: estado nutricional; drogas de abuso; niñez; adolescencia.

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 8
Planteamiento y delimitación del problema.....	Pág. 10
Objetivo general y específicos.....	Pág. 11
Marco Teórico	
CAPÍTULO I: DROGAS	
1.1Definición.....	Pág. 12
1.2Clasificación de drogas.....	Pág. 13
1.3 Magnitud epidemiológica del consumo de drogas de abuso.....	Pág. 14
1.4 Drogas de abuso de mayor consumo a nivel local: Marihuana y Cocaína	
1.4.1Marihuana	
1.4.1.1Definición.....	Pág. 16
1.4.1.2 Formas de consumo.....	Pág. 17
1.4.1.3 Efectos y consecuencias del consumo de marihuana.....	Pág. 17
1.4.2Cocaína	
1.4.2.1 Definición.....	Pág. 18
1.4.2.2 Formas de consumo.....	Pág. 19
1.4.2.3 Efectos y consecuencias del consumo de cocaína.....	Pág. 19
1.5 Niñez y Adolescencia, abuso de drogas y Factores Sociales, contextuales y personales.....	Pág. 21
CAPÍTULO II: ESTADO NUTRICIONAL	
2.1Definición.....	Pág. 24
2.2 Estado Nutricional en niños y adolescentes.....	Pág. 24
2.3Valoración del estado nutricional	Pág. 25
2.3.1 Definición.....	Pág. 25
2.3.2 Métodos de valoración del estado nutricional.....	Pág. 25
2.3.2.1Evaluación antropométrica.....	Pág. 26
2.3.2.2Evaluación Dietética.....	Pág. 27
CAPÍTULO III: ESTADO NUTRICIONAL Y DROGAS DE ABUSO	
3.1 Problemas Generales.....	Pág. 30
3.2 Problemas Específicos.....	Pág. 33
Hipótesis y Variables.....	Pág. 35

Diseño metodológico

Tipo de estudio.....	Pág. 37
Universo y muestra.....	Pág. 37
Operacionalización de variables.....	Pág. 40
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	Pág. 43
Consideraciones éticas.....	Pág. 46
Plan de tratamiento de los datos según modelo cuantitativo.....	Pág. 47
Resultados.....	Pág. 48
Discusión.....	Pág. 68
Conclusión.....	Pág. 79
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 81
Anexos.....	Pág. 91
Glosario.....	Pág. 109

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la temática “Drogas de abuso” constituye un problema de Salud Pública; cada vez son más numerosos los niños y adolescentes que se insertan en el “mundo de las drogas” sin tener, en variadas ocasiones, un héroe que signifique para ellos la salida del laberinto al que, quizás sin querer, se han insertado y que hoy buscan escapar.

La “Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media (2011)” en Argentina puso en evidencia que el mayor consumo, en niños escolarizados, está dado por la marihuana alcanzando un 10,3%, seguida de la cocaína con un 2,7%; en ambos casos el consumo es mayor en el sexo masculino que en el femenino.¹ En tanto, según datos brindados por el “Servicio de Toxicología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (2003-2011)” de la Ciudad de Córdoba coinciden que las drogas de mayor consumo en niños y adolescentes es, primeramente, la marihuana seguida de la cocaína, agregando como dato de interés, que, en variadas ocasiones no se trata de un “mono-consumo” sino, por lo contrario, de un consumo combinado entre marihuana y alcohol, o entre esta primera, alcohol y cocaína, entre otras mezclas. Esta última fuente, también pone en evidencia que el abuso de drogas se practica mayormente en el sexo masculino.²

Una de las epidemias sociales de mayor y más rápida extensión en la pasada centuria y con probabilidad de extenderse y hacerse aún más grave, es el problema mundial de las drogas, fenómeno que representa una amenaza para la salud y el bienestar de los seres humanos.³

La definición de “Droga” con el pasar del tiempo fue sufriendo modificaciones. En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Sin embargo, en 1982 la OMS, limita las sustancias que provocan dependencia y redefine el concepto, estableciendo que “Droga de Abuso” es toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto-administrada.^{4, 5, 6}

El abuso de drogas o sustancias se refiere al uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello implica.^{3, 6} Los sujetos que hacen abuso de drogas en general, representan un sector de la población que se encuentran en situación de riesgo

nutricional, pues presentan problemas importantes de malnutrición y/o desnutrición. En estos sujetos, predomina una forma de alimentación irregular, deficiente y desequilibrada. Estos problemas se agudizan progresivamente a medida que se avanza en la escalada y tiempo de consumo.

Sin embargo, la literatura científica que existe en relación con el estado nutricional y los hábitos alimentarios de estos sujetos es escasa.⁴

En el presente trabajo de investigación el objetivo fue conocer el Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad que hacen abuso de marihuana y/o cocaína a través de la valoración antropométrica y de la ingesta dietética de dichos sujetos. De esta manera, se aportaron nuevos conocimientos acerca de esta temática poco estudiada hasta el momento.

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La escasez de estudios y/o investigaciones sobre el Estado Nutricional en niño/as y adolescentes que hacen abuso de drogas, en particular de marihuana y cocaína, abrieron posibilidades a investigaciones para enriquecer los conocimientos acerca de esta temática. Por ello, el presente trabajo estuvo orientado a conocer ¿Cuál es el Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la Ciudad de Córdoba durante el año 2014?

- ✓ *Objeto de conocimiento:* Estado Nutricional y Abuso de marihuana y/o cocaína.
- ✓ *Sujetos que participan en el estudio:* Niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Ciudad de Córdoba.
- ✓ *Espacio:* Ciudad de Córdoba.
- ✓ *Tiempo:* Año 2014.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer el Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la Ciudad de Córdoba durante el año 2014.

Objetivos Específicos:

- ✓ Valorar el Estado Nutricional mediante antropometría e ingesta alimentaria.
- ✓ Identificar los factores contextuales, sociales y personales asociados con el abuso de marihuana y/o cocaína.
- ✓ Conocer el tiempo de abuso de marihuana y/o cocaína.
- ✓ Conocer la frecuencia y cantidad del abuso de marihuana y/o cocaína.
- ✓ Conocer la relación entre el Estado Nutricional según IMC y el Tipo de droga consumida.
- ✓ Establecer la relación entre el Estado Nutricional según IMC y el Tiempo de abuso de la droga consumida.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: DROGAS

1.1 Definición

Los términos *drugs* (en inglés) y *drogue* (en francés) se utilizan indistintamente para definir fármacos de prescripción médica y sustancias psicoactivas sin utilidad terapéutica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1969, definió “droga” como toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones. Esta definición es poco útil ya que engloba fármacos de prescripción médica, sustancias psicoactivas, muchas plantas, sustancias químicas y productos tóxicos.⁵

Años más tarde, en 1982, como consecuencia de los avances en los estudios e investigaciones sobre drogas, la OMS limita las sustancias que provocan dependencia y redefine el concepto, estableciendo que “*Droga de abuso*” es toda sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que introducida en un organismo vivo, es capaz de producir cambios en la percepción, en el estado de ánimo, en la conciencia y el comportamiento y susceptible de ser auto-administrada.^{4, 5, 6}

En tanto, según Ramírez Sánchez MS, Gutiérrez Reyes EY, sostienen que el término *Droga de abuso* es toda aquella sustancia psicoactiva, o psicotrópica, capaz de alterar el estado de conciencia, el humor, los sentimientos, la conducta, las motivaciones y los procesos del pensamiento del individuo que la consume, traducéndose, clínicamente, en estimulación o depresión del Sistema Nervioso Central (SNC) o modificando la percepción.⁷

Según Rivolta SE, el *Uso* de una droga se refiere al *consumo* esporádico de una, o varias sustancias, que no producen consecuencias negativas en el individuo; el *Abuso de drogas o sustancias*, cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas que ello implica; en tanto, la *Dependencia*, implica ya, el uso excesivo que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un período de tiempo.^{3, 6}

El Consumo de una droga o sustancia puede ser, *Recreativo* o *Instrumental*. El primero, está asociado a espacios de ocio, típicos de fin de semana; en tanto el segundo hace referencia a la persecución de un fin determinado.

A la vez, es conveniente evaluar la Frecuencia de Consumo, distinguiéndose en *Esporádico* (experimental u ocasional) y *Sistemático* (habitual o compulsivo).

- ✓ Consumo Experimental: consumo fortuito durante un período limitado de tiempo. La curiosidad por la sustancia suele ser un factor de importancia.
- ✓ Consumo Ocasional: consumo realizado de forma espaciada en el tiempo.
- ✓ Consumo Habitual: cuando la droga se consume de forma diaria. El consumo diario puede estar relacionado con alcanzar un objetivo determinado, por ejemplo, mantener un elevado rendimiento laboral, aliviar síntomas físicos o psicológicos, o bien, evitar los síntomas de abstinencia que aparecerían al suspender el consumo.
- ✓ Consumo Compulsivo: referido a la administración de la sustancia varias veces al día con pérdida de control por parte del sujeto, donde la actividad diaria de éste gira en torno al consumo de la sustancia.⁵

1.2 Clasificación de drogas

Las drogas se clasifican según múltiples sistemas de categorización:

- ✓ Según su origen: “*Naturales*”, como el cannabis o la cocaína y “*Sintéticas o de Laboratorio*”, como el éxtasis o las anfetaminas.^{3,6}
- ✓ Según el medio sociocultural: “*Legales o lícitas*” e “*Ilegales o ilícitas*”. Estas últimas, son aquellas no institucionalizadas en el país, como el caso de la marihuana, cocaína, opio, heroína, L.S.D, entre otras. Mientras que las drogas lícitas, son aquellas institucionalizadas en el país como el alcohol, tabaco, inhalantes derivados del tolueno y medicamentos (benzodiazepinas).^{2,3}

- ✓ Según los efectos que cause sobre el SNC: “*Drogas Depresoras*”, “*Drogas Estimulantes*” y “*Drogas Perturbadoras*”. Las primeras, son aquellas que enlentecen el funcionamiento cerebral, provocando acciones que van desde la desinhibición, hasta el coma en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral; entre las que se incluyen principalmente los opiáceos, los barbitúricos y las benzodiazepinas. Las drogas estimulantes, son aquellas que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando un estado de activación que puede ir desde insomnio, euforia, incremento de la alerta, midriasis, aumento de la frecuencia cardíaca y presión sanguínea. A su vez, este tipo de drogas se subdivide en dos grupos: *estimulantes de la vigilancia* (anfetaminas, cocaína y derivados, cafeína y nicotina) y *estimulantes del humor* (antidepresivos). En tanto, las drogas perturbadoras, se caracterizan por alterar el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas, entre los que se destacan el cannabis/ marihuana, y los alucinógenos.^{4,8}

1.3 Magnitud Epidemiológica del consumo de drogas de abuso.

A Nivel Internacional, se cuenta con diversas fuentes de información sobre el consumo de drogas. Dentro de las más relevantes, se encuentran los observatorios continentales. América, cuenta con la *Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD- 2008)*, y cada año presenta *el Reporte Anual de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD)*. El reporte indica que México, junto con Canadá y Estados Unidos, son el mayor mercado mundial de drogas. En la población comprendida entre los 15 y 64 años, Estados Unidos tiene el mayor consumo anual (13,7%) de marihuana. En relación a la cocaína, Argentina ocupa el primer lugar con un 2,6%, mientras que México ocupa el onceavo lugar de los 15 países analizados con un 0,4%.⁹

Según el *Informe del Uso de Drogas en las Américas (2011)*, en nueve, de los treinta y tres países evaluados del hemisferio, la prevalencia de uso de marihuana “alguna vez en la vida” supera el 30% en la población escolar. En tanto, en doce países, más del 10% de los escolares de 14 años o menos, han consumido dicha droga “al menos una vez”.

Estudios realizados en Colombia, Chile y Argentina, en la población comprendida entre 15 y 64 años, dan cuenta que la prevalencia de consumo de cocaína va desde 0,1 a 2%. Adicionalmente en Argentina, Chile y Uruguay, se ha incrementado la prevalencia de consumo de cocaína en esta población (15 a 64 años) entre 2005 y 2011 en comparación

con los Estados Unidos donde dicha prevalencia bajó entre escolares de enseñanza media en el mismo período.¹⁰

Según muestra el *Estudio Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en población de 12 a 65 años (2010)*, la marihuana, ocupa el primer lugar dentro de lo que se consideraría “Drogas de Curso Ilegal”. En orden de importancia, le sigue el consumo de cocaína, el cual representa un 2,6%.

En el grupo etario comprendido entre 12 a 17 años, la prevalencia de consumo de marihuana es de 3% y 0,4% para la cocaína.

El mayor consumo de marihuana se encuentra localizado en la Región Patagónica, Metropolitana y Pampeana respectivamente, en cambio, en cuanto a la cocaína, se observa que el mayor consumo está en la Región Metropolitana, siguiéndole, la Patagónica y luego la Pampeana.¹¹

La *Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media (2011)* en Argentina, puso en evidencia que un 12,3% de los estudiantes consumió alguna droga ilícita en el último año. La de mayor prevalencia es la marihuana (10,3%) seguida por la cocaína (2,7%).

Según dicha encuesta, muestra que en todos los casos, el consumo de drogas es mayor en el sexo masculino que en el femenino.¹

En cuanto a Datos Locales sobre la magnitud del consumo de drogas de abuso y, puntualmente, en niños y adolescentes, son muy escasos. Según el Trabajo de Investigación de la Mgter. Gait Nilda del Valle, quien trabajó con niños y adolescentes asistentes al *Servicio de Toxicología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba*, muestra datos sobre los pacientes asistidos por intoxicación con Drogas (2003-2011). Así, considerando que la muestra está constituida por 414 niños y adolescentes, la marihuana alcanza los valores más altos de consumo con un 35,02%, predominando en la pubertad y adolescencia; dicho consumo aumenta conforme avanza la edad de los individuos, al igual que el consumo de marihuana combinado con cocaína.

En relación a los grupos etarios, en la *niñez* (8 a 10 años) fueron asistidos por intoxicación debido al consumo de marihuana 9 de los 39 niños que asistieron al Hospital por consumo de drogas, lo que correspondería a un 23,8%; mientras que en la *pubertad* (11 a 13 años) 57 de los 173 púberes fueron asistidos por intoxicación con dicha droga, correspondiendo al 32,95%. Por último, en la adolescencia (13 a 15 años)

el consumo de marihuana y su consecuente intoxicación se hizo presente en 78 de los 199 individuos de dicho grupo etario (39,20%).

Según el mismo estudio nombrado con anterioridad, da a conocer que al consumo de marihuana le sigue el de cocaína, siendo más frecuente, y casi similar, el mismo en la pubertad y adolescencia (6,94% y 6,03% respectivamente) que en la niñez.

La cocaína también fue consumida en combinación con la marihuana representando en los púberes un 5,78% y en los adolescentes, prácticamente el doble, 10,05%.²

Según el estudio *Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba (2013)*, el consumo de marihuana es mayor en las escuelas públicas que en las privadas, siendo el riesgo de consumir 1,6 veces más que en las escuelas privadas. En referencia a la cocaína, los adolescentes de escuelas públicas tienen 2,03 veces más de riesgo de consumirla que en las privadas.¹²

El Observatorio Provincial de Consumo de Sustancias Psicoactivas, realizó una “recopilación de estudios sobre adolescentes y el consumo de drogas en Córdoba”, dando cuenta que la prevalencia de vida de consumo de marihuana y cocaína presentan una tendencia creciente desde el año 2001. Así, para el caso de la marihuana, el consumo en el año 2001 en dicha población estaba representado por el 6,9%, en 2005 por el 9,3% y en 2007 por el 12,8%. En relación a la cocaína, la prevalencia de consumo en los adolescentes fue de 2,1%, de 4% y 5% respectivamente, según los años mencionados con anterioridad.¹³

1.4: Drogas de Abuso de mayor consumo a Nivel Local: Marihuana y Cocaína

1.4.1 MARIHUANA

1.4.1.1 Definición

La Cannabis Sativa, es una planta herbácea, anual, generalmente dioica, perteneciente al género de las moráceas, pero que en algunas ocasiones, junto con el lúpulo, se la ha considerado como de la familia de las *cannabáceas*. Debido a sus propiedades psicoactivas el cultivo de Cannabis Sativa está prohibido o restringido en muchos países.^{14, 15}

Dicha planta puede dar origen al *hachís*, término que describe a una pasta hecha con resina prensada, o bien, a la *marihuana*, que consiste en un preparado de color gris verdoso elaborado a partir de las flores secas, semillas, hojas y tallos pequeños picados provenientes de la cannabis sativa.

A la marihuana se la conoce también como *hierba, yerba, mota, mafú, pasto, maría, monte, moy, macoña, ganya, pito, cuete, caño, porro, huiro y café*.^{2, 16}

Los productos de *Cannabis sativa* se han usado desde hace más de 4000 años con propósitos religiosos, médicos y recreativos, y a lo largo del tiempo su consumo había mantenido un perfil relativamente bajo. Este panorama cambió a partir de los años 1960, época en la que los estudios epidemiológicos revelaron que el consumo de marihuana con fines recreativos estaba muy extendido y que se había constituido en un grave problema social y de salud pública, en especial entre adolescentes y adultos jóvenes.¹⁴

1.4.1.2 Formas de consumo

La forma habitual de consumo de la marihuana es a través del cigarrillo enrollado a mano llamado “porro”, “canuto” ó “churro” en español o “joint” en inglés o en pipas o pipas de agua. Además se fuma en forma de “blunts o marciano”, que son cigarros a los que se les saca el tabaco y se rellenan con una mezcla de marihuana y tabaco. También puede ser mezclada en las comidas (pasteles, panes con hachís, galletas o bien adicionada a mantecas y dulces) o ingerida como infusión.^{2, 14, 16}

1.4.1.3 Efectos y consecuencias del consumo de marihuana

Las alteraciones en el pensamiento y conducta que se producen como consecuencia del consumo de marihuana son muy complejas y guardan relación con la dosis recibida (dosis-dependiente), con la forma de administración, con la experiencia previa del usuario, con el ambiente que lo rodea y con sus expectativas.¹⁴

La principal sustancia activa en la marihuana es el *delta-9-tetrahidrocannabinol* (THC), compuesto que se caracteriza por ser estimulante de los receptores y poseer gran potencia psicoactiva.¹⁷ Cuando se fuma la marihuana, sus efectos comienzan casi de inmediato, debido a que el THC pasa rápidamente de los pulmones hacia el torrente sanguíneo, donde es transportado al resto del cuerpo, incluyendo el cerebro. Su efecto, bajo esta forma de consumo, dura entre una y tres horas. Si la marihuana se ingiere en un alimento o bebida, el inicio de los mismos es más lento debido a que, por lo general, comienza entre media y una hora después pudiendo durar hasta cuatro horas.

El THC se adhiere a lugares específicos en las superficies de las células nerviosas llamados receptores de cannabinoides. En el cerebro humano los mismos son numerosos, en especial, en las zonas de alta densidad, que ejercen influencias sobre el

placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, el movimiento, la coordinación y en la percepción temporo-sensorial.

La sobre-estimulación de los receptores cannabinoideos en áreas claves del cerebro, produce el “High” o Euforia que incluye la sensación de bienestar, locuacidad, disminución de la ansiedad, del estado de alerta, de la irritabilidad y aumento de la sociabilidad. Además de la sensación de bienestar y placer, el consumo de marihuana suele provocar distorsiones en las percepciones, aumento en la intensidad de las emociones, aumento del placer por las experiencias ordinarias tales como escuchar música, conversar, comer (aumento del apetito), entre otras.¹⁸

Consecuencias del abuso de marihuana

Agudas (presentes durante la intoxicación)

- Deterioro de la memoria a corto plazo
- Deterioro de la atención, el juicio, la coordinación y el equilibrio
- Aumento en el ritmo cardíaco
- Episodios psicóticos.

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

- Puede llevar a la adicción
- Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
- Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles
- Puede aumentar el riesgo de ansiedad, y depresión

Fuente: National Institute on Drug Abuse. Abuso de la marihuana. Estados Unidos, 2013.

1.4.2 COCAÍNA

1.4.2.1 Definición

La Cocaína es una de las drogas que se conoce desde hace mucho tiempo, ha sido llamada la droga de los años 80 y 90 por su gran popularidad y uso extendido en las décadas.¹⁷ Dicha droga, también denominada *coca, polvo, nieve, diosa blanca, jale, toque, línea, saque, merca*, es un alcaloide presente en las hojas del arbusto *Erythroxylon coca* que crece especialmente en Bolivia y Perú. En la planta, la cocaína se encuentra en forma de base (cristales de cocaína) relativamente insoluble en agua que, través de una sencilla extracción con solventes orgánicos se obtiene en forma de sal (clorhidrato de cocaína), más hidrosoluble.^{7, 19, 20}

De la coca se derivan otros productos que surgen tras un complejo proceso de transformación:^{7, 21}

- ✓ Pasta de coca o bazuco: es un producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se compone de la maceración de éstas últimas con ácido sulfúrico, alcaloides, residuos de queroseno y otras impurezas.²² Se presenta como un polvo grueso o terrones amarillentos, con olor a amoníaco y aceitoso al tacto.
- ✓ Clorhidrato de cocaína: se obtiene a partir de la pasta de coca, la cual se trata con acetona, éter etílico y ácido clorhídrico. Es un polvo blanco, cristalino, de olor aromático y sabor amargo el cual produce un efecto peculiar en la lengua, adormeciéndola y privándola de su sensibilidad.
- ✓ Crack o base libre: llamado así, porque separa la droga activa de su sal. Se elabora a partir del clorhidrato mediante la alcalinización con bicarbonato de sodio o hidróxido de sodio y extracción con solventes orgánicos como éter y acetona.

1.4.2.2 Formas de consumo

Las principales vías de administración de la cocaína son *orales, nasales, intravenosas y pulmonares*.

La forma de *administración nasal* conocida como “esnifar” o “snorting”, consiste en inhalar la cocaína en polvo por la nariz, la cual pasa directamente a sangre a través de las membranas nasales. El clorhidrato de cocaína se consume de este modo, aunque también se la puede consumir bajo la forma de inyección intravenosa y, menos frecuentemente, por ingestión (vía digestiva u oral). En la *administración pulmonar*, la droga accede a los pulmones propiamente dichos, a través de la inhalación del vapor o el humo de la cocaína (pasta de coca o crack) bajo la forma de cigarrillos o de pipas de vidrio, que en variadas ocasiones, se la suele mezclar con la marihuana; en tanto, en la *administración intravenosa* la droga circula directamente a la sangre, aumentando, de este modo la intensidad de su efecto.^{7, 21, 23}

1.4.2.3 Efectos y consecuencias del consumo de la cocaína

Los efectos del consumo de cocaína pueden variar de acuerdo a la dosis consumida y a la vía de administración. En general, la vida media de la cocaína es de menos de una hora, después de una dosis única, pudiendo ser mayor con dosis repetidas. Se

metaboliza rápidamente por esterasas plasmáticas y hepáticas, con metabolitos que se eliminan por orina.⁷

La cocaína es un potente estimulador del SNC como consecuencia de su acción dopaminérgica.²⁴

En el proceso normal de comunicación neuronal, una neurona libera dopamina en la sinapsis, allí, esta última, se une a proteínas especializadas llamadas receptores de dopamina, enviando así una señal a la neurona adyacente. Una vez enviada dicha señal la dopamina es eliminada de la sinapsis y es reciclada para volver a usarse en el futuro. Lo que ocurre con las drogas de abuso en general, y la cocaína en particular, es que pueden interferir en este proceso de comunicación neuronal normal. Así, los científicos han descubierto que la cocaína actúa bloqueando la eliminación de la dopamina de la sinapsis, lo que resulta en una acumulación de dopamina y una amplificación de la señal a las neuronas transmisoras, causando, de este modo, el síntoma inicial de todo cocainómano: *el High o euforia*.

El “High” puede demorar en aparecer cuando la droga no es fumada, teniendo una duración de entre quince y treinta minutos; mientras que, si la droga es fumada, dicho efecto puede tener una duración de entre cinco a diez minutos.²³

Consecuencias del abuso de cocaína

Agudas (presentes durante la intoxicación)

- Deterioro de la memoria a corto plazo.
- Disminución temporal del apetito y de la necesidad de dormir.
- Aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.
- Dilatación de las pupilas y aumento de la temperatura corporal.
- Aumento de la irritabilidad, desasosiego y ansiedad.
- En algunos casos, produce temblores, vértigo, espasmos musculares y paranoia.
- Complicaciones gastrointestinales, como dolor abdominal y náuseas.

A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)

- Trastornos psíquicos, psicosis y esquizofrenia.
- Alteraciones a nivel circulatorio, respiratorio, digestivo y neurológico.
- Enfermedades infecciosas.
- Pérdida de peso.
- Dependencia y muerte por sobredosis.

Fuente: Barros Blanco MA. Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes. Cantabria, 2013.

1.5 Niñez y Adolescencia, Abuso de Drogas y Factores Sociales, Contextuales y Personales

Numerosas son las concepciones que se tienen sobre el término “Niñez”, debido a que son variados los autores que, desde diferentes posturas y teorías, intentan definirla. La *Convención sobre los Derechos del Niño* define como "niño" o "niña" a toda persona menor de 18 años, a menos que las leyes pertinentes reconozcan antes la mayoría de edad.²⁵

En términos generales, se considera niño a todo individuo que aún no ha comenzado a experimentar cambios físicos típicos, tanto primarios como secundarios.

Según *Arnold Gesell* (2004), la niñez se divide en “Temprana”, la cual abarca de los tres a los cinco años y “Niñez Intermedia” que comprende entre los seis y diez años de edad, donde la calidad de las relaciones familiares ejerce una gran influencia sobre el ajuste emocional y social del niño. Pasada esta edad, se da comienzo a un período de transición entre la Niñez y la vida adulta, “la Adolescencia”, donde comienza a tener lugar la maduración sexual y el pensamiento de las operaciones formales.²⁶

La OMS define a la Adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los diez y diecinueve años y se caracteriza por una importante transformación biológica y psicosocial.²⁷ En tanto según Ortega Anta RM , sostiene que es un período durante el cual no sólo se producen cambios biológicos y sociales, sino también, fisiológicos y cognitivos; está comprendida entre la edad escolar y la edad adulta y aunque es difícil de establecer su duración, puede decirse que abarca desde los diez a los dieciocho años.²⁸

Es un período de la vida que presenta características específicas, desde el punto de vista psicológico, se trata de una etapa con tendencia a la experimentación y minimización del peligro relacionada con una percepción de capacidad de control; es un tiempo de nuevos descubrimientos personales, de búsqueda de la identidad, como también un camino con preocupaciones, dudas y temores, por lo que es frecuente la aparición de comportamientos de riesgos, como el abuso de drogas.^{8, 29, 30, 31, 32} Desde el punto de vista fisiológico, el organismo se encuentra en proceso de desarrollo, lo que genera una vulnerabilidad especial a los efectos tóxicos de las drogas.⁸

En general, el período de riesgo de inicio del consumo se concentra en la adolescencia mediana y tardía, se experimenta antes con drogas de comercio legal y más tarde con

sustancias de comercio ilegal y con alto grado de transición a patrones de consumo regular en los tres primeros años tras la experimentación (Wittchen et al., 2008).³³

El comienzo, puntualmente en la adolescencia, del consumo de drogas legales, como el alcohol y el tabaco, puede llevar a consumir drogas ilegales como el cannabis, la cocaína y las nuevas sustancias de laboratorio, llamadas de diseño.^{6, 8, 13}

Existe una amplia gama de factores de riesgo que se deben tener en cuenta, tanto en el inicio como mantenimiento del consumo de drogas.⁸

Los factores de riesgo son aquellos *agentes contextuales, sociales, e individuales o personales*, que están presentes en los ambientes en los que se desarrollan las personas y que pueden incrementar las posibilidades de que se dé un proceso adictivo. Los *factores contextuales*, hacen referencia a los aspectos socio-demográficos del individuo. Los *factores sociales* están relacionados con la familia y con el grupo de pares; en tanto, los *factores individuales*, se refiere a las características del sujeto y a sus procesos internos. Determinan una mayor o menor vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo.^{3, 8}

Los niños y adolescentes pueden estar expuestos a diversos factores de riesgo, cuya interacción, influye en el abuso del consumo de drogas; así el ambiente familiar, las propias características de personalidad, la influencia de los pares y el ambiente social son algunos de dichos factores.³⁴

En el transcurso de la niñez y adolescencia, el sujeto a través de las relaciones interpersonales, desarrolla su conducta, personalidad y comportamiento; donde la *familia* constituye aquí, una fuente indispensable de protección, afecto y seguridad para los mismos. Las alteraciones en el equilibrio familiar, como la presencia de una enfermedad grave en algún miembro, la inestabilidad económica, las disfunciones familiares (separación de los padres), como así también el aumento de responsabilidades en el ámbito familiar, muchas veces inapropiada para la edad cronológica por la cual atraviesa el individuo, culmina con el ingreso precoz de los mismos en el mundo del trabajo, contribuyendo, tarde o temprano, con el inicio de consumo de drogas.^{8, 34}

El consumo anual de drogas ilegales se incrementa sustantivamente cuando en el hogar del joven escolarizado vive alguien que consume este tipo de sustancias.³⁴

Entre los rasgos de personalidad, se ha encontrado una relación consistente con las conductas de consumo en los adolescentes que puntúan más en la búsqueda de

sensaciones y que se ha relacionado con la necesidad real de una mayor estimulación (derivada de factores bio-fisiológicos) que caracterizan a estos sujetos.

Otros aspectos, también relacionados al inicio del consumo de droga, son el alto nivel de inseguridad, la baja autoestima y determinadas creencias y actitudes propias de la edad cronológica por la que los sujetos atraviesan.⁸

Los vínculos de pares son centrales en la vida de los adolescentes y jóvenes, debido a que en esta etapa del desarrollo se construye la identidad y se busca la pertenencia a ciertos grupos. Según el estudio *Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de la Provincia de Buenos Aires (2007)* el tipo de vínculo que los jóvenes tienen con sus amigos más cercanos incide en el nivel de consumo de las distintas sustancias psicoactivas, siendo mayor la prevalencia de consumo en aquellos adolescentes que tienen malas relaciones con sus amigos, en comparación con aquellos que mantienen buena relación con su grupo de pares.

En relación al nivel educativo, existe una asociación positiva entre el fracaso escolar, el nivel de ausentismo e insatisfacción escolar y una mayor probabilidad de consumo de drogas. El estudio nombrado con anterioridad, muestra que el nivel de repitencia de los estudiantes estaría asociado positivamente con el consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, distintas investigaciones dan cuenta que estas relaciones pueden ser también a la inversa, es decir, que el consumo de drogas legales o ilegales, incida en las trayectorias escolares de los estudiantes de nivel secundario.^{6, 35}

CAPÍTULO II: ESTADO NUTRICIONAL

2.1 Definición

El Estado Nutricional de una persona o un colectivo, es el resultado de la interrelación entre el aporte nutricional que recibe y las demandas nutritivas del mismo, necesarias para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas.³⁶

El Estado Nutricional refleja el grado en el que se satisfacen las necesidades fisiológicas de nutrientes. El consumo de estos últimos, depende de la ingesta real de alimentos, la cual está sujeta a influencias de múltiples factores, entre los que se encuentran la situación económica, la conducta alimentaria, la situación emocional, las influencias culturales y los efectos de diversos estados patológicos sobre el apetito y la capacidad de consumo y absorción.³⁷

Un Estado Nutricional *óptimo* se logra cuando se consumen los nutrientes adecuados para suplir los requerimientos diarios junto con un aumento en las demandas metabólicas; esto favorece el mantenimiento de la salud y la protección de enfermedades y trastornos.

La *malnutrición*, ya sea por déficit o exceso, es un trastorno de la homeostasis corporal producido por un aporte inadecuado de nutrientes o por la incapacidad del organismo para metabolizarlos.^{37, 38}

Según la OMS, la malnutrición se refiere a “las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes”.³⁹

2.2 Estado nutricional en Niños y Adolescentes

El niño entre 6 y 10 años de edad se encuentra en un período de crecimiento estable, con menores necesidades nutricionales que en los primeros años de vida, hasta el estadio pre-puberal, donde allí, nuevamente, dichas necesidades aumentan de manera significativa. Es la etapa donde se van a consolidar los hábitos alimentarios y, en este sentido, poseen gran importancia los factores educativos, tanto en el ámbito familiar como en el escolar.

Durante la pubertad y adolescencia se suceden importantes cambios físicos, psicológicos, sociales y cognitivos, por lo que es fundamental una adecuada nutrición que garantice tanto el crecimiento como los cambios en la composición corporal. El aumento de la talla, el peso, así como modificaciones en el porcentaje de grasa corporal

y en su distribución en el cuerpo, son los cambios antropométricos más notorios; ello implica la necesidad de modificar los hábitos alimentarios, debido a que en esta etapa la masa corporal se duplica, por lo que las restricciones de energía, proteínas y micronutrientes pueden generar consecuencias negativas.^{40, 41}

2.3 Valoración del Estado Nutricional

2.3.1 Definición

La OMS define a la Evaluación Nutricional como *la interpretación de la información obtenida a través de estudios antropométricos, bioquímicos y/o clínicos; que se utiliza para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa.*⁴²

La Valoración del Estado Nutricional (VEN) es la metodología que se utiliza para determinar el estado de nutrición de un individuo. Dentro de sus objetivos, se encuentran la identificación del riesgo nutricional del individuo, la estimación indirecta de sus requerimientos sobre la base del gasto metabólico y las necesidades nutricionales, y finalmente, la posibilidad de realizar el control evolutivo del proceso a través de mediciones seriadas, lo que nos dará el resultado de la interacción entre el aporte nutricional, los requerimientos y el estado de salud del individuo.^{43, 44}

2.3.2 Métodos para la Valoración del Estado Nutricional

Una valoración exhaustiva y minuciosa del Estado Nutricional de un individuo requiere de múltiples parámetros y luego, una correcta interpretación de los mismos. Existen cuatro abordajes fundamentales en la evaluación del estado nutricional:

- Evaluación Antropométrica, estima las dimensiones y composición corporal.
- Evaluación Bioquímica, refleja tanto la ingesta de nutrientes, como el impacto derivado de la ingesta de los mismos.
- Evaluación Física-Clínica, refleja las consecuencias clínicas derivadas de los desequilibrios en la ingesta de nutrientes.
- Evaluación Dietética, estima la ingesta de nutrientes y/o alimentos.^{39, 45}

En el presente trabajo se abordará, únicamente, la evaluación antropométrica y dietética.

2.3.2.2 Evaluación Antropométrica

Etimológicamente, el término antropometría deriva del griego “*antropo*”, que se refiere al ser humano (hombre) y “*metrología*”, la ciencia que trata las unidades de medida. Es decir, una medición científica del cuerpo humano y sus diversos componentes.⁴⁶

La antropometría es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación nutricional que pretende, mediante la realización de mediciones físicas objetivas, reproducibles y comparables, conocer la composición corporal (estado de reservas proteicas y calóricas) y el desarrollo somático del organismo.^{38,47}

Medidas Antropométricas	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">✓ Método, en cierto grado, objetivo y no invasivo✓ Las medidas son relativamente sencillas, rápidas y económicas.✓ Permiten reflejar cambios en la ingesta nutricional producidos a largo plazo.✓ Permiten generar patrones de referencias.	<ul style="list-style-type: none">✓ No generan puntos de corte universales (variaciones genéticas)✓ Requieren gran capacitación, experiencia y control de calidad.✓ El instrumental no es siempre portátil.

Fuente: Aranceta Bartrina , Serra Majem L, Mataix Verdú J. Evaluación del estado nutricional. En: Nutrición y Salud Pública ^{2da} edición. Barcelona, 2006. Rodota LP, Castro ME. Nutrición clínica y dietoterapia. Buenos Aires, 2012.

Las mediciones más útiles y frecuentemente utilizadas son el Peso, la Talla, el Índice de Masa Corporal (IMC), los Pliegues cutáneos y la determinación de Perímetros corporales.³⁸

En el presente trabajo, para la valoración antropométrica se considerará el IMC y Talla. El *Índice de Masa Corporal* se define como la relación entre el peso del individuo y su talla elevada al cuadrado. A pesar de su amplia utilización Internacional está lejos de ser un coeficiente ideal debido a su imposibilidad para diferenciar la composición corporal, por ello, en la actualidad se lo complementa con algún método que permita distinguir la masa magra de la grasa.

El *Peso* es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total.⁴⁸ Es la suma de todos los compartimentos a cada nivel de composición corporal, es decir, que se trata de una medición global.⁴⁹

La *Talla* es la suma de cuatro componentes: las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo. Es la distancia entre el vértex y las plantas de los pies. El índice Talla/edad representa el crecimiento lineal alcanzado y equivale a la sumatoria de todos los pequeños incrementos de talla que se produjeron desde el momento de la concepción hasta el momento de la medición. En los niños mayores de dos años, la baja talla es signo de alteraciones nutricionales de larga data o enfermedades ya pasadas.⁴²

Las mediciones antropométricas no tendrían sentido si no fueran utilizadas con una finalidad diagnóstica, por ello, se hace necesario cotejarlas con valores obtenidos de una población determinada a través de tablas específicas, o bien incluirlas en fórmulas elaboradas que permiten calcular los distintos compartimentos.

Los estándares de crecimiento representan la distribución de una medida antropométrica en una población y reflejan su estado de nutrición. Constituyen una herramienta muy útil para el seguimiento longitudinal de niños y permiten detectar individuos y/o grupos de riesgo nutricional. Un patrón puede constituir la “norma” a alcanzar si se elabora de una población normo-nutrida o puede ser sólo una “referencia” del estado de salud de una población (OMS, 1983).⁵⁰

A partir de la necesidad de armonizar los instrumentos de evaluación del crecimiento de escolares y adolescentes (5 a 19 años), es que en el año 2006 la OMS procede a reconstruir el patrón de crecimiento NCHS/OMS de 1977, utilizando la muestra original, complementada con datos procedentes de los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS, y aplicando métodos estadísticos más modernos. Se generaron curvas y tablas de percentiles y de puntuaciones z, las cuales abarcan desde el percentil 1 hasta el 99, y valores de desviación estándar (DE) de -3 a +3 respectivamente para los indicadores IMC/edad y Talla/edad. En el caso del indicador de Peso/edad sólo es utilizado para un rango etario de 5- 10 años, distinguiéndose entre ambos sexos.^{50, 51}

2.3.2.1 Evaluación Dietética

El conocimiento de la ingesta de alimentos, y por ende de energía y nutrientes en un individuo, es de vital importancia para conocer su estado nutricional. Se debe conocer en profundidad no sólo lo que el individuo come, sino también cómo, dónde, con quién,

y por qué lo come, ya que es importante tener en cuenta todo el aspecto afectivo que tiene connotaciones con la alimentación.⁴⁴

La medición de la ingesta de los alimentos en el individuo, como en la población en general, se realiza mediante diversos métodos o encuestas, las cuales difieren en la forma de recoger la información y el período de tiempo que abarcan.⁴³

Los métodos de recolección de la información dietética a escala individual se denominan propiamente *Encuestas Alimentarias* y pueden dividirse en: *Diario dietético o Registro Diario de Alimentos, Recordatorio de 24 horas, Cuestionario de Frecuencia Alimentaria e Historia dietética.*⁴

En el presente trabajo se considerará como instrumento de medición de la ingesta dietética el Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario.

El método de *Frecuencia de consumo alimentario* constituye un sistema directo de estimación de la ingesta alimentaria de un individuo a partir de un formato o cuestionario previamente estructurado. El objeto de éste consiste en obtener, a partir de un conjunto o listados de alimentos preestablecidos, la frecuencia habitual de ingesta de un alimento o grupos de alimentos (diariamente, semanalmente, mensualmente, o nunca, entre otras) durante un período de tiempo determinado. La información que recoge es cualitativa. Se extraen también datos acerca de las raciones consumidas que permiten cuantificar el consumo de alimentos y nutrientes.^{4, 37, 38, 47}

Dicho método presenta numerosas ventajas, entre las cuales se destacan, obtener datos de la ingesta alimentaria habitual, ya sea sobre la dieta total o de determinados alimentos o nutrientes; no requiere de entrevistadores formados, ya que el mismo puede ser administrado o auto-administrado; es sencillo y poco costoso, y no influye en las pautas habituales de alimentación.⁴⁹

Para la valoración de los datos obtenidos a partir de la realización del Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario a los niño/as y adolescentes que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, se utilizarán como referencia las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). Dicho material tiene como objetivo principal alentar el consumo de alimentos variados, combatir hábitos alimentarios perjudiciales y reforzar aquellos adecuados para mantener la salud.⁵² Estas Guías se acompañan de una gráfica: *La gráfica de la alimentación saludable*, la cual se encuentra constituida por grupos de alimentos, teniendo en cuenta las sustancias nutritivas que poseen. Hay algunos alimentos que contienen cantidades mayores de

alguna de esas sustancias nutritivas o la contienen de una manera más “biodisponible”, es decir, nuestro organismo puede aprovecharla al máximo.

Los alimentos que contienen mayor cantidad de una sustancia nutritiva, o que la contienen en forma altamente biodisponible, se los conoce como "alimentos fuente" de esa sustancia.⁵³

De este modo, la Gráfica está conformada por seis grupos de “*alimentos fuente*”

- 1- Cereales (arroz, avena, cebada, maíz, trigo), sus derivados (harinas y productos elaborados con ellos: fideos, pan, galletas, etc.) y legumbres secas (arvejas, garbanzos, lentejas, porotos, soja): son fuente principal de hidratos de carbono y de fibra.
- 2- Verduras y frutas: son fuente principal de vitaminas C y A, de fibra y de sustancias minerales como el potasio y el magnesio.
- 3- Leche, yogur y queso: nos ofrecen proteínas completas que son fuente principal de calcio.
- 4- Carnes y huevos: nos ofrecen las mejores proteínas y son fuente principal de hierro. Incluye a todas las carnes comestibles (de animales y aves de crianza o de caza y pescados y frutos de mar).
- 5- Aceites y grasas: son fuente principal de energía y de vitamina E. Los aceites y semillas tienen grasas que son indispensables para nuestra vida.
- 6- Azúcar y dulces: dan energía y son agradables por su sabor, pero no nos ofrecen sustancias nutritivas indispensables.⁵³

CAPÍTULO III: ESTADO NUTRICIONAL Y DROGAS DE ABUSO

La malnutrición, considerada por déficit o por exceso, está condicionada por factores sociales, económicos y políticos que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos. La alteración de dichos factores, a su vez, conlleva a cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida, los cuales están relacionados con altas tasas de morbimortalidad de los individuos.⁵⁴

El abuso de drogas, en general, representa en el individuo un panorama de riesgo nutricional, con problemas importantes de malnutrición y/o desnutrición, ya sea por alteraciones en el aporte, en la absorción o en el metabolismo de los nutrientes, o bien por un aumento en los requerimientos con un aporte inadecuado de los mismos.⁵⁵

Dentro de los sujetos que hacen abuso de drogas, los que muestran mayores problemas relacionados con la nutrición son los cocainómanos y opiáceo-dependientes, lo cual se debe, principalmente, a su mayor deterioro orgánico como consecuencia del uso continuado de este tipo de drogas.⁴

Los problemas relacionados con la alimentación de quienes hacen abuso de drogas, se dividen en dos grupos: *Problemas Generales* y *Problemas Específicos*.⁴

3.1 Problemas generales

Este tipo de problemas se agudizan progresivamente a medida que se avanza en la escalada y el tiempo de consumo, lo cual se debe al progresivo deterioro físico y mental que se produce por el uso continuado de drogas. Por eso, en los primeros estadios de consumo es difícil encontrar signos de carácter nutricional indicadores de algún tipo de trastorno.

En los sujetos que hacen abuso de drogas, predomina una forma de alimentación irregular, deficiente, y desequilibrada, sin horarios fijos, basada en comidas rápidas tipo snacks, frías y fuera de la casa.

En muchas ocasiones los sujetos realizan sólo una o dos comidas a lo largo del día, lo que conduce a ingestas hipocalóricas que producen desnutrición y adelgazamiento con pérdida de la masa muscular y de grasa subcutánea, viéndose reflejado en un IMC y en parámetros antropométricos, tales como perímetros y pliegues, menores que en individuos que no hacen abuso de drogas. Así, la dieta suele ser escasa en proteínas, y

además, de mala calidad, lo que puede disminuir la síntesis de albuminas en el hígado y contribuir así a la pérdida de masa muscular.⁴

En el caso del porcentaje graso, se ha comprobado que los toxicómanos (Pimentel, 2007) tienen un porcentaje graso sustancialmente inferior a la población no consumidora de drogas.⁵⁶

Según Pimentel González M. en su estudio “*Consumo máximo de oxígeno e índice de masa corporal de las personas toxicómanas ingresadas en las comunidades terapéuticas*” (2010) sobre una muestra de 140 personas toxicómanas, 123 hombres y 17 mujeres; se observa que la droga de mayor consumo por los toxicómanos es la heroína (89,5 %), seguida por la cocaína (8,1 %). Tanto hombres como mujeres presentan un historial de poli-consumo (heroína, cocaína, cannabis, alcohol). A partir de dicha investigación se comprueba, que al comparar el peso y la talla de los toxicómanos con los de poblaciones no adictas a las drogas el peso de los primeros es menor en el sexo masculino que en el femenino. Las mismas consideraciones podrían realizarse para el IMC que, debido a los valores de peso y talla, es significativamente menor que en la población sana. A pesar de este hecho, se concluye que estas personas presentan un componente morfológico adecuado para su edad, de tal manera que su peso e IMC, se encuentran en niveles considerados como saludables.⁵⁶

Los sujetos que hacen uso de drogas tienen una forma de alimentación deficiente, lo que conduce a ingestas deficitarias o marginales y, como consecuencia de ello, estados deficitarios de algunos nutrientes, lo que determina a su vez alteraciones bioquímicas subclínicas que, en casos más graves, pueden originar la aparición de trastornos más serios con manifestaciones clínicas.⁴

A su vez, alteraciones bioquímicas producidas en el organismo por las drogas consumidas, son capaces de generar modificaciones metabólicas alterando la biodisponibilidad, metabolismo, función y requerimientos de algunos nutrientes en estos individuos.⁵⁵

El consumo de frutas y verduras en adictos a las drogas es menor que la población general y son más proclives a consumir alimentos que tengan un bajo contenido de vitaminas. Por lo tanto, y en base a lo anteriormente expuesto, los sujetos que hacen abuso de drogas presentan deficiencias de micronutrientes, de vitaminas y minerales; por lo que puede contribuir al desarrollo de inmunodeficiencia en dichos sujetos.

Nazrul Islam SK, et al. mediante su estudio llevado a cabo en Dhaka-Bangladesh (2001) en sujetos varones de 18 a \pm 45 años de edad sobre el “Estado sérico de las vitaminas E, C y A de los adictos a drogas sometidos a desintoxicación” demostraron que los valores en suero de dichas vitaminas en estos sujetos, son significativamente más bajos que en los controles no adictos y que, en la medida que aumentaba la cantidad y variedad de drogas consumidas, mayor era la disminución de los niveles séricos de las vitaminas E, C y A. A su vez, dicho estudio, puso en evidencia que las deficiencias visualizadas se debían al abuso de las drogas, pero también, a los hábitos alimentarios de estos sujetos consumidores.⁵⁷

En tanto, Márquez M, Rincón M, et al. en Maracaibo-Venezuela (2001) llevaron a cabo una investigación para determinar en los adultos jóvenes consumidores de drogas de abuso niveles séricos de vitamina C (vitamina hidrosoluble). En dicho estudio se incluyeron a aquellos individuos consumidores de marihuana, cocaína, bazuko y crack. La muestra estuvo constituida por un grupo de 56 individuos de sexo masculino con edades comprendidas entre 16-40 años. El mismo arrojó como resultado que los niveles promedio de vitamina C estuvieron, desde el punto de vista nutricional, dentro de los límites normales, cuestión que podría atribuirse a un consumo adecuado de dicha vitamina, o bien, a la presencia de mecanismos fisiológicos compensatorios y competentes capaces de asegurar el mantenimiento de los niveles normales de la vitamina. Sin embargo es importante destacar que una cuarta parte de la población en estudio estuvo en riesgo moderado de presentar la deficiencia desde el punto de vista nutricional. El riesgo de la deficiencia propiamente dicha puede deberse a la disminución en la cantidad y variedad de alimentos consumidos, llevando a cabo una alimentación escasa en vegetales y frutas, y con preferencia por los alimentos fuentes de carbohidratos simples y pobres en vitaminas y minerales.

A su vez, un dato no menor en dicho estudio, puso en evidencia que la tendencia a la disminución en la concentración del ácido ascórbico aumentaba en correlación con el mayor consumo de marihuana. En relación a la cocaína, la misma actúa sobre el sistema dopaminérgico estimulándolo, planteando así una posible interacción con el ácido ascórbico, que signifique un aumento en su utilización y por ende en sus requerimientos en los cocainómanos.

El estudio concluye estableciendo que el consumo crónico de drogas de abuso puede influir negativamente en los niveles plasmáticos de ácido ascórbico, colocando a dichos

individuos en condición latente de deficiencia de vitamina C, contribuyendo al deterioro general físico del consumidor.⁵⁵

3.2 Problemas específicos

El consumo de drogas de abuso supone no sólo un trastorno fisiológico y mental, sino también la adopción de valores que no favorecen una ingesta adecuada de alimentos; esto se debe a que la droga se convierte en el referente básico del consumidor, dejando de lado aspectos fundamentales como la nutrición.⁴

Las drogas ilícitas son inmunosupresoras, y el uso de éstas socava el apetito y afecta los hábitos alimentarios, visualizándose mayor consumo de alimentos fuentes de calorías vacías y deficiencias nutricionales, puntualmente, sobre micronutrientes.⁵⁸

Existe un interés creciente sobre la relación entre la dependencia de drogas y los trastornos de la conducta alimentaria, debido, fundamentalmente, a las similitudes clínicas entre ambos trastornos que han llevado a la utilización del modelo adictivo para la explicación de estas alteraciones. Así, los psico-estimulantes (como en el caso de la cocaína) tienen efectos anorexígenos pudiendo influir en el desarrollo de una anorexia si, además, había conflictos preexistentes sobre su peso; en tanto el consumo de marihuana puede provocar “atracones de comida”.⁵⁹

Con respecto a la *marihuana*, a pesar del uso extendido, los estudios que analizan el efecto del consumo sobre la ingesta dietética son escasos. Es conocido que el uso de marihuana produce un aumento del apetito, con un incremento de la ingesta de calorías y alimentos, produciendo un aumento del peso corporal.⁶⁰

El mecanismo por el cual el consumo de dicha droga aumenta la ingesta no está bien aclarado, sugiriéndose un efecto importante de los receptores canabinoides y del sistema endógeno canabinoide.⁶¹

Sin embargo, en el artículo científico “*Ingesta dietética en un grupo de pacientes fumadores de marihuana*” (Madrid- 2010) se plantea que el aumento de ingesta, se debe a una alteración en la curva de tolerancia a la glucosa que se produce tras el consumo de marihuana. El cambio en la glucemia se atribuye a una absorción más rápida de la glucosa por el intestino; a pesar de esto, no aumenta el riesgo de originar diabetes mellitus.⁶⁰

Aunque el uso de cannabis incrementa el apetito y la ingesta de alimentos en el ser humano, hay un descenso de la calidad nutritiva de la dieta, lo que puede originar signos de deficiencia nutricional.⁴

Según el estudio nombrado con anterioridad, se comprobó que existen desviaciones en el patrón de ingesta de macro- micronutrientes en la muestra de pacientes fumadores de marihuana. Presentando una ingesta hipercalórica e hiperproteica con un alto aporte de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas en la dieta. Por otra parte las ingestas de minerales y vitaminas fueron superiores a las recomendaciones internacionales, salvo la vitamina D, E, ácido fólico, magnesio y yodo.

Un dato llamativo en dicho estudio es que a pesar de la elevada ingesta calórica de los sujetos fumadores de marihuana, no existía sobrepeso. Una de las posibles explicaciones a esta falta de relación Ingesta-IMC, es un aumento del metabolismo basal en los consumidores de marihuana, al interaccionar el sistema endocanabinoide con el sistema adrenérgico, o al presentar un efecto directo la marihuana sobre dicho metabolismo, presentando un gasto energético incrementado en un 28 %.⁶⁰

En relación al consumo de *cocaína*, se ha comprobado que produce disminución de la ingesta de alimentos y pérdida del peso, así como trastornos en la conducta alimentaria en general, debido a los efectos supresores del apetito. Factores tales como el tipo de cocaína consumida, método de administración, o bien, la adecuación proteica de la dieta, son determinantes para establecer los efectos de la cocaína sobre el peso corporal. Los cocainómanos realizan menos comidas al día y más desequilibradas.⁴

HIPÓTESIS Y VARIABLES

Hipótesis

Más del 50% de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, presentan alteraciones en su Estado Nutricional.

Variables

- Estado nutricional
- Abuso de drogas (marihuana y/o cocaína)
- Factores personales, contextuales y sociales

Estado nutricional

Definición Teórica: El estado nutricional se define como el resultado de la relación existente entre las necesidades nutricionales de un individuo y la ingestión de los alimentos. Si dichas necesidades son iguales a la ingesta, se mantiene el estado nutricional, si son inferiores aparece sobrepeso u obesidad y, si por lo contrario, dichas necesidades son superiores a la ingesta, aparece la desnutrición.⁶²

Clasificación de la variable según su naturaleza: cualitativa, por cuanto se pretendió describir el Estado Nutricional según Antropometría e Ingesta alimentaria.

Abuso de drogas (marihuana y/o cocaína)

Definición Teórica: El abuso de drogas o sustancias, es el uso continuado de las mismas, a pesar de las consecuencias negativas que ello implica.^{3,6}

Clasificación de la variable según su naturaleza: cualitativa, por cuanto se pretendió conocer el/los tipos de drogas consumidas y el motivo de consumo; y cuantitativa, debido a que se buscó obtener datos sobre el tiempo de abuso, frecuencia y cantidad consumida.

Factores personales, contextuales y sociales

Definición Teórica: Los factores individuales o personales, se refieren a las características del sujeto y a sus procesos internos. Determinan una mayor o menor vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo.

Los factores contextuales, hacen referencia a los aspectos socio-demográficos del individuo.

Los factores sociales están relacionados con la familia y con el grupo de pares.^{3, 8}

Clasificación de la variable según su naturaleza: cualitativa, debido a que se pretendió conocer sexo, etapa del desarrollo, presencia de algún problema de salud, lugar de residencia, tipo de vivienda, presencia de hacinamiento, tipo de familia, nivel educativo y ocupación laboral del padre/madre/tutor, escolaridad, nivel educativo, tipo de institución educativa, existencia de trabajo y realización de actividad recreativa y/o deportiva de los sujetos de estudio, y procedencia del grupo de pares.

DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación que se llevó a cabo fue de carácter *cuantitativo* debido a que se cuantificaron los resultados acerca del Estado Nutricional, en relación a la antropometría e ingesta dietética, en los/as niño/as y adolescentes que hicieron abuso de marihuana y/o cocaína. También se cuantificaron los resultados acerca de los datos personales, contextuales y sociales de dichos niños y adolescentes.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevó a cabo en el presente trabajo fue *Descriptivo Simple*, ya que se buscó conocer el Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad, que hicieron abuso de marihuana y/o cocaína, y que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la ciudad de Córdoba durante el año 2014.

Según el período y secuencia del estudio, la investigación fue *transversal* debido a que se estudió el Estado nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad y el Abuso de marihuana y/o cocaína de modo simultáneo.⁶³

Universo y muestra

El *Universo* estuvo compuesto por todos los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba y que formaron parte de la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución desde el año 2012 hasta el año 2014, y que presentaron una frecuencia de consumo habitual de marihuana y/o cocaína (Abuso).

El universo de los sujetos que consumieron únicamente marihuana fue de 53, y de los que consumieron cocaína de 37.

N: 90 (53 marihuana y 37 cocaína)

La *muestra* fue intencional y estuvo constituida por 40 niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años de edad que presentaron una frecuencia de consumo habitual de marihuana y/o cocaína (Abuso), que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba y que formaron parte de la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución desde el año 2012 hasta el año 2014.

n: 40 (20 sujetos marihuana; 20 sujetos cocaína)

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se llevó a cabo en el presente trabajo fue *No probabilístico* de tipo *intencional o deliberado*, por cuanto la cantidad de sujetos que constituyeron la muestra (n:40) fueron seleccionados en función de la disponibilidad de los sujetos propiamente dichos que formaban parte de la base de datos del Servicio de Toxicología desde el año 2012 hasta el año 2014, y que aceptaron participar del trabajo de investigación luego de haber sido contactados telefónicamente.

Se escogieron 20 sujetos que hicieron abuso de marihuana y 20 que hicieron abuso de cocaína.

Finalmente, los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión descriptos a continuación y que aceptaron formar parte de la investigación, fueron citados a la institución para llevar a cabo la recolección de los datos propiamente dicha, habiendo previamente los padres/tutores del niño/a o adolescente firmado el consentimiento informado, y el asentimiento por parte de los menores.

Criterios de inclusión de la muestra

- ✓ Niño/as y adolescentes que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.
- ✓ Niño/as y adolescentes de ambos sexos de entre 8 y 15 años de edad.
- ✓ Niño/as y adolescentes que estuvieron registrados en la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución, a partir del año 2012.
- ✓ Niño/as y adolescentes con una frecuencia de consumo habitual de marihuana y/o cocaína.

Criterios de exclusión de la muestra

- ✓ Niño/as y adolescentes que no asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.
- ✓ Niño/as y adolescentes de ambos sexos menores de 8 y/o mayores de 15 años de edad.
- ✓ Niño/as y adolescentes que no se encontraron registrados en la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución.
- ✓ Niño/as y adolescentes que se encontraron registrados en la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución en años anteriores al 2012.

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

- ✓ Niño/as y adolescentes que no presentaron una frecuencia de consumo habitual de marihuana y/o cocaína.
- ✓ Niño/as y adolescentes que presentaron alguna discapacidad física y/o mental.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorización del indicador
Factores personales	Sexo		1-Femenino 2-Masculino
	Etapa del desarrollo		1-Niñez 2-Adolescencia
	Problema de salud		1-Si 2-No
Factores contextuales	Lugar de residencia		1-Rural 2-Urbana 3-Periurbana
	Tipo de vivienda		1-Casa 2-Casilla 3-Rancho 4-Departamento 5-Inquilinato/conventillo 6-Cuartos de hotel/pensión 7-Otros ⁶⁵
	Presencia de hacinamiento		1-Si 2-No ⁶⁵
Factores sociales	Tipo de familia		1-Hogar nuclear conyugal 2-Hogar nuclear monoparental 3-Hogar extenso sin núcleo conyugal y sin hijos 4-Hogar extenso sin núcleo conyugal y con hijos 5-Hogar extenso conyugal 6-Hogar unipersonal 7-Hogar de co-residencia ⁶⁶
	Nivel educativo del padre/madre/tutor		1-Primaria incompleta 2-Primaria completa 3-Secundario incompleto 4-Secundario completo 5-Terciario/universitario incompleto 6-Terciario/universitario completo 7-No sé ⁶⁷
	Ocupación laboral del padre/madre/tutor		1-Empleado u obrero en una empresa privada 2-Empleado u obrero en una institución pública 3-Trabajador en un programa de empleo 4-Pasante/aprendiz/becario 5-Patrón o empleador 6-Cuenta propia 7-Trabajador sin salario 8-NS/NR ⁶⁵
	Escolaridad del niño/adolescente		1-Si 2-No

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Nivel educativo del niño/adolescente		1-Adecuado 2-Inadecuado
Tipo de institución educativa		1-Pública 2-Privada
Existencia de trabajo de niño/adolescente		1-Si 2-No
Realización de actividad recreativa/deportiva		1-Si 2-No
Procedencia del grupo de pares		1-Barrio 2-Colegio 3-Club 4-Otros

Variables	Dimensiones	Indicadores	Categorización del indicador
Estado Nutricional	Antropométrica	IMC/Edad	1-Eutrófico (p10-85) 2-Sobrepeso (p85-97) 3-Obesidad (> p97) 4-Riesgo de Bajo Peso (p3-10) 5-Bajo Peso (< p3) ⁵⁰
		Talla/ Edad	1-Talla Normal (p3-97) 2-Baja Talla (< p3)
	Ingesta Alimentaria	Frecuencia de consumo alimentario por grupo de alimentos	-Cereales, derivados y legumbres: 1-A* 2-I** -Frutas y verduras: 1-A 2-I -Leche, yogur y quesos: 1-A 2-I -Carnes y huevos: 1-A 2-I -Aceites y grasas: 1-A 2-I -Azúcares y dulces: 1-A 2-I -Agua: 1-A 2-I ⁵²
		Cantidad consumida por grupo de alimentos	1-A 2-I
		Consumo de bebidas alcohólicas	1-Si 2-No
		Frecuencia de consumo de bebidas sin alcohol (infusiones, jugos y gaseosas)	1-Diaria 2-Semanal 3-Mensual 4-No consume
		Tipo de comida rápida consumida	1-Empanadas 2-Tartas 3-Hamburguesas 4-Lomitos 5-Pizzas 6-Productos de copetín/snacks
		Frecuencia de consumo de comidas rápidas	1-Diaria 2-Semanal 3-Mensual 4-No consume
		Frecuencia de consumo de frituras	1-Diaria 2-Semanal 3-Mensual 4-No consume

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Abuso de drogas	Tipo de droga consumida		1-Marihuana 2-Cocaína 3-Ambas
	Motivo de inicio de consumo		1-Invitación de un amigo 2-Curiosidad/intriga/experimentación 3-Problemas familiares 4-Otros
	Antecedentes familiares de consumo		1-Si 2-No
	Tiempo de abuso hasta el momento de la encuesta		1- < a 6 meses 2-De 6 a 12 meses 3-> a 12 meses
	Frecuencia de consumo de marihuana		1-Diaria 2-Semanal 3-Mensual
	Frecuencia de consumo de cocaína		1-Diaria 2-Semanal 3-Mensual
	Cantidad Consumida		Marihuana: 1-N° de cigarrillos consumidos 2- N° de galletas/tortas consumidas Cocaína: 1-N° de ampollas consumidas 2-N° de raviolos consumidos

***Adecuada (A):** cuando el consumo alimentario del sujeto, tanto en términos de frecuencia de consumo como en cantidad de alimentos consumidos, se adecúa a las recomendaciones de las GAPA.

****Inadecuada (I):** cuando el consumo alimentario del sujeto, tanto en términos de frecuencia de consumo como en cantidad de alimentos consumidos, no se adecúa a las recomendaciones de las GAPA. **(Ver Anexo N° 1)**

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los sujetos seleccionados a partir de la base de datos del Servicio de Toxicología fueron contactados telefónicamente con el fin de invitarlos a participar voluntariamente del trabajo de investigación.

Aceptada dicha invitación, los sujetos de estudio fueron citados al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Se recibió al niño/a o adolescente con su respectivo padre/madre/tutor al cual se le hizo entrega del formulario de consentimiento informado, que explicitaba el objetivo de estudio y cómo se llevaría a cabo dicha investigación. (Ver anexo N° 2). En tanto, al niño/a o adolescente se le entregó el formulario de asentimiento, que explicaba en forma sencilla el propósito por el cual fue citado y la metodología con la que se trabajaría. (Ver anexo N° 3)

Una vez firmados el formulario de consentimiento informado y el de asentimiento, se procedió a realizar la encuesta y a tomar las medidas antropométricas detalladas a continuación.

Variable: *Estado Nutricional según evaluación antropométrica.*

- PESO: Es una medición precisa y confiable que expresa la masa corporal total.⁴⁸ Es la suma de todos los compartimentos a cada nivel de composición corporal, es decir, que se trata de una medición global.⁴⁹

Instrumento: Balanza digital GAMA, con una capacidad máxima de 150 Kg y una precisión de 100gr.

Técnica: Se le solicitó a la persona que se colocara de pie, parado en el centro de la balanza, con prendas livianas y descalzo. Luego se llevó a cabo la lectura en kilogramos del peso corporal del individuo.⁴⁸

- TALLA: Es la suma de cuatro componentes: las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo. Es la distancia entre el vértex y las plantas de los pies.⁴²

Instrumento:

- ✓ Cinta métrica de 2,5 m de largo y 1,5 cm de ancho, la cual se adosará a la pared con el 0 al nivel del piso.
- ✓ Escuadra de madera, la cual se apoyó en la pared en forma perpendicular a la cinta métrica y paralela al vértex del sujeto en su momento de inspiración.

Técnica: Se le solicitó a la persona que se colocara de pie, descalzo, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta, mirando al frente en posición de Francfort (el arco orbital inferior deberá estar alineado en un plano horizontal con el trago de la oreja). Se ubicó a la persona de espaldas a la cinta métrica, con los talones tocando el plano posterior de la misma, con los pies y las rodillas juntas. Luego, se descendió el plano superior de la escuadra de madera sobre la cinta métrica hasta tocar la cabeza en su punto más elevado (vértex).

La medida se realizó en inspiración. Luego se llevó a cabo la lectura de la talla en centímetros.⁴⁸

Una vez realizadas las medidas antropométricas nombradas con anterioridad, se procedió a cotejar el valor obtenido de la talla de los sujetos con el Patrón de Crecimiento infantil adaptado por la Sociedad Argentina de Pediatría a partir de datos de la OMS y NCHS (2007) para Longitud/estatura según la edad y sexo. Luego se llevó a cabo el cálculo del IMC para valorar dicho resultado en las tablas de IMC/edad propuesto por el patrón de crecimiento mencionado con anterioridad. (Ver anexo N° 4).

Variable: *Estado Nutricional según evaluación de ingesta dietética*

- **FRECUENCIA ALIMENTARIA:** consiste en registrar la frecuencia con que se consumen los alimentos.⁴⁹

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario de frecuencia alimentaria (ver Anexo N° 5/Apartado “Hábitos alimentarios”). Dicho cuestionario estuvo estructurado en base a los grupos de alimentos propuestos por las Guías Alimentarias para la población Argentina, y en función a los nutrientes fuentes que representa a cada uno de estos grupos.

El cuestionario fue administrado por las encuestadoras y se interrogó sobre la cantidad, tamaño de porciones y frecuencia con la que se consume cada alimento que está incluido en el mismo.

El tamaño de las porciones de alimentos se estableció según lo propuesto en el Atlas de Alimentos.⁶⁴

Variable: *Abuso de drogas (marihuana y/o cocaína)*

Técnica: Encuesta

Instrumento: cuestionario semi-estructurado (ver anexo N° 5/ Apartado “Datos sobre abuso de drogas”). Dicho cuestionario contuvo preguntas acerca de motivo de inicio, antecedentes familiares de consumo, tipo de droga, frecuencia y cantidad consumida y tiempo de abuso.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primera instancia se solicitó el permiso correspondiente a la autoridad del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad para llevar a cabo el presente trabajo de investigación. (Ver anexo N°6)

Luego, se solicitó la evaluación del protocolo al Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, así como la aprobación por parte de la entidad regulatoria correspondiente CIEIS/CoEIS. (Ver anexo N°7 y N°8) Este estudio fue guiado por las Normas de Buenas Prácticas Clínicas vigentes y lo establecido en la Declaración de Helsinki. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, con población vulnerable (menores de edad).

Se garantizó la confidencialidad de los participantes y se solicitó la firma de consentimiento informado a los padres o tutores de los sujetos de estudio que reunieron los criterios de inclusión así como el asentimiento por parte del menor.

PLAN DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Al finalizar la recolección de la información se procedió a ingresarla en una base de datos. Luego se llevó a cabo la codificación de la misma, la cual consistió en asignar a cada una de las categorías de las variables en estudio un número para la posterior agrupación de los datos. Seguido de ello, se procedió a realizar la tabulación de los mismos, en la cual los datos se colocaron en forma conjunta y ordenada para determinar la frecuencia de aparición de las diferentes respuestas. Posteriormente, se efectuó el proceso técnico de análisis estadístico.

Se construyeron tablas de Frecuencia absoluta y relativa para la descripción de las variables analizadas, todas ellas de carácter categórico. Luego los resultados fueron ilustrados a través de distintos tipos de gráficos, entre ellos, de torta y barra.

También se analizó la relación del IMC/Edad con el tipo de droga consumida y con el tiempo de abuso a través de la construcción de Tablas cruzadas o a Dos vías. Aquí se agrupó el IMC/Edad en tres categorías: Eutrófico, Sobrepeso/ Obesidad y Riesgo de Bajo peso/Bajo Peso.

Para la verificación de la hipótesis planteada se realizó una *Prueba de proporción* empleando el programa Infostat.

RESULTADOS

El presente trabajo de investigación fue realizado en una población de 40 niños y adolescentes entre 8 y 15 años de edad de ambos sexos, que hicieron abuso de marihuana y/o cocaína, que asistieron al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba, y que formaron parte de la base de datos del Servicio de Toxicología de dicha Institución desde el año 2012 hasta el 2014.

FACTORES PERSONALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

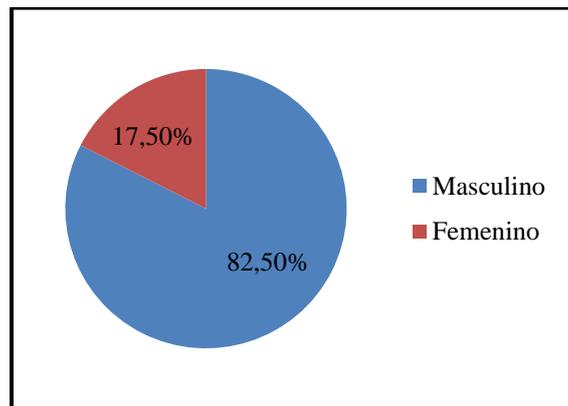


Figura N°1: Distribución porcentual según Sexo

De los niños y adolescentes que participaron del estudio, el 82,5% correspondió al sexo masculino, en tanto, el 17,5% al femenino.

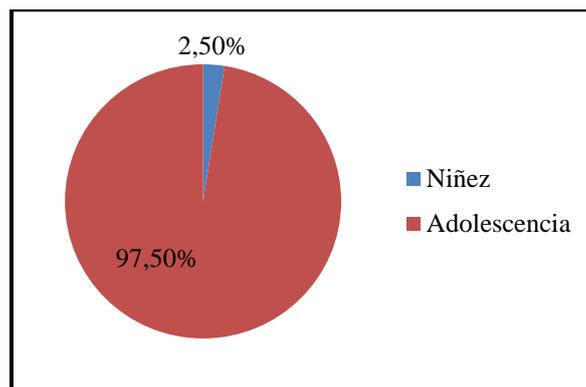


Figura N°2: Distribución porcentual según Etapa del Desarrollo

De la población estudiada, la mayoría correspondió al período de Adolescencia con el 97,5%; mientras que sólo el 2,5% perteneció al de la Niñez.

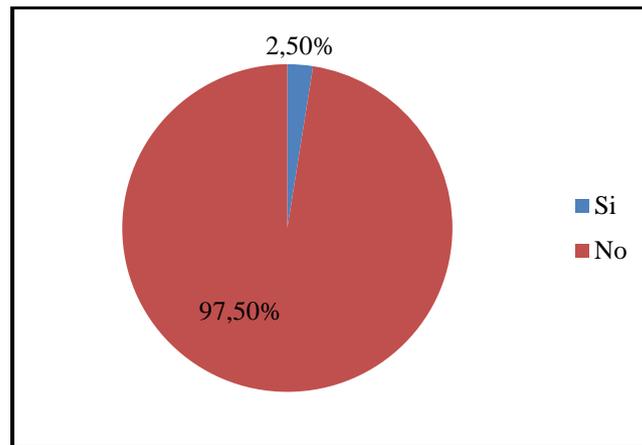


Figura N°3: Distribución porcentual según Presencia de patología o problema de salud

Se observó que gran parte de la población estudiada no presentó ninguna patología (97,5%), sólo uno de los sujetos en estudio (2,5%) tuvo como problema de salud, Anemia crónica.

FACTORES CONTEXTUALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

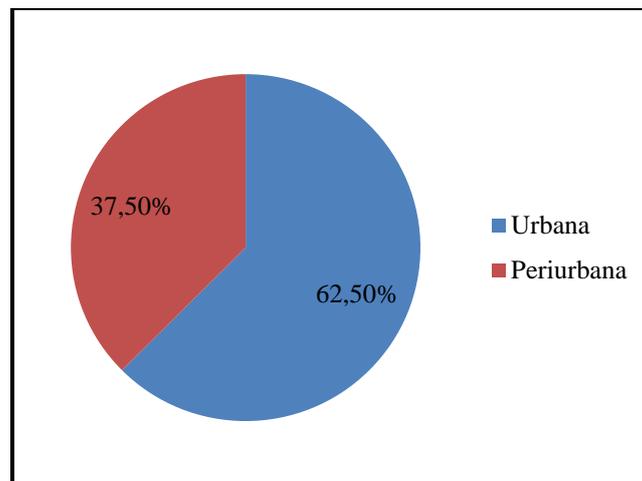


Figura N°4: Distribución porcentual según Lugar de residencia

De los niño/as y adolescentes que fueron estudiados, el 62,5% residía en zona urbana y el 37,5% en zona periurbana. No se registraron sujetos de estudio que residieran en zona rural.

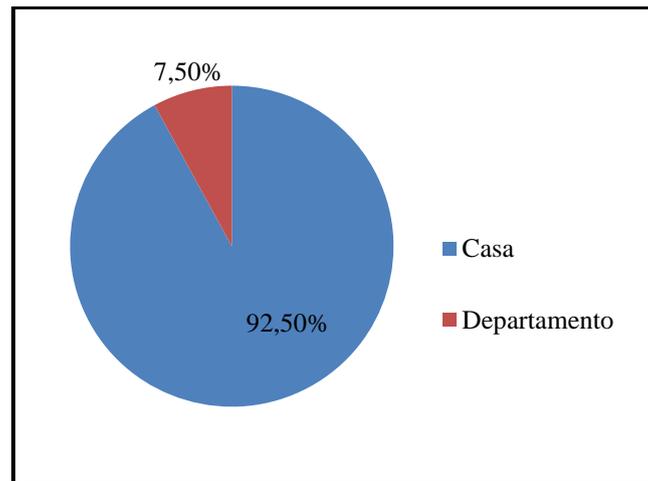


Figura N°5: Distribución porcentual según Tipo de vivienda

El tipo de vivienda que predominó fue la casa (92,5%), mientras que el 7,5% correspondió a Departamento. No se encontraron sujetos que residieran en casilla, rancho, inquilinato/conventillo, cuartos de hotel/pensión u otros.

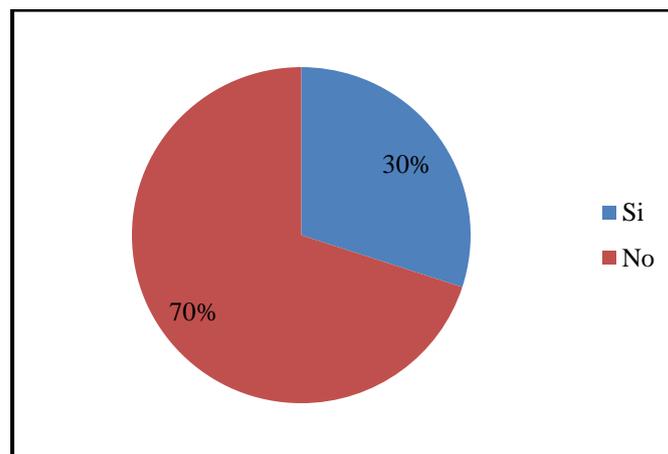


Figura N°6: Distribución porcentual según Presencia de Hacinamiento

De los hogares de los niño/as y adolescentes estudiados, en el 70% de los casos no se observó presencia de Hacinamiento, mientras que en el 30% restante, sí.

FACTORES SOCIALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

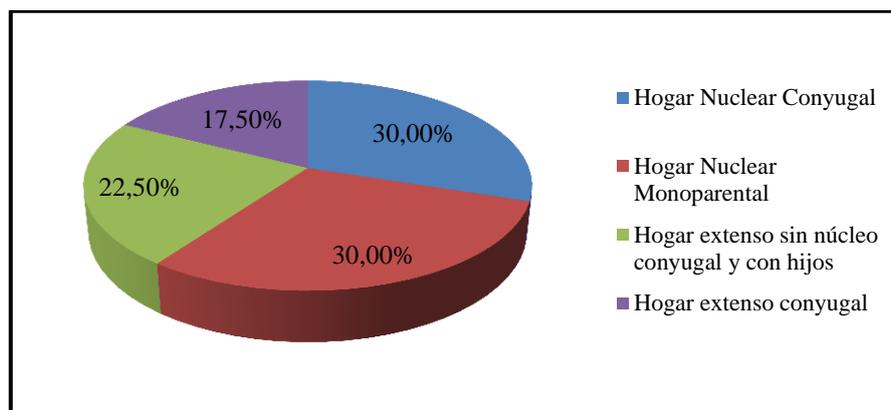


Figura N°7: Distribución porcentual según Tipo de Familia

En relación a la familia, el tipo que predominó fue el “Hogar Nuclear Conyugal” junto con el “Hogar Nuclear Monoparental”, ambos representados con el 30%. Mientras que el “Hogar Extenso Conyugal” fue el tipo de familia con menor porcentaje (17,5%). Los hogares extenso y sin núcleo conyugal y sin hijos, unipersonales y de co-residencia no tuvieron frecuencia de aparición.

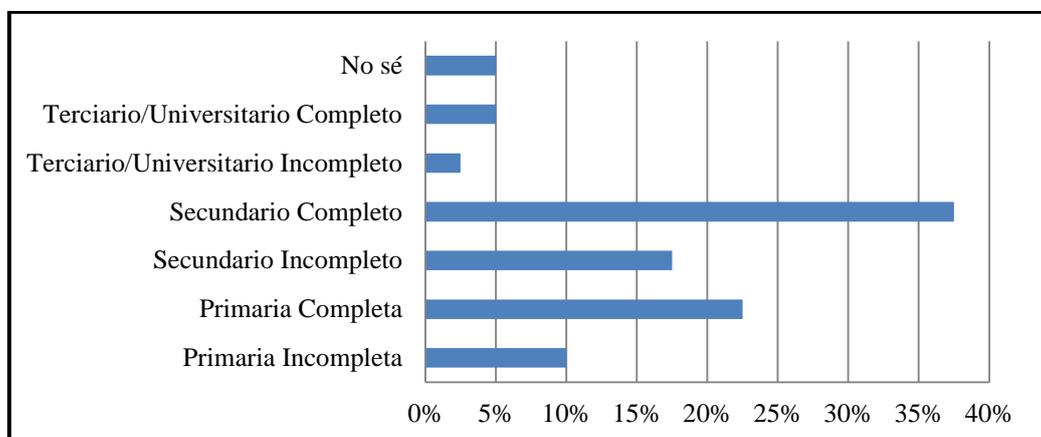


Figura N°8: Distribución porcentual según Nivel educativo del padre/madre/tutor

El Nivel educativo alcanzado por el padre/madre/tutor del niño/a o adolescente correspondió, en su mayor parte, a Secundario completo siguiéndole el Primario completo, con el 37,5% y 22,5% respectivamente. En relación al nivel Terciario/Universitario sólo el 5% lo había completado y el 2,5% no lo había finalizado.

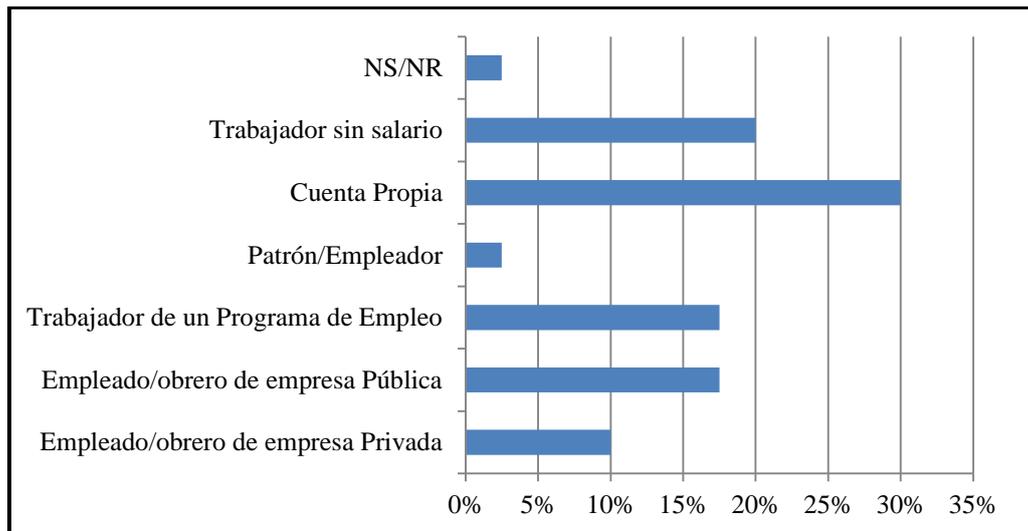


Figura N°9: Distribución porcentual según Ocupación laboral del padre/madre/tutor

En cuanto a la ocupación laboral que poseía el padre/madre/tutor del niño/a o adolescente, se encontró que la labor por “Cuenta propia” fue la que predominó con el 30%, siguiéndole el “Trabajo sin salario” con el 20%. Mientras que sólo el 2,5% correspondió a la labor de “Patrón o Empleador”.

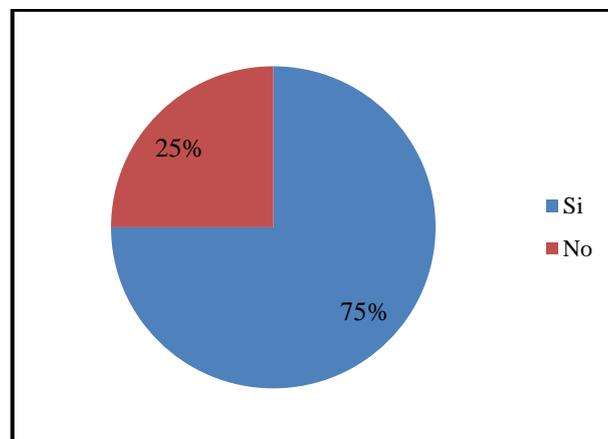


Figura N°10: Distribución porcentual según Escolaridad del niño o adolescente

En relación a la Escolaridad, se observó que la mayoría de los niño/as o adolescentes estaban escolarizados (75%), mientras que el 25% no asistía a la escuela.

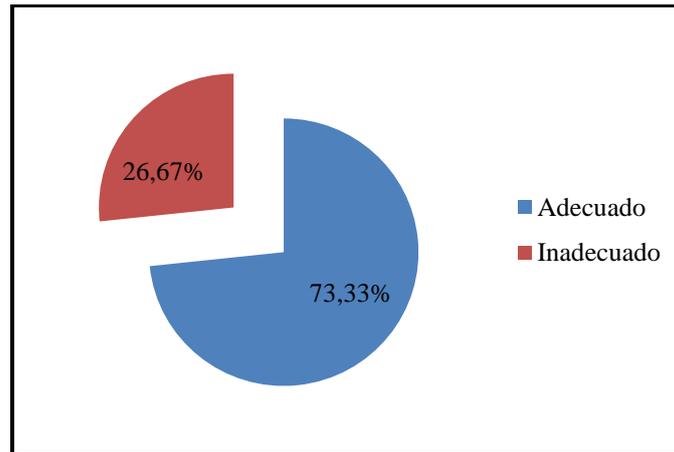


Figura N°11: Distribución porcentual según Nivel Educativo del niño o adolescente

De los niño/as y adolescentes escolarizados, el 73,3% presentó un nivel educativo adecuado para su edad; en tanto el 26,7% correspondió a un nivel educativo inadecuado para su edad.

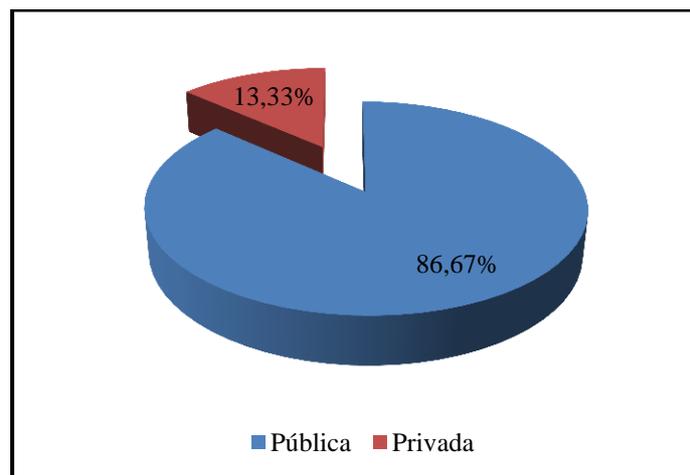


Figura N°12: Distribución porcentual según Tipo de Institución Educativa

La Institución educativa pública fue el tipo de Institución al que asistieron en mayor parte los sujetos de estudio, representado por el 86,7%. El 13,3% de los sujetos estudiados asistían a instituciones privadas.

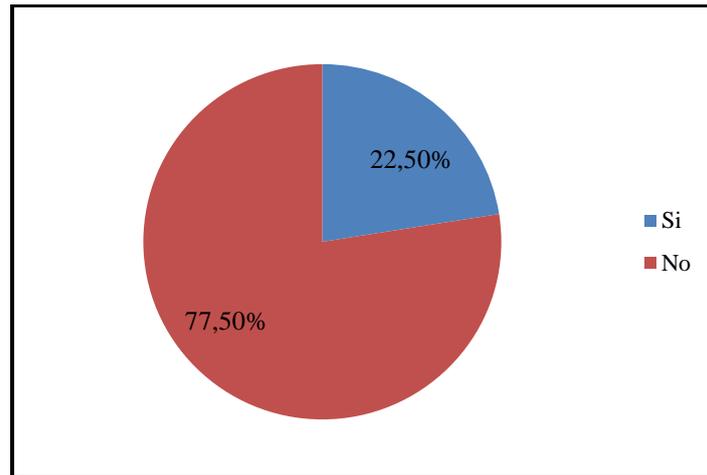


Figura N°13: Distribución porcentual según existencia de Trabajo en el niño o adolescente

La presencia de trabajo en los niño/as y adolescentes estudiados, estuvo representada por un 22,5%, en tanto el 77,5% restante no realizaba ningún tipo de trabajo.

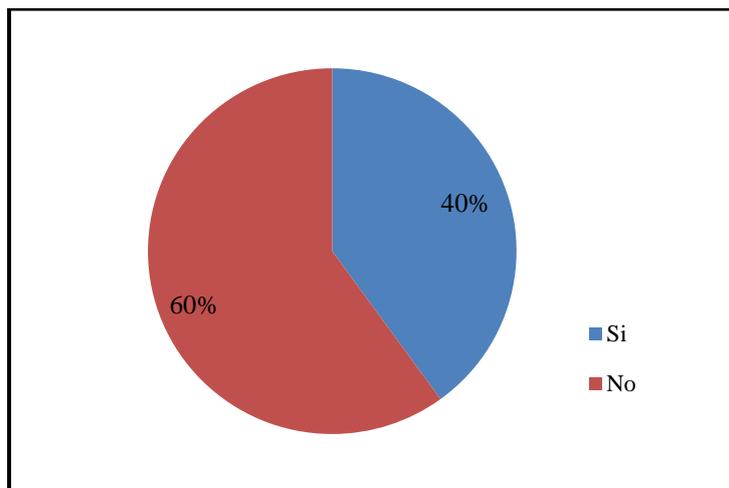


Figura N°14: Distribución porcentual según Realización de actividad recreativa/deportiva del niño o adolescente

Se observó que, en relación a la Actividad Recreativa y/o Deportiva, menos de la mitad de los sujetos estudiados (40%) realizaban algún tipo de actividad.

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

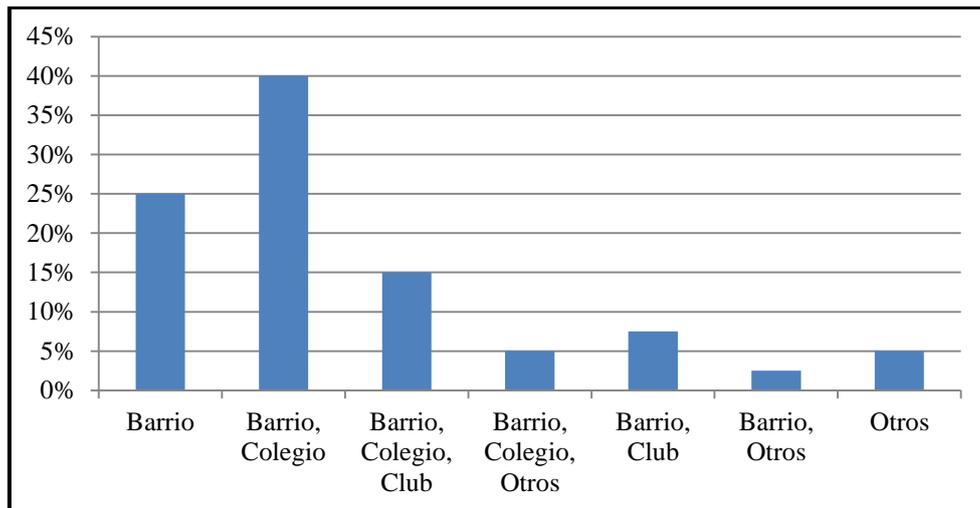


Figura N°15: Distribución porcentual según Procedencia del Grupo de Pares

De los niño/as y adolescentes estudiados, el 100% refirió haber tenido amigos. En relación a la procedencia de los mismos, la mayor parte fueron provenientes del “Barrio y del Colegio” representado por el 40%.

CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

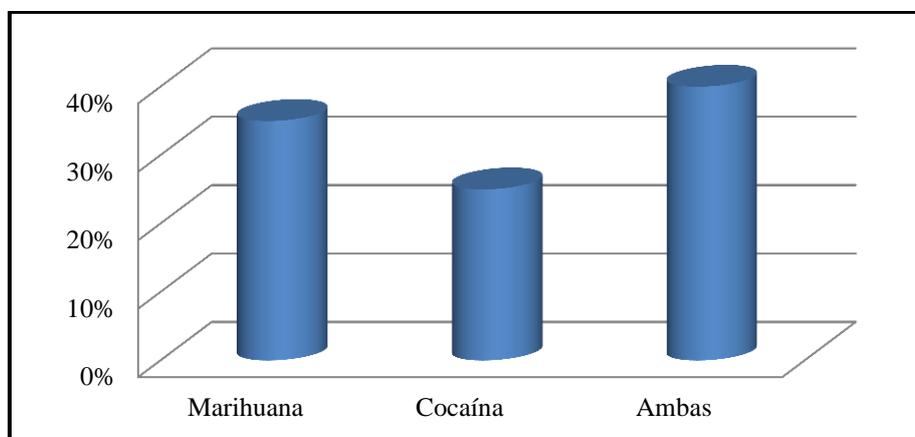


Figura N°16: Distribución porcentual según Tipo de droga consumida

Del total de los niño/as y adolescentes estudiados, 35% consumió marihuana, 25% cocaína y 40% ambas.

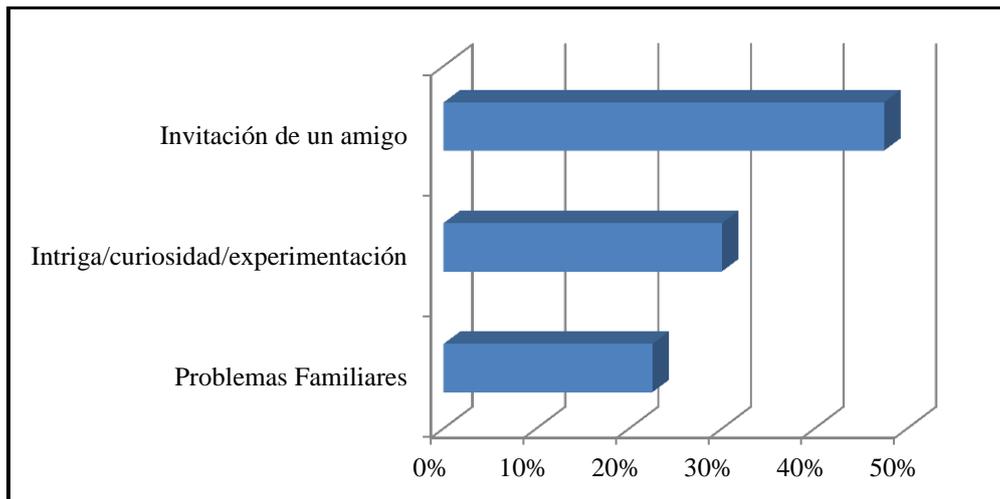


Figura N°17: Distribución porcentual según Motivo de inicio de consumo

El principal motivo de inicio al consumo de drogas en la población estudiada correspondió a “Invitación de un amigo”, representado éste por el 47,5%. La “Intriga/curiosidad/experimentación” fue el segundo motivo más expresado que los llevó a consumir (30%). Por último, los “Problemas familiares” representaron un 22,5%.

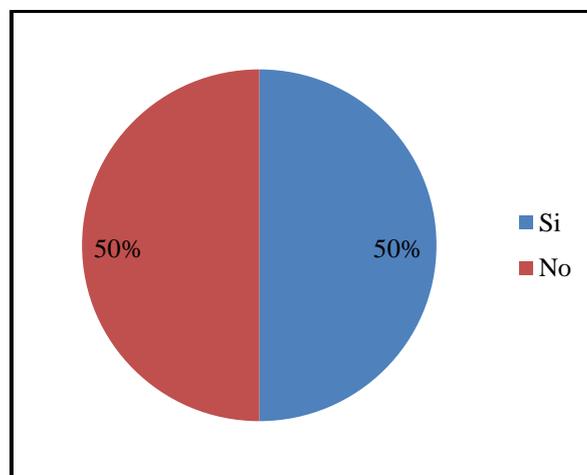


Figura N°18: Distribución porcentual según Antecedentes familiares de consumo

La mitad (50%) de los niños y adolescentes que consumían refirieron haber tenido antecedentes familiares de consumo.

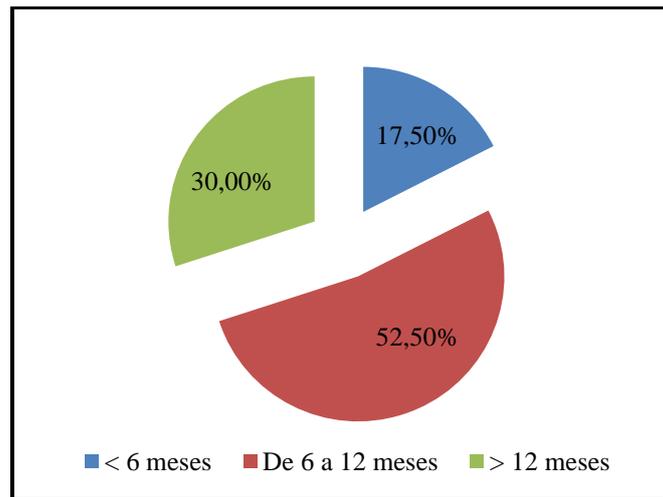


Figura N°19: Distribución porcentual según Tiempo de abuso

Con respecto al Tiempo de abuso, más de la mitad de la población estudiada (52,5%) presentó un consumo habitual de drogas de entre 6 a 12 meses, el 30% mayor a 12 meses; mientras que el 17,5% presentó un tiempo de abuso menor a 6 meses.

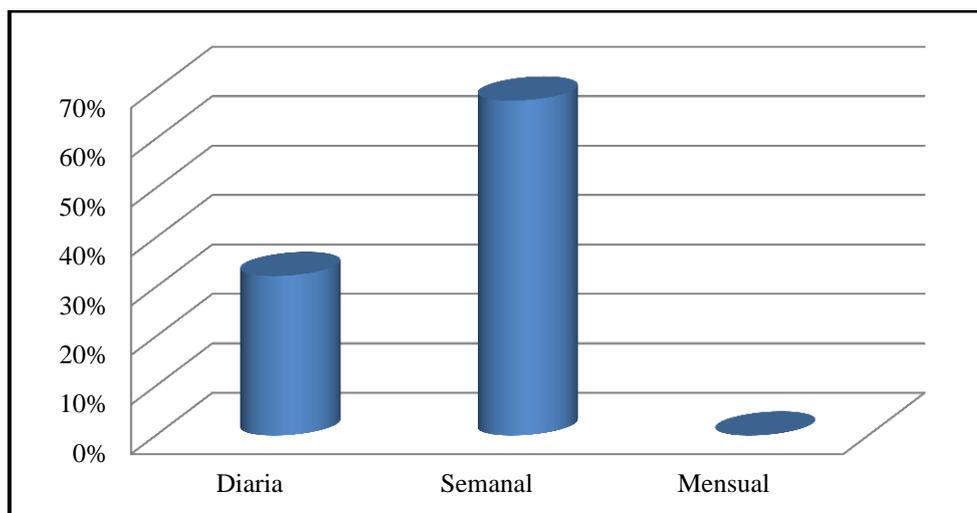


Figura N°20: Distribución porcentual según Frecuencia de Consumo de Marihuana

La Frecuencia de consumo de marihuana en los niño/as y adolescentes estudiados, estuvo representado con el 67,7% por el consumo Semanal y el 32,3% por el consumo Diario. No se observó en los sujetos de estudio una frecuencia de consumo mensual.

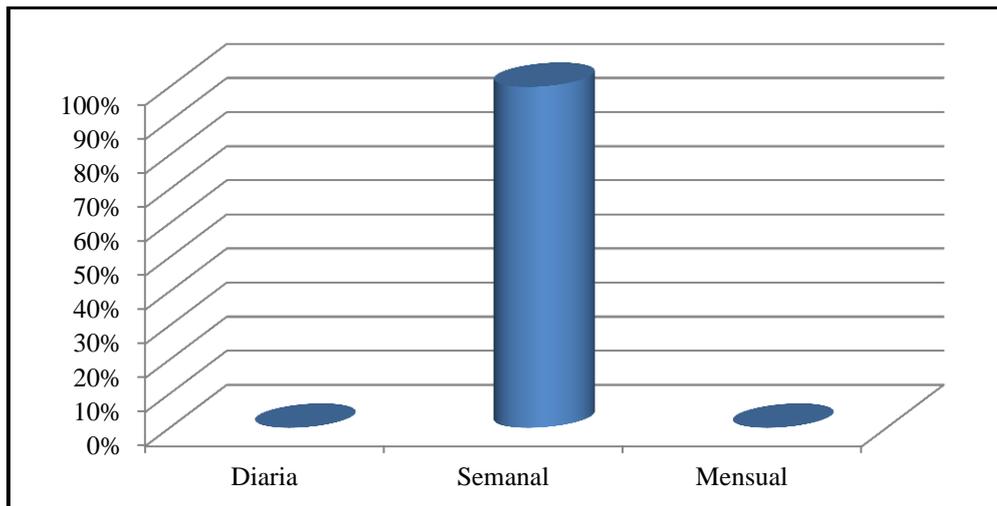


Figura N°21: Distribución porcentual según Frecuencia de Consumo de Cocaína

La frecuencia de consumo de cocaína en los niño/as y adolescentes estudiados, estuvo representada con el 100% por el consumo Semanal. No se registró frecuencia de consumo Diario ni Mensual.

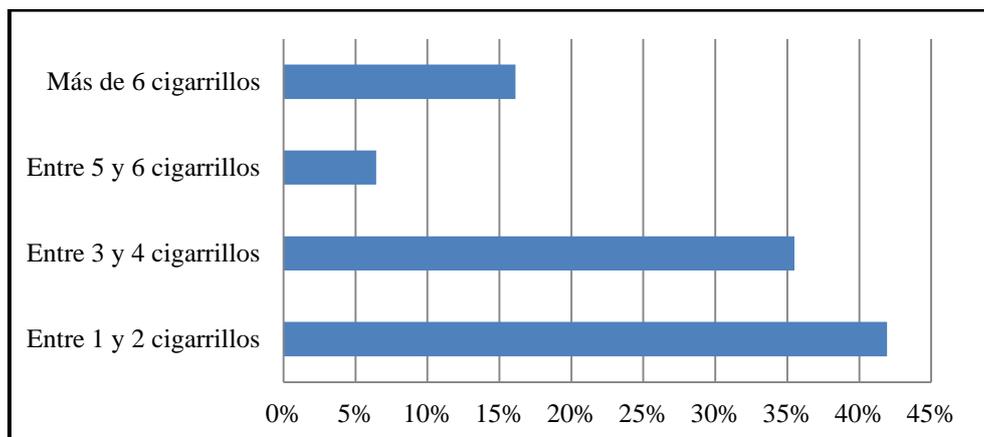


Figura N°22: Distribución porcentual según Cantidad Consumida de Marihuana

En cuanto a la cantidad consumida de marihuana, se encontró que el mayor consumo estuvo comprendido entre “1-2 cigarrillos” representado por el 41,93%. A dicho consumo le siguió entre “3-4 cigarrillos” con el 35,5%. Finalmente el consumo de “más de 6 cigarrillos” y el de entre “5-6 cigarrillos” estuvo representado por 16,12% y 6,45% respectivamente. No se registró consumo de marihuana en forma de galletas o tortas en los sujetos de estudio.

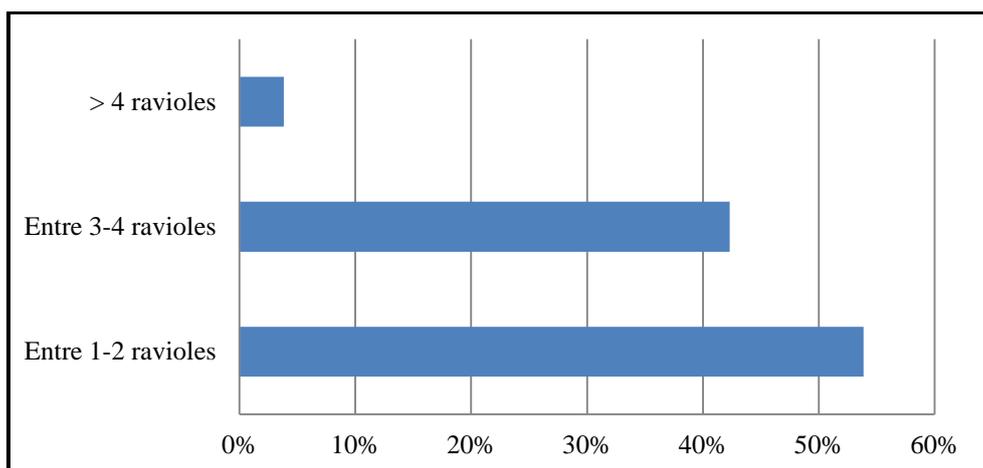


Figura N°23: Distribución porcentual según Cantidad Consumida de Cocaína

La cantidad consumida de cocaína, en mayor medida, correspondió a un consumo de entre “1-2 ravelos” representado con el 53,85%. Le siguió el consumo comprendido entre “3-4 ravelos” con el 42,3% y, finalmente un consumo “mayor a 4 ravelos” que correspondió al 3,85%. No se registró consumo de cocaína en forma de ampollas en los sujetos de estudio.

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA

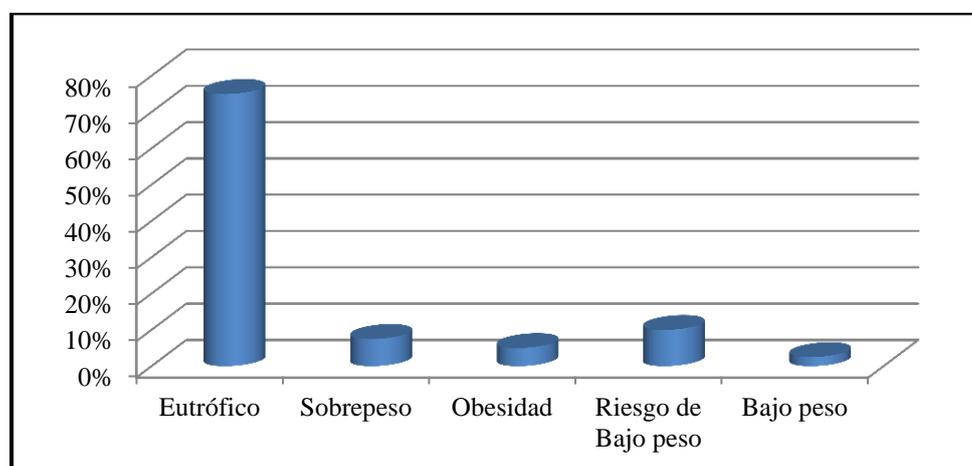


Figura N°24: Distribución porcentual según IMC/edad

En relación al IMC para la edad, se observó que la categoría “Eutrófico” fue la que predominó con el 75%; mientras que el 25% presentó alteración en dicho indicador: 10% Riesgo de bajo peso, 7,5% Sobrepeso, 5% Obesidad y 2,5% Bajo peso.

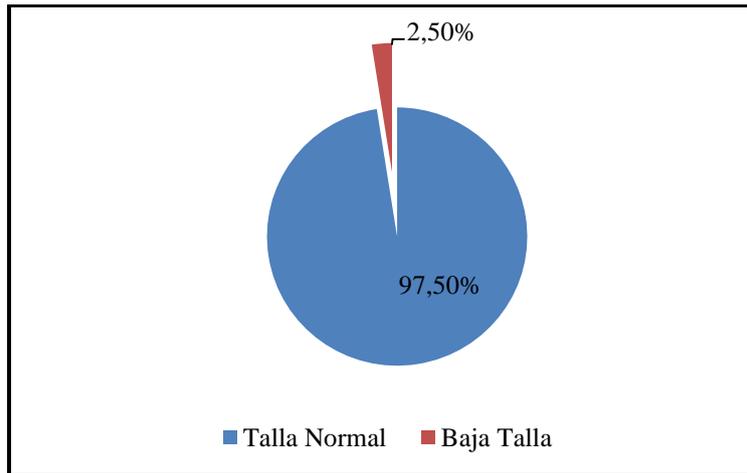


Figura N°25: Distribución porcentual según Talla/edad

En lo referente a la Talla para la edad, se observó que la mayoría de los niño/as y adolescentes estudiados no presentaban alteraciones en este indicador (97,5%). Sólo el 2,5% presentó Talla baja para la edad.

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN VALORACIÓN DE LA INGESTA DIETÉTICA

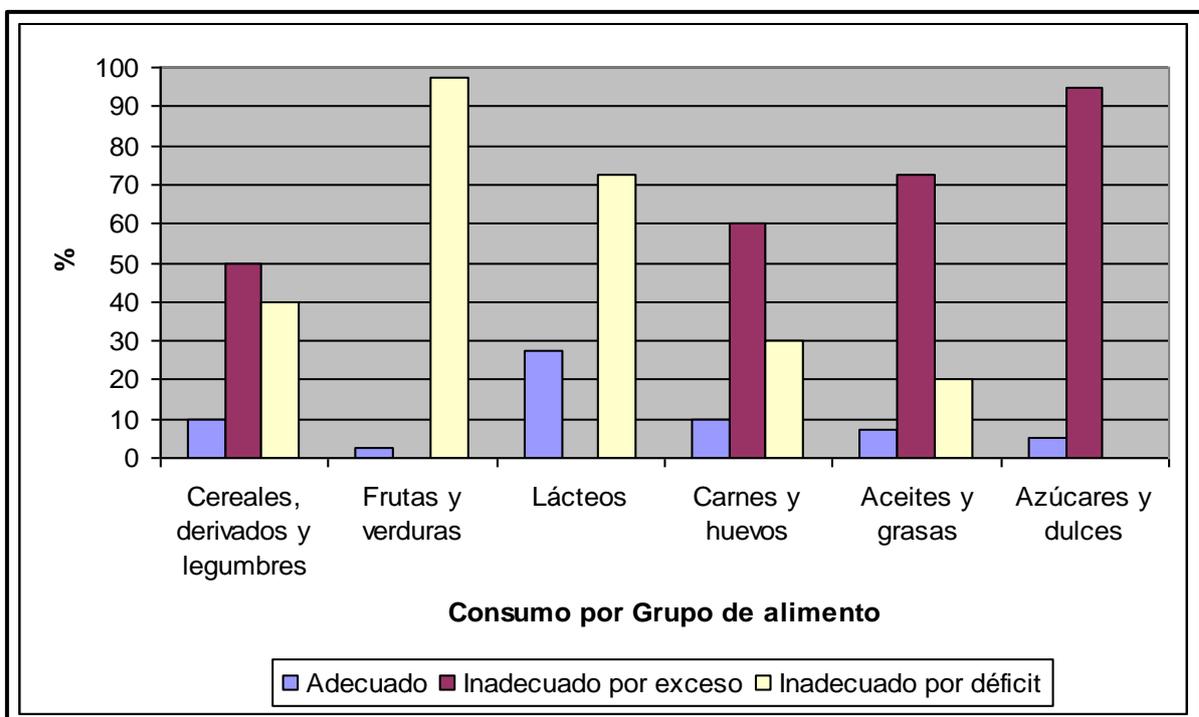


Figura N°26: Distribución porcentual según Ingesta Dietética por Grupo de Alimentos

En relación a la Ingesta Dietética que presentaron los niño/as y adolescentes, según Grupos de Alimentos clasificados por las Guías alimentarias para la población

Argentina, se observó que en mayor medida predominó un “Consumo Inadecuado” ya sea, por Déficit o Exceso.

Así, en cuanto al grupo “Cereales, derivados y legumbres” el 90% de los sujetos estudiados presentó un Consumo Inadecuado. De ellos, el 50% correspondió a un consumo inadecuado por Exceso, y el 40% restante a un consumo inadecuado por Déficit. Sólo el 10% de dichos sujetos, presentó un consumo Adecuado de este grupo de alimentos.

En el grupo “Frutas y Verduras” se encontró un porcentaje significativo correspondiente a un consumo inadecuado por Déficit (97,5%). Sólo el 2,5% presentó un consumo Adecuado.

En relación al grupo “Leche, yogur y quesos” el consumo inadecuado por Déficit fue lo que caracterizó a la población estudiada, representado éste, por el 72,5%. Mientras, que el 27,5% representó un consumo adecuado.

En cuanto al grupo “Carnes y huevos” se observó que más de la mitad de la población estudiada, el 60%, tuvo un consumo inadecuado por Exceso. El 30% correspondió a un consumo inadecuado por Déficit; y sólo el 10% a un consumo Adecuado.

Con respecto al grupo “Aceites y grasas”, se halló que el 92,5% correspondió a un consumo inadecuado, del cual el 72,5% representó a un consumo inadecuado por Exceso. Tan sólo el 7,5% presentó un consumo Adecuado de dicho grupo de alimentos.

Por último, en lo que hace al grupo “Azúcares y dulces”, se registró que el 95% de los sujetos en estudio presentó un consumo inadecuado por Exceso; tan sólo el 5% tuvo un consumo adecuado.

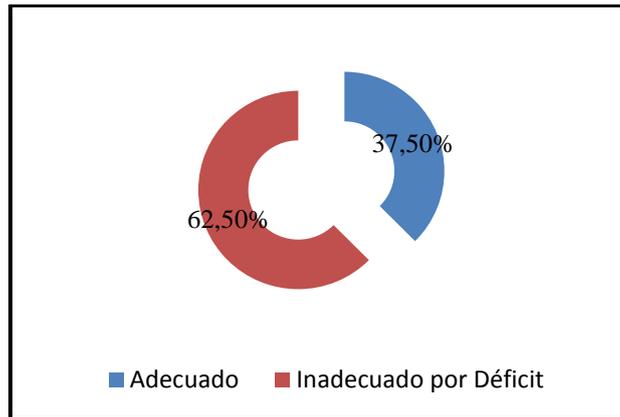


Figura N°27: Distribución porcentual según Consumo de Agua

En cuanto al consumo de agua, se observó que la mayor parte (62,5%) presentó una Ingesta Inadecuada por déficit; es decir que su consumo fue menor al recomendado por las Guías Alimentarias para la población Argentina. En tanto, el 37,5% presentó un consumo adecuado.

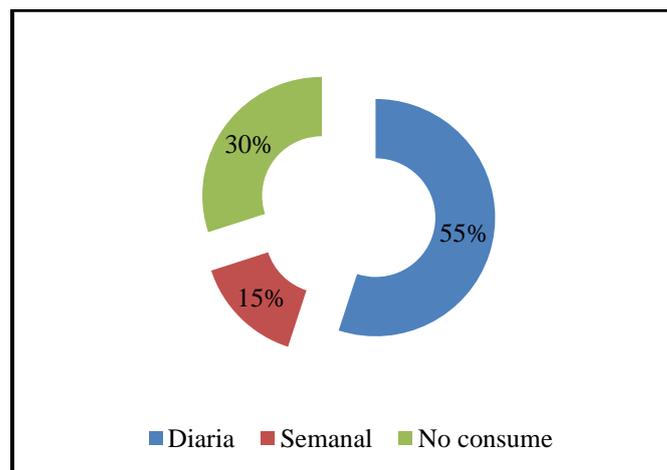


Figura N°28: Distribución porcentual según Frecuencia de consumo de Jugos

La frecuencia de consumo de jugos, en los niño/as y adolescentes estudiados, correspondió a Diaria con el 55%, Semanal con 15%; mientras que el 30% refirió no consumir este tipo de bebidas.

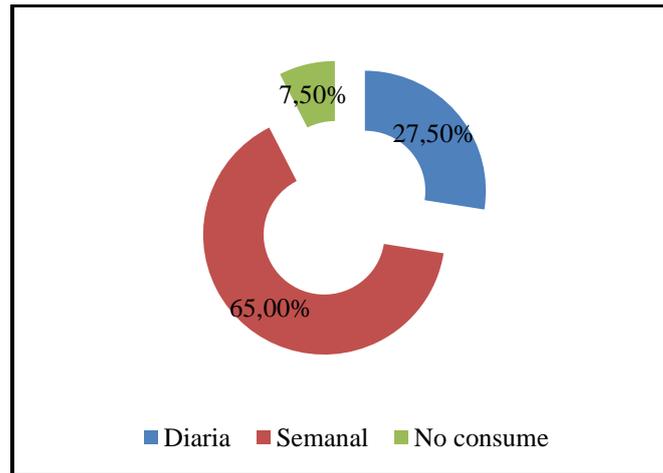


Figura N°29: Distribución porcentual según Frecuencia de consumo de Gaseosas

La frecuencia de consumo de gaseosas en los sujetos estudiados, correspondió a la Semanal con el 65% y Diaria con el 27,5%. El 7,5% refirió no consumir este tipo de bebidas.

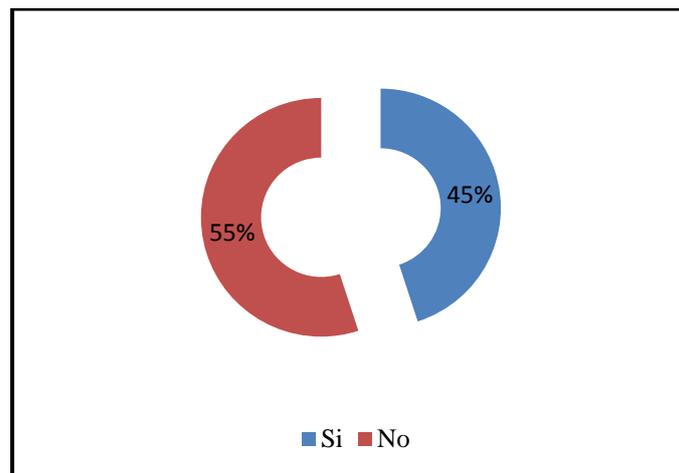


Figura N°30: Distribución porcentual según Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol en los niño/as y adolescentes estudiados, representó el 45% del total de los mismos, mientras que el 55% refirió no consumir bebidas alcohólicas.

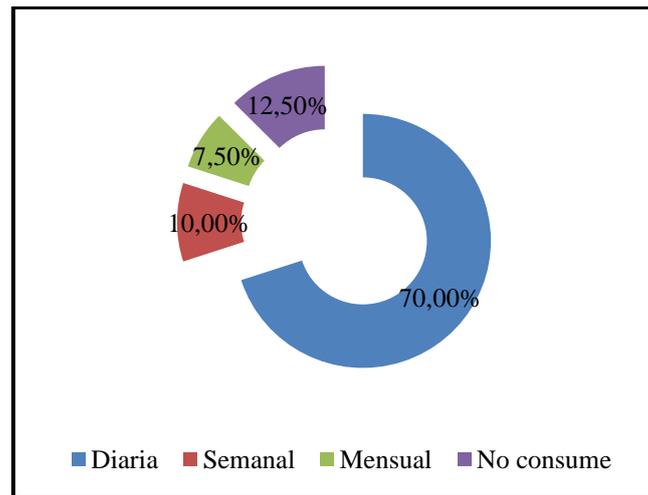


Figura N°31: Distribución porcentual según Frecuencia de consumo de Infusiones

El 70% de los niño/as y adolescentes refirieron una frecuencia de consumo Diaria de infusiones (Té, Mate cocido, Café, Mate cebado), el 10% semanal, el 7,5% mensual y el 12,5% manifestó no consumirlas.

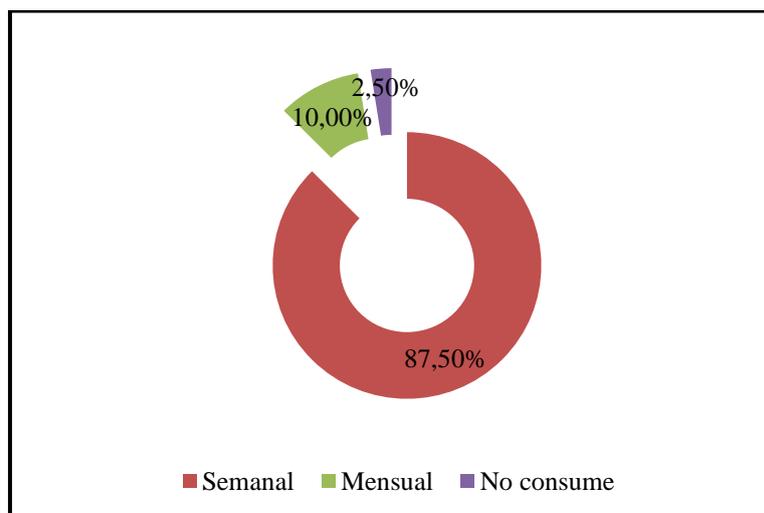


Figura N°32: Distribución porcentual según Frecuencia de Consumo de Comidas rápidas.

En lo referido a la Ingesta de comidas rápidas entre los niño/as y adolescentes, la frecuencia de consumo más observada fue la Semanal, representada con el 87,5%, siguiéndole la mensual con el 10%. Sólo el 2,5% manifestó no consumir este tipo de comidas. No se registró en los sujetos de estudio una frecuencia de consumo Diaria.

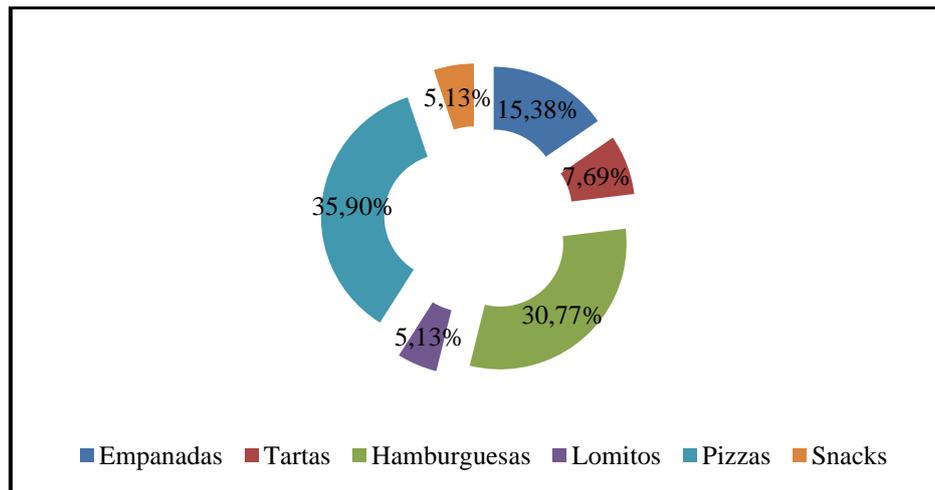


Figura N°33: Distribución porcentual según Tipo de Comidas rápidas

El tipo de comida rápida de mayor consumo por la población estudiada correspondió a las pizzas seguidas de las hamburguesas, con 35,9% y 30,77% respectivamente. El menor consumo registrado fue para los lomitos y Snacks, ambos representados con el 5,13%.

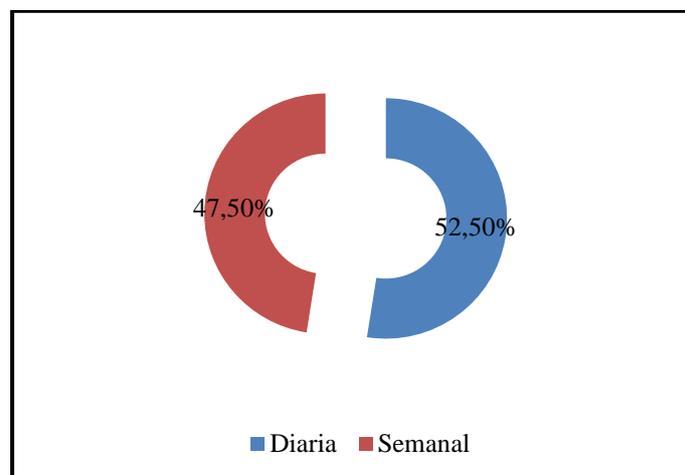


Figura N°34: Distribución porcentual según Frecuencia de consumo de frituras

Se observó en los niño/as y adolescentes estudiados, una similitud en la frecuencia Diaria y Semanal en relación al consumo de frituras por parte de la misma, con 52,5% y 47,5% respectivamente. No se registró frecuencia de consumo Mensual.

ESTADO NUTRICIONAL Y CONSUMO DE DROGAS

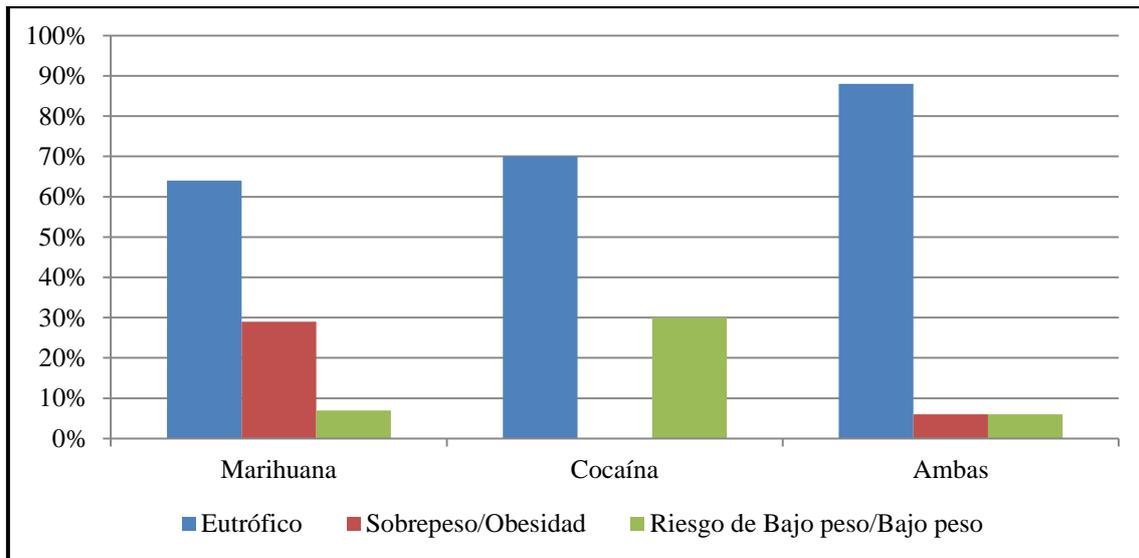


Figura N°35: Distribución porcentual del Estado Nutricional según IMC/edad en relación al Tipo de droga consumida

Se pudo observar que la mayoría de los sujetos en estudio que consumieron marihuana, cocaína o ambas estuvieron Eutróficos. En los niño/as y adolescentes estudiados que consumieron Marihuana esta categoría estuvo representada por el 64%, en el caso de la cocaína por el 70%; y para ambas el 88%.

Del total de los sujetos de estudio consumidores de Marihuana se observó que el 29% presentó Sobrepeso/Obesidad; y sólo el 7% Riesgo de Bajo Peso/Bajo Peso.

En relación a los niño/as y adolescentes consumidores de Cocaína se encontró que ningún sujeto presentó Sobrepeso/Obesidad, mientras que el 30% presentó Riesgo de Bajo Peso/Bajo Peso.

Con respecto a los sujetos estudiados que consumían ambas drogas los resultados arrojaron que tanto la categoría Sobrepeso/Obesidad como Riesgo de Bajo peso/Bajo peso estuvieron representadas por el 6%.

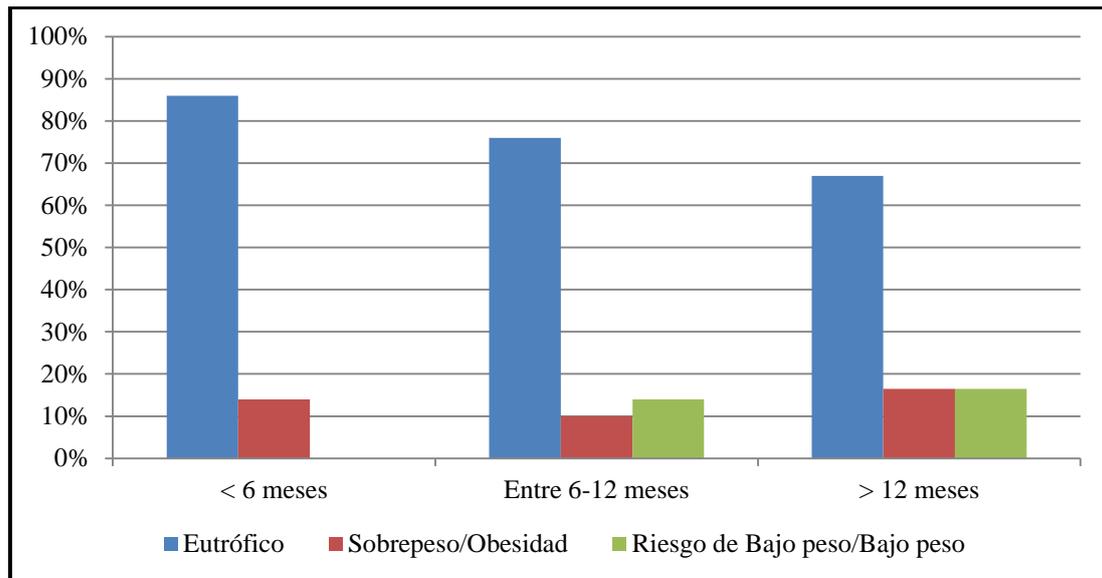


Figura N°36: Distribución porcentual del Estado Nutricional según IMC/edad en relación al Tiempo de abuso de la droga consumida

En relación al Estado Nutricional según Tiempo de abuso de la droga consumida en los sujetos estudiados, se observó que conforme avanza el tiempo de abuso de la droga van disminuyendo la cantidad de sujetos Eutróficos.

En el tiempo de abuso menor a 6 meses se encontró que la mayoría de los sujetos (86%) estuvieron Eutróficos, en tanto el 14% presentó Sobrepeso/Obesidad.

Con respecto al período comprendido entre 6 y 12 meses se observó que el 76% de los sujetos en estudio estuvieron Eutróficos, el 10% con Sobrepeso/Obesidad y el 14% con Riesgo de Bajo peso/Bajo peso.

Por último, en relación al período mayor a 12 meses, los resultados arrojaron que el 67% de los niño/as y adolescentes estudiados estaban Eutróficos; en tanto las categorías Sobrepeso/Obesidad y Riesgo de Bajo peso/Bajo peso estuvieron representadas ambas por el 16,5%.

DISCUSIÓN

En la actualidad, una de las problemáticas más significativas que afectan a la región de América Latina y el Caribe es la referida a las drogas.⁶⁸ De ahí que tal fenómeno resulte ser una de las temáticas más urgentes para abordar desde los distintos ámbitos en los cuales tal situación tiene inferencia inmediata, y en este escenario, la Nutrición no sería una disciplina ajena para ejercer un importante rol frente a esta problemática que se ha tornado en una preocupación para la Salud Pública.

El proceso de globalización ha incrementado el comercio y el consumo de drogas en diferentes tipos de población, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida y de las condiciones de salud de sus habitantes en todo el mundo.⁶⁸ Sin embargo, la adolescencia constituye un período de especial vulnerabilidad con relación al consumo de drogas⁶⁹, por lo que se trata de una etapa de transición llena de ambigüedades e incertidumbres.

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática creciente en la población juvenil. La edad de inicio de consumo de las mismas disminuye cada año según lo que evidencian diversos estudios.^{69, 70}

Los sujetos que hacen abuso de drogas en general, representan un sector de la población que se encuentran en situación de riesgo nutricional.⁴

A partir de ello, el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer el Estado Nutricional de los niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína.

De la muestra estudiada, se observó que la mayoría de los niños y adolescentes eran de sexo masculino y, en menor medida al femenino. Según un estudio realizado en Argentina (2013), se encontraron datos similares a los del presente trabajo al relacionar el sexo con el consumo de sustancias, observándose en el mismo, mayor prevalencia de consumo en el sexo masculino que en el femenino.⁷¹ Otras investigaciones realizadas a nivel internacional, coinciden con dichos resultados.^{72, 73, 74}

En el presente trabajo, los resultados arrojaron que el consumo de sustancias predominó en los adolescentes por sobre los niños. Sin embargo, en un estudio realizado en el Conurbano Bonaerense (2004) se encontró que el consumo de sustancias psicoactivas

no comienza necesariamente con la Adolescencia, sino que puede encontrarse en niños de menor edad.⁷⁵

Más de la mitad de los sujetos en estudio residía en zona urbana y en menor medida en zona periurbana; sin embargo la mayor parte de los niño/as y adolescentes habitaba en casa como tipo de vivienda y una menor proporción lo hacía en departamento.

Desde hace mucho tiempo la pobreza ha sido asociada al incremento en los niveles de prevalencia de consumo de drogas. Dicha probabilidad se incrementa conforme a la condición económica de la familia, condiciones precarias de vivienda y fenómenos como el hacinamiento.⁷⁶ En la presente investigación, se encontró que en la mayoría de los hogares no se vivía en condiciones de hacinamiento.

La familia no es un factor ajeno al abuso de drogas que los niños/as y adolescentes practican. Se constituye en el primer ámbito de prevención e intervención para trabajar esta problemática que hoy, se ha convertido en una preocupación para la Salud Pública.

La estructura familiar como las creencias, valores, hábitos y los patrones que allí se desarrollen, tienen gran influencia sobre el comportamiento y los patrones de consumo de los niños y adolescentes.^{77, 78} En el presente trabajo se encontró que el Hogar nuclear conyugal junto con el Hogar nuclear monoparental fueron los tipos de familia que más predominaron. Así, en un estudio llevado a cabo en México (2001), se determinó que el índice de uso de drogas era menor entre los niños, las niñas y los adolescentes que vivían en familias intactas (3.4% habían usado drogas), y que se incrementaba cuando se trataba de familias uniparentales (7.1%), cuando la familia había sido reconstruida (15.6%), cuando el menor había formado su propia familia en la calle (28%) y alcanzaba su máxima expresión en el caso de los menores que no vivían en familia.⁷¹

En cuanto al Nivel de escolaridad/instrucción de los padres o tutores de dichos niños y adolescentes, se han encontrado antecedentes de un estudio realizado en Colombia (2010) donde pone en evidencia que el bajo nivel de escolaridad de los padres es señalado como factor de riesgo por quienes encontraron que existe un perfil de vulnerabilidad predictivo del consumo de drogas en hijos adolescentes.⁷⁹

El nivel educativo alcanzado con mayor porcentaje por el padre/madre/tutor de los niño/as o adolescentes estudiados correspondió a secundario completo, siguiéndole el

primario completo. En relación al nivel Terciario/Universitario se observó una frecuencia de aparición muy escasa. En tanto, según una investigación llevada a cabo en Ecuador (2005), se observó en relación a la escolaridad de los padres, que el 51,1% de los tutores de los encuestados habían terminado la instrucción primaria, el 35% aprobó la secundaria y el 13,3% son profesionales.⁸⁰ Mientras que un estudio llevado a cabo en la Universidad de Salamanca (2013), puso en evidencia que no se encontraron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad de los padres/tutores y el abuso de drogas de sus hijos.⁷³

En la familia del niño/a o adolescente que hace abuso de drogas, no tan sólo influye el nivel educativo de sus padres o tutores, sino también, la ocupación laboral que ellos poseen. Así, en el presente estudio, la ocupación laboral que más predominó fue la labor por cuenta propia siguiéndole el trabajo sin salario. En Costa Rica (2000), en relación a la ocupación laboral, se observó que en su mayoría (89%) de los miembros económicamente activos/as del grupo familiar con que convive el niño o la niña, se dedican a actividades remunerativas en los sectores secundarios (sector industrial) y terciarios (servicios públicos y profesionales).⁷⁷

La escuela constituye una entidad social importante a tratar como factor protector para el consumo de drogas.^{71, 79} En el presente trabajo, se indagó acerca de la escolaridad, nivel educativo y tipo de Institución educativa a la cual asistían los niño/as o adolescentes. Se obtuvo que las tres cuartas partes de la población en estudio estaba escolarizada. De quienes estaban escolarizados, la mayoría presentó un nivel educativo adecuado para su edad. En cuanto a la Institución educativa a la que asistían, que gran parte lo hacía en un establecimiento público.

Si bien la mayoría de los sujetos en estudio presentó un nivel educativo adecuado, lo que correspondió a la minoría adquiere importancia significativa, por cuanto en un estudio realizado en México (2013) se menciona que los problemas escolares son muy frecuentes en los niños y adolescentes que hacen abuso de drogas, siendo entre ellos, las expulsiones, suspensiones, ausentismo, bajas calificaciones, problemas de atención o violencia en la escuela, alteración de la memoria para eventos recientes, disminución de la capacidad de abstracción y razonamiento, pérdida en el interés de superación académica y personal.⁸¹ Estos resultados a nivel internacional coinciden con lo observado en un estudio realizado en las escuelas de nivel medio de la ciudad de

Córdoba (2010), donde también se evidencia que el riesgo de consumir alguna droga de abuso es 1,6 mayor en las escuelas públicas que en las escuelas privadas.⁶⁹ Sin embargo, en una investigación realizada en España (2003), no se han encontrado diferencias significativas entre el tipo de centro educativo al cual asiste el niño o adolescente y el patrón de consumo de drogas.⁷³

En cuanto al trabajo, otra de las variables estudiadas, arrojó que el mayor porcentaje de los niño/as y adolescentes no trabajaba. La incorporación de los menores al mercado laboral informal constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas.^{71, 76}

El tiempo libre y las actividades recreativas/deportivas constituyeron otro factor de análisis de gran importancia para la temática en cuestión, debido a que algunos antecedentes han relacionado la escasez de actividad recreativa y tiempos de ocio con el consumo de drogas. En la presente investigación, se ha encontrado que menos de la mitad de la muestra en estudio realizaba alguna actividad recreativa/deportiva. Estudios llevados a cabo en España (2002-2003) coinciden que gran parte del fenómeno de uso de drogas entre los adolescentes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrado en sus actividades de fin semana y en un contexto de liberación y descontrol. Esto denota, que la mayoría de quienes hacen abuso de drogas no destinan sus tiempos libres a alguna actividad deportiva/recreativa, sino, por lo contrario lo destinan a tiempos de ocio, normalmente concentrado éste en los fines de semana, momento óptimo a su vez, para el consumo masivo tanto de alcohol como de otros tipos de drogas ilegales.^{69, 82, 83}

En cuanto al consumo de drogas, del total de los niño/as y adolescentes estudiados, 35% consumió marihuana, 25% cocaína y 40% ambas. En relación a ello, diversas investigaciones dan cuenta que el consumo mayoritario, dentro de las drogas ilegales, se corresponde con la marihuana, siguiéndole el de cocaína. Así, según lo observado en una investigación en jóvenes en la ciudad de Madrid (2003) se sostiene que la droga ilegal de mayor consumo luego de la marihuana, es la cocaína, justificando que la población ha venido incrementando en los últimos años el consumo experimental de ésta, pasando de un 4,8% en 1998 a un 5,4% en el 2000.⁸² Un estudio realizado en Argentina (2010) sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en la población de 12 a 65 años, en el grupo etario comprendido entre 12 a 17 años, la prevalencia de consumo de marihuana fue del 3% y 0,4% para la cocaína.¹¹ Mientras que en un estudio realizado

en San Luis-Argentina (2006) sobre adolescentes escolarizados, se obtuvo que la sustancia de mayor consumo entre éstos correspondía al alcohol con el 32,5% siguiéndole el tabaco con el 30,5%. En lo referente a las drogas ilícitas, el 7,9% consumió marihuana, el 3,4% medicamentos, el 1,5% cocaína y porcentajes menores a estos entre solventes, inhalantes, pegamentos y otras.⁸⁴

El consumo de sustancias psicoactivas entre los jóvenes es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que son diversos los factores que pueden influir en el consumo.^{85, 86} Así, durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología en el abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas. El modelo de creencias de salud de Becker (1974) resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones, la teoría del aprendizaje de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores; en tanto los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985) analiza el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar.⁸³

A partir del trabajo realizado, se encontró que el principal motivo de inicio fue por invitación de los amigos. La intriga/curiosidad/experimentación fue el segundo motivo más significativo que los llevó a consumir.

Según dos investigaciones realizadas en adolescentes en México (2007-2013), se sostiene que el inicio se debe muchas veces por invitación o presión por parte de los compañeros de escuela y amigos, curiosidad e ignorancia de los efectos tóxicos e inseguridad personal.^{72, 81, 87}

Con respecto a la conducta del uso de drogas, son diversos los estudios que señalan que las normas sociales y el entorno inmediato del adolescente adquieren gran relevancia, así, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas.^{71, 83, 88} De este modo, según una encuesta realizada a los adolescentes en México (2001) se observó que el 64% de los menores que habían usado drogas, éstas se las había proporcionado por primera vez un amigo, y sólo a 4%, un vendedor. Así, el principal vector para la experimentación lo constituyen los mismos adolescentes.⁷¹ En

tanto a nivel local, en un estudio realizado en niños escolarizados del Conurbano Bonaerense (2004) se observó que el 30% de los encuestados afirmó haber tenido algún compañero que ha probado alguna sustancia ilegal, entre ellas marihuana y cocaína; siendo en muchos de los casos ese mismo amigo que le ofrecieron probar la sustancia ilegal.⁷⁵

En el presente estudio, se observó que la mitad de la muestra estudiada presentaba antecedentes familiares de consumo. En relación a ello, en un estudio llevado a cabo en Colombia (2004) se obtuvo que el 49% de los estudiantes que formaron parte del mismo, dicen haber tenido amigos consumidores y un 10% expresó que también sus padres lo son.⁷⁴ En otra investigación a nivel nacional, Buenos Aires (2005) se supo que el 20% de los adolescentes entre 12 y 15 años tenía amigos que consumían alguna droga ilegal y un 5% había manifestado que algún familiar la consumía.⁷⁵

El hecho de que en la familia no haya antecedente alguno de consumo de drogas es un factor protector, al igual que la existencia de un buen vínculo afectivo entre los miembros constituyentes de la misma.⁷⁹

Con respecto al tiempo de abuso el presente trabajo mostró que más de la mitad de la población estudiada presentó un consumo habitual de drogas de entre 6 y 12 meses, mientras que en menor porcentaje se observó un tiempo de abuso menor a 6 meses. En tanto, en lo referido a la frecuencia de consumo, se observó que predominó la frecuencia semanal tanto para la marihuana como para la cocaína. Dichos resultados arrojaron datos similares al de un estudio realizado en adolescentes en Venezuela (2007), donde en relación a la frecuencia de consumo de drogas ilícitas predominó la semanal (2-3 veces por semana); siguiéndole la diaria y la mensual respectivamente.⁸⁹ En tanto en un estudio realizado en Argentina (2006) no se obtuvieron similitudes en relación a la frecuencia de consumo, por cuanto de la totalidad de adolescentes que consumen drogas la mayoría lo hace diariamente.⁸⁴

Según el artículo “Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas” realizado en España (2003), el consumo de cannabis suele ser exclusivo del fin de semana, casi siempre unido al del alcohol, y no pocas veces al de cocaína y éxtasis, aunque existen ciertos círculos de jóvenes que mantienen durante el resto de la semana el uso de este tipo de drogas en diversos ambientes.⁸²

Por último, en cuanto a la cantidad de droga consumida, se observó en el presente trabajo de investigación, que el mayor consumo estuvo comprendido entre 1-2 cigarrillos para la marihuana y entre 1-2 ravigoles para la cocaína; siguiéndole una cantidad de entre 3-4 cigarrillos/ravigoles.

En relación al Estado Nutricional según valoración antropométrica, se encontró que en los niño/as y adolescentes estudiados, el IMC para la edad correspondió en sus tres cuartas partes a la categoría Eutrófico; representado el resto por alguna alteración en dicho indicador, sea ésta sobrepeso, obesidad, riesgo de bajo peso o bajo peso. En cuanto a la Talla para la edad, se observó que gran parte de la muestra tenía una talla normal para su edad.

En relación al IMC para la edad, datos a nivel internacional coinciden con lo encontrado en el presente estudio. Así, en Venezuela (2003) una población de consumidores crónicos de marihuana y cocaína de 29 ± 8 años fueron evaluados antropométricamente, arrojando condiciones físicas y nutricionales dentro de rangos aceptables como normales de la población.⁹⁰ Del mismo modo, en un estudio realizado en Buenos Aires (2014), los resultados coincidieron, mostrando que prácticamente la mitad de los sujetos en estudio presentaron normopeso, y el resto sobrepeso u obesidad.⁹¹

En el presente estudio se observó que el Estado Nutricional según IMC/edad variaba en relación al Tipo de droga consumida. Así se encontró que si bien la mayoría de los sujetos estudiados que consumían marihuana, cocaína o ambas estuvieron Eutróficos, se pudieron observar diferencias puntuales según la droga consumida. Los sujetos que consumían únicamente marihuana presentaban mayormente Sobrepeso/Obesidad, en tanto, los que consumían cocaína presentaban Riesgo de bajo peso/Bajo peso en una proporción similar. Sin embargo, un estudio llevado a cabo en España (2010) sostiene que a pesar de la elevada ingesta calórica en los sujetos fumadores de marihuana, no existía sobrepeso. Una de las posibles explicaciones a esta falta de relación Ingesta-IMC, es un aumento del metabolismo basal en los consumidores de marihuana, al interaccionar el sistema endocanabinoide con el sistema adrenérgico, o al presentar un efecto directo la marihuana sobre dicho metabolismo, presentando un gasto energético incrementado en un 28 %.⁶⁰ En tanto, en un estudio realizado en Costa Rica (1998), en adolescentes recluidos en un Centro de Orientación Juvenil mostró que, en relación al estado nutricional, el mayor porcentaje (65%) presentaba un IMC acorde a su edad,

mientras que el 28% de los menores en algún momento de su estancia tuvieron déficit nutricional. En 20 de los 23 casos de desnutrición, la causa estuvo relacionada con el insuficiente aporte de nutrientes vinculado al consumo de drogas, en particular el crack. Un menor porcentaje presentaba alteración en el estado nutricional debido a un exceso ya sea sobrepeso u obesidad.⁹²

Este tipo de problemas se agudizan progresivamente a medida que se avanza en la escalada y el tiempo de consumo, lo cual se debe al progresivo deterioro físico y mental que se produce por el uso continuado de drogas. Por eso, en los primeros estadios de consumo es difícil encontrar signos de carácter nutricional indicadores de algún tipo de trastorno.⁴ En el presente trabajo de investigación se observó que los sujetos Eutróficos según IMC/edad disminuían conforme avanzaba el Tiempo de abuso de la droga. En tanto, los sujetos que presentaban Riesgo de Bajo peso/bajo peso aumentaban conforme avanzaba el tiempo de abuso de la droga.

En relación al Estado Nutricional según valoración de Ingesta Dietética por Grupos de Alimentos que presentaron los niño/as y adolescentes en el presente trabajo de investigación, se observó que en la mayoría predominó un “Consumo Inadecuado” sea éste, por Déficit o Exceso.

En términos generales, se encontró que tanto en el grupo “Cereales, derivados y legumbres”, “Carnes y huevos”, “Aceites y grasas” y “Azúcares y dulces” el mayor porcentaje correspondió a un consumo inadecuado por Exceso; en tanto en el grupo de “Frutas y verduras” y “Leche, yogur y quesos” predominó el consumo inadecuado por Déficit. De los seis Grupos de Alimentos propuestos por las GAPA, fue el de “Leche, yogur y quesos” el que presentó un mayor porcentaje dentro de la categoría “consumo adecuado”; mientras que fue el grupo de “Frutas y Verduras” el que menor porcentaje presentó en dicha categoría.

En cuanto al consumo de bebidas, se observó que el consumo de Agua fue en su mayoría Inadecuado por Déficit, es decir que su consumo fue menor al recomendado por las Guías Alimentarias para la población Argentina. Sin embargo, la mayoría de los sujetos estudiados refirió consumir “a diario” infusiones tales como té, mate cocido, café o mate cebado.

En relación a la frecuencia de consumo de Jugos y Gaseosas se observó que, en el caso de los primeros, el consumo mayoritario correspondió a una frecuencia Diaria en tanto, el consumo de gaseosas estuvo representado, en su mayor parte, por una frecuencia Semanal.

En relación a lo anteriormente expuesto, y según lo que sostiene Quintero-Febles J, Suárez-Sánchez JJ (2014), los déficits nutricionales son debido, tanto a un estilo de vida desordenado y a una falta de interés por la alimentación como a problemas específicos del consumo. El abuso de drogas predispone no sólo a desórdenes nutricionales relacionado con una ingesta deficiente de alimentos, sino también a aquellos desórdenes relacionados con el abuso de alimentos.⁹³

En el trabajo de investigación “Relación de adicciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales” llevado a cabo en Buenos Aires (2014) se llegó a la conclusión que los sujetos de la muestra que no presentaban trastornos alimentarios y que hacían abuso de drogas, sin embargo presentaban alteraciones en la ingesta alimentaria habitual observándose que, el consumo de carbohidratos era en exceso, el de proteínas era adecuado y el de grasas también, aunque, en estas últimas, predominaban las saturadas.⁹² El análisis en la ingesta alimentaria de los sujetos que hacen abuso de drogas coincide con el presente trabajo de investigación en que el consumo de carbohidratos es inadecuado por Exceso. La ingesta de proteínas en la muestra estudiada resultó Inadecuada por Déficit, debido a que el consumo de Leche, yogur y quesos en la mayoría de los sujetos no cumplía con las recomendaciones de las GAPA. En cuanto al grupo Carnes y huevos, se observó que más de la mitad de la población estudiada tuvo un consumo inadecuado por Exceso. Con respecto al consumo de grasas también se encontraron diferencias, debido a que en dicho trabajo, en lo referente al grupo Aceites y grasas se observó que gran parte de la muestra presentó un consumo inadecuado por Exceso. El consumo de comidas rápidas, fuente de grasas saturadas, fue también elevado en los sujetos estudiados presentando principalmente una frecuencia de consumo semanal. El mayor consumo le correspondió a las pizzas seguidas de las hamburguesas y las empanadas. El uso de frituras fue frecuente en estos sujetos, observándose un consumo diario y semanal de modo similar.

Según Arcan C et al. (2011) postuló que el “no uso de sustancias” se asociaba positivamente con una mejor calidad de la dieta, incluyendo un mayor consumo de

frutas y verduras, y menor ingesta de bebidas azucaradas, de alimentos altos en grasa, y de comidas rápidas. En contraste, el uso de una o múltiples sustancias guardaba relación con una dieta poco saludable.⁹⁴

Los sujetos que hacen uso de drogas tienen una forma de alimentación deficiente, lo que conduce a ingestas deficitarias o marginales y, como consecuencia de ello, estados deficitarios de algunos nutrientes, lo que determina a su vez alteraciones bioquímicas subclínicas que, en casos más graves, pueden originar la aparición de trastornos más serios con manifestaciones clínicas.⁴

Nazrul Islam SK, et al, mediante su estudio llevado a cabo en Dhaka-Bangladesh (2001) en sujetos varones de 18 a \pm 45 años de edad sobre el “Estado sérico de las vitaminas E, C y A de los adictos a drogas sometidos a desintoxicación” demostraron que los valores en suero de dichas vitaminas en estos sujetos, son significativamente más bajos que en los controles no adictos y que, en la medida que aumentaba la cantidad y variedad de drogas consumidas, mayor era la disminución de los niveles séricos de tales vitaminas.⁵⁷

Se podría inferir que el bajo consumo de Frutas y verduras y de Lácteos en general en los niño/as y adolescentes estudiados, pueda generar dichas deficiencias.

En tanto, Márquez M, et al, en Maracaibo-Venezuela (2001) llevaron a cabo una investigación para determinar en los adultos jóvenes consumidores de drogas de abuso niveles séricos de vitamina C (vitamina hidrosoluble). En dicho estudio se incluyeron a aquellos individuos consumidores de marihuana, cocaína, bazuko y crack. La muestra estuvo constituida por un grupo de 56 individuos de sexo masculino con edades comprendidas entre 16-40 años. El mismo arrojó como resultado que los niveles promedio de vitamina C estuvieron, desde el punto de vista nutricional, dentro de los límites normales, cuestión que podría atribuirse a un consumo adecuado de dicha vitamina, o bien, a la presencia de mecanismos fisiológicos compensatorios y competentes capaces de asegurar el mantenimiento de los niveles normales de la vitamina. Sin embargo es importante destacar que una cuarta parte de la población en estudio estuvo en riesgo moderado de presentar la deficiencia desde el punto de vista nutricional. El riesgo de la deficiencia propiamente dicha puede deberse a la disminución en la cantidad y variedad de alimentos consumidos, llevando a cabo una alimentación escasa en vegetales y frutas, y con preferencia por los alimentos fuentes de

carbohidratos simples y pobres en vitaminas y minerales.⁵⁵ En tanto en la población estudiada en el presente trabajo, se observó que el consumo de Frutas y verduras fue en su mayoría Inadecuado por déficit; y el consumo de Azúcares simples fue, por lo contrario, Inadecuado por exceso.

Morales Y, et al. en su estudio titulado “Efectos del Abuso de Marihuana y Cocaína en bioelementos osteoformadores” (2003) evidenció que los niveles de magnesio y calcio en sangre estuvieron por debajo, inclusive del límite inferior reportado por la literatura como niveles normales de referencia. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre consumidores de marihuana y cocaína.⁹⁰ En relación a ello, y analizando los resultados arrojados en la presente investigación, se podría decir que algunos niño/as y adolescentes que formaron parte del estudio, podrían presentar deficiencia de Calcio, debido a que el grupo de alimentos fuente de dicho micronutriente fue representado mayormente por un consumo inadecuado por déficit.

CONCLUSIÓN

Aunque el problema de las drogas ha existido a lo largo de la historia, en la actualidad, el abuso de drogas en el mundo, y puntualmente en Argentina, es una preocupación creciente por tratarse de un fenómeno complejo, cambiante y multifactorial.

La disponibilidad de las drogas ya no constituye, de ningún modo, una barrera para poder efectuar su consumo. Hoy, las drogas se encuentran “a la vuelta de la esquina”, y están al alcance de todo sujeto sin distinción de clase social, nivel económico y nivel educativo. Sin embargo, son los adolescentes los más vulnerables a ello, por constituirse la adolescencia en una etapa caracterizada por la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias con el propósito de ir formando su propia identidad. En dicha etapa, buscan alejarse de la familia y de los valores que de ella se imparten para acercarse más su grupo de pares donde en diversas ocasiones dicho acercamiento está mediado por las drogas.

A nivel nacional, numerosos son los estudios que se llevaron a cabo acerca del consumo de drogas en general. Sin embargo, la disponibilidad de dichos estudios a nivel local es escasa, especialmente los relacionados a la Nutrición. En base a ello, el presente trabajo de investigación podrá servir de base para nuevas líneas de investigación, incluso más amplias.

En relación a la población estudiada, se observó que gran proporción de quienes hacían abuso de drogas eran adolescentes y no niños, de sexo masculino, escolarizados, con un nivel educativo adecuado para la edad, con ausencia de actividad recreativa/deportiva, provenientes de una familia Nuclear conyugal al igual que una familia Nuclear monoparental y cuyos padres tenían, predominantemente, el Secundario completo como nivel educativo alcanzado.

Cabe destacar la importancia que tienen los entornos sociales en estos niños y adolescentes. La familia se constituye en la principal entidad donde se transmiten los valores, creencias y conductas que van a servir de modelo para el comportamiento de los mismos. La escuela, es otro entorno social de gran importancia en esta población, por constituirse también en un ámbito para la prevención de esta problemática.

En relación al consumo de drogas propiamente dicho, la marihuana fue la droga de inicio en la mayoría de los sujetos. Probablemente, este patrón se deba a la creencia

generalizada que tienen los niños y adolescentes que “fumarse un cigarrillo de marihuana no le hace mal a nadie”.

En términos generales, numerosos estudios señalan que el Estado Nutricional de quienes hacen abuso de drogas es Normal según indicadores antropométricos pero que éste está alterado cuando se trata de la ingesta dietética, por presentar una alimentación irregular, deficiente y desequilibrada. En el presente trabajo se coincidió en que el Estado Nutricional en la mayoría de los sujetos no estaba alterado según la dimensión antropométrica, aceptando de este modo la hipótesis nula por cuanto en menos del 50% de los sujetos se encontró algún tipo de alteración. En relación a la ingesta dietética, también se pudo coincidir con lo que plantean los antecedentes debido a que en más del 50% de los sujetos en estudio se observó alteraciones en el Estado Nutricional según esta dimensión; se rechaza así la hipótesis nula aceptando la alternativa. Mientras que en lo referente al consumo de agua no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula. (Ver anexo N°9).

Al trabajar la problemática de las drogas y teniendo en cuenta la especial vulnerabilidad de estos niño/as y adolescentes, es que se tornaría valioso considerarlos como sujetos bio-psico-sociales, donde el Modelo de Atención Integral sería una de las miradas más apropiadas, ya que considera al sujeto y a su contexto: la familia y la comunidad.

El Licenciado en Nutrición sería uno de los profesionales de la salud necesarios dentro de un equipo multidisciplinario para el abordaje integral de este problema, que hoy se constituye en una cuestión de Salud pública. Su rol, en este marco, sería promocionar estilos de vida saludables mediante la Educación Alimentaria Nutricional, como también, asesorar sobre temas de alimentación y nutrición relacionados a la temática en cuestión. A su vez, el Licenciado en Nutrición podría involucrarse en otros sectores institucionales para llevar a cabo un trabajo intersectorial con otras áreas, incluyendo la de educación y la de desarrollo.

Cabe destacar que para lograr la solución a esta problemática, es necesario que se la trabaje en ámbitos más amplios: políticos, jurídicos y económicos de una sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Observatorio Argentino de drogas. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011 [en línea]. Buenos Aires: Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; 2012 [citado 12 junio 2014]. Disponible en: http://portal.educacion.gov.ar/files/2013/10/adiccio_n quinta_ encuesta.pdf
- 2-Gait N. ¿Una cuestión de edad? [Tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
- 3-Rivolta SE. Caracterización de los factores familiares de riesgo en el consumo de sustancias, en estudiantes de enseñanza media. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas 2012; 16: 67-81.
- 4-Díaz-Flores Estévez JF, Rodríguez Rodríguez EM, Díaz Romero C. Nutrición y drogodependencias. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y Salud publica 2.^a edición. Barcelona (España): Masson; 2006. p. 446-452.
- 5-Caudevilla Gálligo F, Zarco Montejo J. Educación para la salud aplicada al tabaco, al alcohol y a otras drogas. En: Hidalgo MI, Redondo Romero AM y Castellano Barca G, editores. Medicina de la Adolescencia Tomo I. Barcelona: Océano/Ergon; 2012. p. 221.
- 6-Barros Blanco MA. Efectos del consumo de drogas sobre la salud de los adolescentes [Tesis]. Cantabria: Universidad de Cantabria. E.U.E Casa salud Valdecilla; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2992/BarrosBlancoMA.pdf?sequence=1>
- 7-Ramírez Sánchez MS, Gutiérrez Reyes EY. Drogas de abuso [Monografías en internet]. California: Decanato de Ciencias de la salud. UCLA. Departamento de Ciencias Funcionales. Sección de Farmacología; 2008 [Citado 24 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ucla.edu/ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Abuso.pdf>
- 8-Molina Prado R. Consumo de drogas: marihuana, droga de síntesis y otras. ¿Cómo actuar? En: Hidalgo MI, Redondo Romero AM y Castellano Barca G, editores. Medicina de la Adolescencia Tomo I. Barcelona (España): Océano/Ergon; 2012. p. 275-283.

9-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Drogas Ilícitas [en línea]. México; 2012 [citado 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

10-Briones A, Cumsille F, Henao A, Pardo B. El problema de las drogas en las Américas [en línea]. Washington: Organización de los Estados Americanos; 2013 [citado 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/novedades/pdf/OEAS_Informe.pdf

11-Observatorio Argentino de drogas. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas [en línea]. Buenos Aires: Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; 2010 [citado 27 mayo 2014]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general-Argentina2010.pdf

12-Lucchese M, Burrone MS, Enders SE, Fernández AR. Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba. Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas 2013; 17: 32-41.

13-Observatorio Provincial de consumo de sustancias psicoactivas. La realidad de la droga en Córdoba. Córdoba: Secretaria de Prevención de la Drogadicción [citado 26 junio 2014]. Disponible en: <http://archivo.lavoz.com.ar/anexos/Informe/09/8315.pdf>

14-Rodríguez Carranza R. Los productos de cannabis sativa: situación actual y perspectivas en medicina. Salud Mental 2012; 35: 247-256.

15-Ramos Atance JA, Fernández Ruiz J. Cannabinoides: propiedades químicas y aspectos metabólicos. Monografía Cannabis 2000; 12: 41-58.

16-National Institute on Drug Abuse. Drugs Facts: La Marihuana [en línea]. Estados Unidos; 2013 [citado 24 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>

17-Aguilar MP, Cristar F. ¿Qué deberíamos saber sobre los efectos cardiovasculares de la inhalación de marihuana?. Rev Urug Cardiol 2014; 29: 32-36.

18-National Institute on Drug Abuse. Abuso de la marihuana [en línea]. Estados Unidos; 2013 [citado 27 mayo 2014]. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marihuana_rr_sp_2013.pdf

19-Rey Barbosa C. Epidemiología de las urgencias toxicológicas por drogas de abuso en el área sanitaria de Santiago de Compostella. Período 1997-2007 [Tesis doctoral]. Santiago de Compostella: Universidad de Santiago de Compostella. Facultad de Medicina y Odontología; 2009. Disponible en: https://dspace.usc.es/bitstream/10347/2625/1/9788498873252_content.pdf

20-Lizasoain L, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: aspectos farmacológicos. Monografía cocaína 2001; 13: 37-45.

21-Pascual PF. Aproximación histórica a la cocaína. De la Coca a la Cocaína. Monografía cocaína 2001; 13: 7-22.

22-Galera C, Rossi G, Meneghetti X, Choca F, RachidSalmi L, Pierre Bouvard M, et al. Síntomas psiquiátricos asociados al consumo de pasta base de cocaína en niños y adolescentes: un estudio exploratorio en Montevideo, Uruguay. Rev chil neuro-psiquiat 2013; 51: 263-270.

23-National Institute on Drug Abuse. Cocaína: Abuso y adicción [en línea]. Estados Unidos; 2010 [citado 27 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rrcocaina.pdf>

24-Valcárcel G, García MT, Cruz E, Corte Z, Gacimartín MV, Avello MT, et al. Drogas de abuso. Boletín Informativo 2005; 6: 1-4.

25-Unicef. Convención sobre los derechos del niño: Las preguntas más frecuentes [en línea] [citado 24 junio 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/crc/index_30229.html

26-Palacios J, Marchesi A, Coll C, editores. Desarrollo psicológico y educación Vol. 1 Psicología evolutiva. Madrid: Alianza editorial; 2004.

27-Andrés Domingo P. El embarazo adolescente. Riesgo biológico. En: Hidalgo MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, editores. Medicina de la Adolescencia Tomo I. Barcelona (España): Océano/Ergon; 2012. p. 249- 259.

28-Ortega Anta RM, Basabe Tuero B, Aranceta Bartrina J. Nutrición en la Adolescencia. Anorexia nerviosa y Bulimia. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y salud publica 2.^a edición. Barcelona (España): Masson; 2006. p. 302.

29-Blos P. La transición adolescente 2^a edición. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.

30-Lalueza JL, Crespo I. Adolescencia y relaciones familiares. En: Perinat Maceres A, Corral Iñigo A, Crespo I, Domenech Llaberia E, Font-Mayolas S, Lalueza L, et al, editores. Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial. España: UOC; 2003. p.115-138.

31-Kancyper L. Adolescencia a posteriori. En: Kancyper L, editor. Adolescencia: el fin de la ingenuidad. Madrid: Lumen Humanitas; 2007. p. 46-60.

32-Philip Rice F. Adolescentes del contexto teórico. En: Philip Rice F, editor. Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura. Madrid: Prentice-Hall; 2001. p. 42-55.

33-Hernández López T, Roldán Fernández J, Jiménez Frutos A, Rodríguez MC, Sánchez-Garnica DE, Pérez Álvarez MT. La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Intervención Psicosocial* 2009; 18: 192-212.

34-Riofrío Guillén R, Castanheira Nascimento L. Consumo de drogas en los jóvenes de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18: 598-605.

35-Ahumada G, Pereyra A, Steinberg C. Factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel secundario de la Provincia de Buenos Aires [en línea]. Buenos Aires: Observatorio Argentino de Drogas; 2007 [citado 12 junio 2014]. Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificosadicionales/Escolares%202007_%20Factores%20de%20riesgo%20asociados.pdf

36-Aranceta Bartrina J, Serra Magem L, Mataix Verdú J. Evaluación del Estado Nutricional. En: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Nutrición y salud publica 2.^a edición. Barcelona (España): Masson; 2006. p. 114-116.

37-Iglesias ML. Evaluación nutricional. En: Rodota LP, Castro ME, editores. Nutrición clínica y dietoterapia. Buenos Aires: Panamericana; 2012. p. 55-77.

- 38-Vidal A, Álvarez-Castro P. Valoración del Estado nutricional. En: Cordido Carballido F, editor. Fisiología y fisiopatología de la nutrición: I Curso de especialización en nutrición. España: Universidade da Coruña; 2005. p. 101-113.
- 39-Patterson RE, Pietinen P. Evaluación del estado nutricional en individuos y poblaciones. En: Gibney MJ, Margetts BM, Kearney JM, Arab L, editores. Nutrición y Salud Pública. Zaragoza: Acibria; 2006. p. 73-91.
- 40-Astiasarán Anchia I, Lasheras Aldaz B, Ariño Plano AH, Martínez JA, Hernández T. Alimentos y Nutrición en la práctica sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2013.
- 41-Bowman BA, Russel RM, editores. Conocimientos actuales sobre nutrición. 8ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- 42-Roggiero EA, Di Sanzo M. Desnutrición infantil: Fisiopatología, Clínica y Tratamiento dietoterápico. 2ª ed. Buenos Aires: Corpus; 2007.
- 43-Freylejer C. Anamnesis alimentaria y cálculo de la ingesta. En: De Girolami DH, editor. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Argentina: El Ateneo; 2003. p. 255-272.
- 44-Somoza MI, Torresani ME. Proceso del cuidado nutricional. En su: Lineamientos para el cuidado nutricional. Buenos Aires: Eudeba; 2009. p. 33-53.
- 45-Abete Goñi I, López Legarrea P, de la Iglesia González R. Valoración del peso, latalla y la concentración de creatinina en orina. En: Martínez Hernández JA, Portillo Baquedano M. Fundamentos de Nutrición y Dietética. Madrid: Panamericana; 2011. P.227-230.
- 46-Castillo Hernández JL, Zenteno Cuevas R. Valoración del estado nutricional. Revista Médica de la Universidad Veracruzana 2004; 4: 1-5.
- 47-Mataix Verdú J, Aranceta Bartrina J. Valoración del estado nutricional: Determinación de la ingesta de alimentos y nutrientes. En: Mataix Verdú J, editor. Tratado de Nutrición y Alimentación Volumen II Situaciones fisiológicas y patológicas. Barcelona: Océano/ Ergon; 2009. p. 974-989.

48-De Girolami DH, Soria F. Mediciones antropométricas. En: De Girolami DH, editor. Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal. Argentina: El Ateneo; 2003. p. 169- 188.

49-Asaduroglu AV. Manual de Nutrición y Alimentación Humana. 2ª ed. Córdoba: Brujas, 2009.

50-Martínez Costa C, Pedrón Giner C. Valoración del estado nutricional [en línea]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007 [citado 24 junio 2014]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/valoracion_nutricional.pdf

51-De Onís M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nashida C, Siekmann J. Elaboración de un patrón OMS de crecimiento de escolares y adolescentes. Boletín de Organización Mundial de la Salud [en línea]. 2007 [citado 24 junio 2014]; 85:[660-667 p.]. Disponible en: http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull_es.pdf

52-Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas (AADYND). Documento base para la revisión de las Guías Alimentarias para la población Argentina [en línea]. Córdoba: Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Córdoba; 2013 [citado 21 junio 2014]. Disponible en: www.colegionut.com/docs/Guia_Alimentaria_CN.pdf

53-Lema S, Longo EN, Lopresti A. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Manual de multiplicadores [en línea]. Buenos Aires: Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas; 2003 [citado 21 junio 2014]. Disponible en: https://www.assal.gov.ar/assa/documentacion/guias_alimentarias.pdf

54-Vargas-Zárate M, Becerra-Bulla F, Prieto-Suárez E. Evaluación de la ingesta dietética en estudiantes universitarios. Rev. salud pública 2010; 12: 116-125.

55-Márquez M, Rincón M, Sutil de N R, de Yépez C, Saer R, Ponte S. Niveles séricos de vitamina C en adultos jóvenes consumidores crónicos de drogas de abuso. Investigación clínica 2001; 42: 183-194.

56-Pimentel González M. Consumo máximo de oxígeno e IMC de las personas toxicómanas ingresadas en las comunidades terapéuticas. Rev. Española de drogodependencias 2010; 35: 435-450.

57-Nazrul Islam SK, Jahangir Hossain K, Ahsa M. Serum vitamin E, C and A status of the drug addicts undergoing detoxification: influence of drug habit, sexual practice and life style factors. *Eur J Clin Nutr.* 2001; 55: 1022-1027.

58-Hossain KJ, Kamal MM, Ahsan M, Islam SK. Serum antioxidant micromineral (Cu, Zn, Fe) status of drug dependent subjects: influence of illicit drugs and life style. *Substance Abuse treatment, Prevention, and Policy* 2007; 2: 1-7.

59-Arias Horcajadas F. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastornos adictivos* 2011; 13: 113-118.

60-De Luis DA, Armentia A, Muñoz PL, Dueñas-Laita A, Martín B, De la Fuente B et al. Ingesta dietética en un grupo de pacientes fumadores de marihuana. *Nutr. Hosp.* 2010; 25: 688-691.

61-Black SC. Cannabinoid receptor antagonists and obesity. *Curr Opin investig drugs* 2004; 5: 389-394.

62-Martín Salinas C, Motilla Valeriano T. Valoración del Estado Nutricional. En: Martín Salinas C, Díaz Gómez J. *Manual completo de nutrición y dietética.* España: Barcel Baires; 2014.p. 324-343.

63-Pineda EB, Alvarado EL. *Metodología de la investigación.* 3ª edición. Washington: OPS, 2008.

64-Navarro A, Cristaldo P, Andreatta S, Muñoz S, Díaz M, Lantieri M, et al. *Atlas de Alimentos.* 1ª edición. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba, 2007.

65-Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005* [en línea]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2005 [citado 22 julio 2014]. Disponible en: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/ennys.html>

66-Cristaldo P. La familia como unidad de estudio alimentario y su contexto sociocultural. En: *Apunte de Cátedra de Economía Familiar.* 2011.

67-OMS. *Cuestionario Encuesta Mundial de Salud Escolar* [en línea]. Argentina, 2012. Disponible en: http://www.who.int/chp/gshs/2012_Argentina_GSHS_Questionnaire_ES.pdf

68-Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Secretaria de Seguridad Multidimensional (SSM). Las Escuelas de Educación Frente al Fenómeno de las Drogas en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.; Buenos Aires, Argentina; 2009. p. 23-35.

69-Arbex Sánchez C. Guía de Intervención: Menores y Consumos de drogas. Madrid: Juma; 2002. p. 21-30.

70- Salazar Torres IC, Arrivillaga Quintero M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. Revista Colombiana de Psicología 2004; 13: 74-89.

71-Abeldaño RA, Fernández AR, Arena Ventura C, Estario JC. Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2013; 29: 899-908.

72-Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del Siglo XX al Tercer Milenio. Las adicciones y la Salud Pública: Drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental 2001; 24: 3-19.

73-Sánchez-Zamorano LM, Llerenas AA, Anaya-Ocampo R, Lazcano-Ponce E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. Salud Pública de México 2007; 49: 182-193.

74-Martínez Álvarez JL, Fuertes Martín A, Ramos Vergeles M, Hernández Martín A. Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. Psicothema 2003; 15: 161-166.

75-Slapak S, Grigoravicius M. Consumo de sustancias psicoactivas en niños escolarizados del conurbano bonaerense durante el año 2004. Facultad de psicología – UBA 2005; 13: 231-238.

76- Chávez-Hernández AM, Macías-García LF, Páramo-Castillo D, Martínez Hernández C, Ojeda Revah D. Consumo de Drogas en Estudiantes del Nivel Medio Superior de la Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria, Guanajato, México 2005; 15: 13-21.

77-Obando Solano P, Sáenz Rojas MA. Percepción, consumo y factores asociados con el fenómeno droga en población escolar de Heredia, Costa Rica. *Adicciones* 2000; 12: 127-135.

78-Alfonso JP, Huedo-MedinaTP y Espada JP. Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de psicología* 2009; 25: 330-338.

79-Medina Arias N, Carvalho Ferriani M. Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18: 504- 512.

80-Ramírez Ruiz M, De Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005; 13: 813-818.

81-Rufino Miranda SD. Criminalidad y violencia inducida por drogas en adolescentes de 12 a 17 años de edad que son remitidos a la agencia de ministerio público número 27 del distrito federal [Tesis]. Ciudad de México; 2013.

82-Rodríguez Suárez J, Agulló Tomás E, Silveria Agulló M. Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones* 2003; 15: 7-30.

83-Espada JP, Méndez X, Griffin KV, Botvin GJ. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo* 2003; 84: 9-17.

84-Fantin BM. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones* 2006; 18: 285-292.

85-Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K y Rodríguez-Berrio Y. Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Rev. Salud Pública* 2013; 13: 470-479.

86-Milián Gerardo Y, Gálvez Cabrera E, Alcorta CP, Rosales Domínguez O. Factores de Riesgo para el Consumo de Drogas Ilícitas. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005; 21: 1-8.

87-Muñoz Pedrosa. Las drogas, los/as adolescentes y las adicciones: una guía introductoria para el/la profesor/a. Revista digital para profesionales de la enseñanza 2009; 2: 1-5.

88-Graña Gómez JL, Muñoz-Rivas MJ. Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. Psicología Conductual 2000; 8: 19-32.

89-Gómez A, Herde J, Laffee A, Lobo S, Martín E. Consumo de drogas Lícitas e Ilícitas por estudiantes universitarios. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo 2007; 11: 41-45.

90-Morales Y, Di Bernardo ML, Rivas K, García M, Rondón CE, Luna JR, et al. Efectos del abuso de marihuana y cocaína en bioelementos osteoformadores. Retel 2003; 17-23.

91-Ascacibar S. Relación de adicciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales [tesis]. Buenos aires: Universidad Fasta, Facultad de Ciencias Médicas, Licenciatura en Nutrición; 2014. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/2014_N_015.pdf?sequence=1

92-Hurtado Jiménez JE. Análisis Descriptivo de las Condiciones de Salud de los Adolescentes Recluidos en el Centro de Orientación Juvenil Luis Felipe González Flores. Acta Pediátrica Costarricense 1998; 12: 25-27.

93-Quintero-Febles J, Suárez-Sánchez JJ. Hábitos Nutricionales en dependientes a la heroína. Revista Científica de Enfermería 2014; 8: 1-10.

94-Arcan C, Kubik MY, Fulkerson JA, Hannan PJ, Story M. Substance use and dietary practices among students attending alternative high schools: results from a pilot study. BMC Public Health 2011, 11:263.

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

ANEXO N°1: FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO POR GRUPO DE ALIMENTOS SEGÚN RECOMENDACIONES DE LAS GAPA.

GRUPO DE ALIMENTO	ALIMENTO	CANTIDAD RECOMENDADA Según Guías Alimentarias para la Población Argentina	FRECUENCIA
CEREALES, DERIVADOS Y LEGUMBRES	Cereales (arroz, fideos, polenta)	½ a 1 plato cocidos (2 veces por semana se puede reemplazar por 2 porciones de pizza o tarta o 2 empanadas)	Diaria
	Pan	3 o 4 pancitos chicos; ó 4 tostadas de pan francés, 2 rebanadas de pan lactal, 2 rebanadas de pan integral, ½ taza de copos de cereales)	
	Legumbres	½ plato cocido	Semanal (1 ó 2 veces por semana)
VERDURAS Y FRUTAS	Verduras	1 plato de verduras crudas más 1 plato de verduras cocidas.	Diaria
	Frutas	2 frutas medianas o 4 chicas; ó 2 tazas de frutas cortadas o sus jugos.	
LECHE, YOGUR Y QUESO	Leche	2 ó 3 tazas tamaño desayuno; ó sus reemplazos (1 taza de leche equivale: 2 cucharadas soperas de leche en polvo; ó 1 pote de yogur; ó 1 porción tamaño cajita de fósforo de queso fresco, ó 3 fetas de queso de máquina, ó 6 cucharadas soperas de queso untable, ó 3 cucharadas de queso de rallar).	Diaria
CARNES Y HUEVOS	Carne de vaca	1 bife de costilla o 1 churrasco mediano; ½ plato de carne picada; 2 hamburguesas; 1 milanesa grande ó 2 pequeñas, 2 rodajas gruesas de carne magra.	Semanal (3 veces a la semana)
	Carne de ave	1/4 pollo chico sin piel	Semanal (2 veces a la semana)
	Carne de pescado	1 filete de pescado, 1 taza de mariscos, 1 lata chica de atún, caballas, sardina al natural.	Semanal (2 veces a la semana)
	Huevos	1 huevo	Semanal (3 ó 4 veces por semana)
ACEITES Y GRASAS	Aceite	3 ó 4 cucharadas soperas	Diaria
	Manteca/Margarina	1 ó 2 cucharaditas	
	Frutas secas o semillas	1 puñadito	Semanal (1 o 2 veces por semana)
AZÚCARES Y DULCES	Azúcar	Entre 7 y 10 cucharaditas	Diaria
	Mermelada/dulce	Entre 3 y 6 cucharaditas de mermelada o dulce, ó 1 a 2 fetas finas de dulce compacto (2 veces por semana se puede reemplazar por 1 alfajor chico o 1 porción de postre ó helado).	
AGUA		Al menos 2 litros	Diaria
BEBIDAS ALCOHOLICAS		Evitar en niños, adolescentes y embarazadas	

**ANEXO N°2: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
APROBADO POR EL C.I.E.I.S**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Córdoba..... de 2014

¡Hola! Somos alumnas de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba.

La presente investigación tiene como objetivo conocer el estado nutricional de niños/as y adolescentes que consumen marihuana y/o cocaína asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, durante el año 2014.

En este sentido, a fin de llevar a cabo nuestra investigación, invitamos a Uds. a que nos acompañen y nos autoricen a pesar y a medir a sus hijos para determinar su estado nutricional. Si Ud. acepta que su hijo/a participe en esta actividad nos interesa comentarle que realizaremos las siguientes mediciones: Lo pesaremos (con una balanza) y mediremos (con un tallimetro) a fin de obtener el Índice de Masa Corporal a partir de dichas medidas, y poder relacionar éste con su edad, lo cual nos informará acerca del estado de salud y nutrición del niño/a.

Si usted accede y autoriza la participación de su hijo/a en este estudio, también se le pedirá al niño/a responder una encuesta, la cual incluye apartados sobre datos personales, socioeconómicos, abuso de drogas, y hábitos alimentarios. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación de su hijo/a en esta actividad es totalmente voluntaria. La información que nos proporcione las mediciones acerca del estado nutricional y los datos obtenidos en la encuesta será estrictamente confidencial, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante la participación de su hijo/a en él.

Usted tiene derecho a negarse a participar en cualquier momento sin que esto le ocasione ningún tipo de problema. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas para su hijo/a, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no dejar que sus hijos la respondan.

Quedamos a su disposición para escuchar sugerencias y/o lo que Uds. deseen comunicarnos para enriquecer el trabajo que estamos realizando. Sus aportes son necesarios y beneficiosos. ¡Gracias!

Atentamente, Equipo de la Escuela de Nutrición (González Ana Lía, Lorelice Macarena, Ojeto Valeria) Escuela de Nutrición-UNC N° TE 0351-5353687

	Este formulario de consentimiento informado de 3 páginas fue aprobado por el C.I.E.I.S. del Niño y del Adulto el día..... 11 DIC 2014	 DR. DANIEL G. OJETO COORDINADOR C.I.E.S. POLO HOSPITALARIO
---	---	--

**ACEPTO QUE MI HIJO/A PARTICIPE DE LAS MEDICIONES Y ENCUESTA SI ()
NO () (Marcar con una X)**

NOMBRE:.....

FIRMA:.....

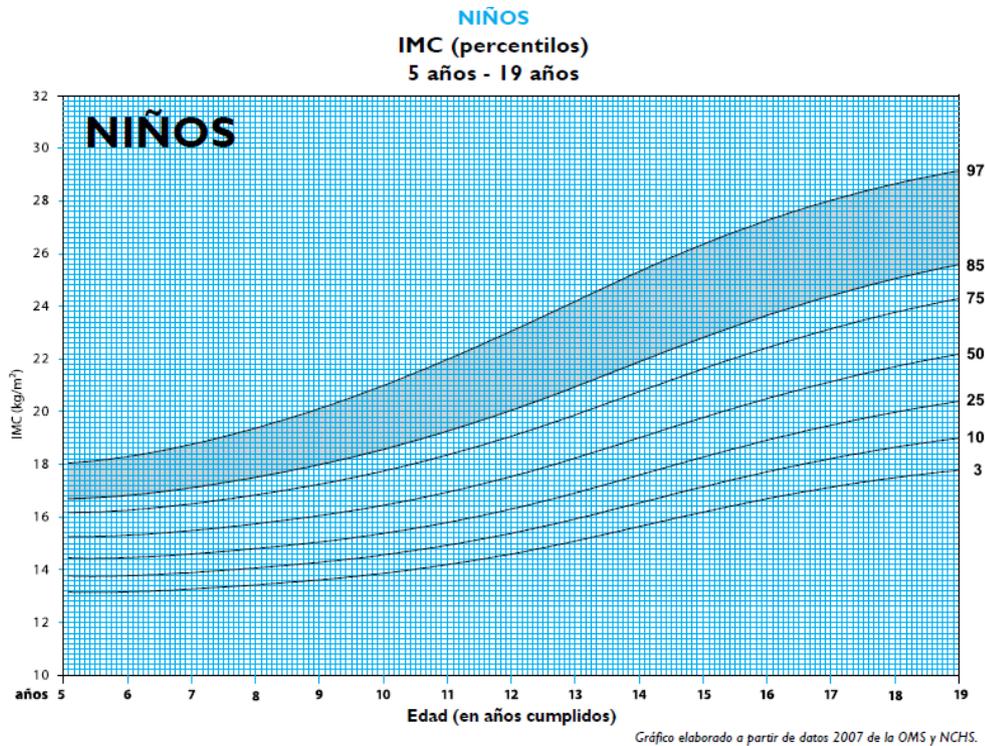
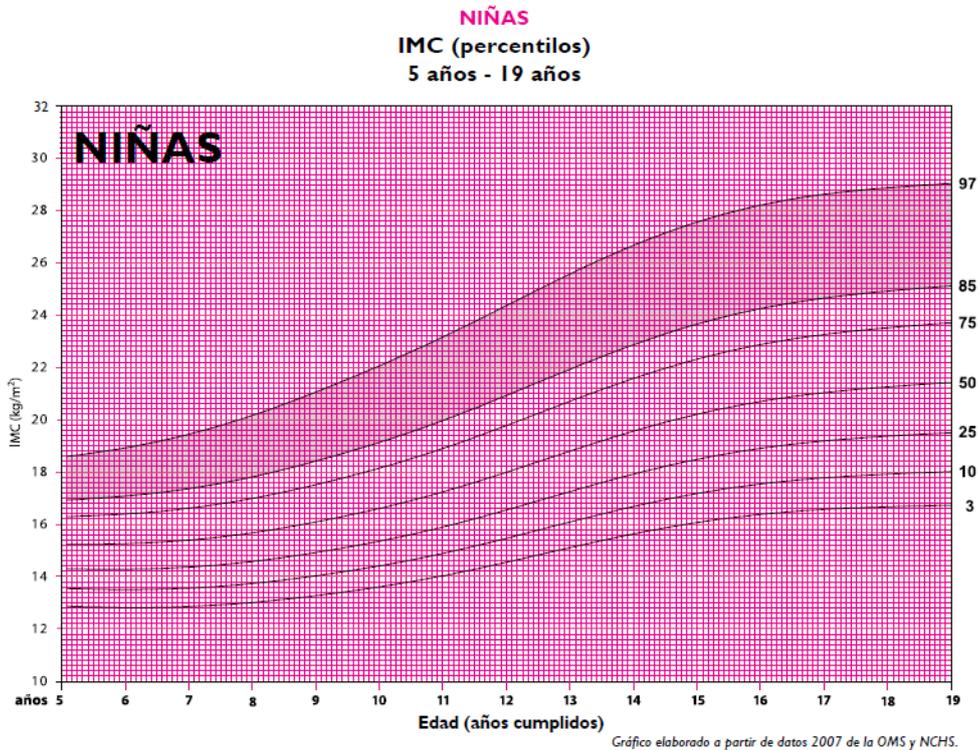
Si Usted, padre/madre/tutor tiene alguna duda o inquietud acerca del presente trabajo de investigación podrá informarse en el Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud (CIEIS) del Niño y del Adulto- Polo Hospitalario, el cual está ubicado en el Hospital Rawson, Bajada Pucará 2025, 1 piso- Córdoba, CP 5000, Argentina, Tel/Fax: 0351- 4584331. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 07:00 Horas a 13:00 horas.

El coordinador del organismo nombrado con anterioridad es el Dr. Daniel David.

¿QUE FUNCIÓN TIENE EL CIEIS?

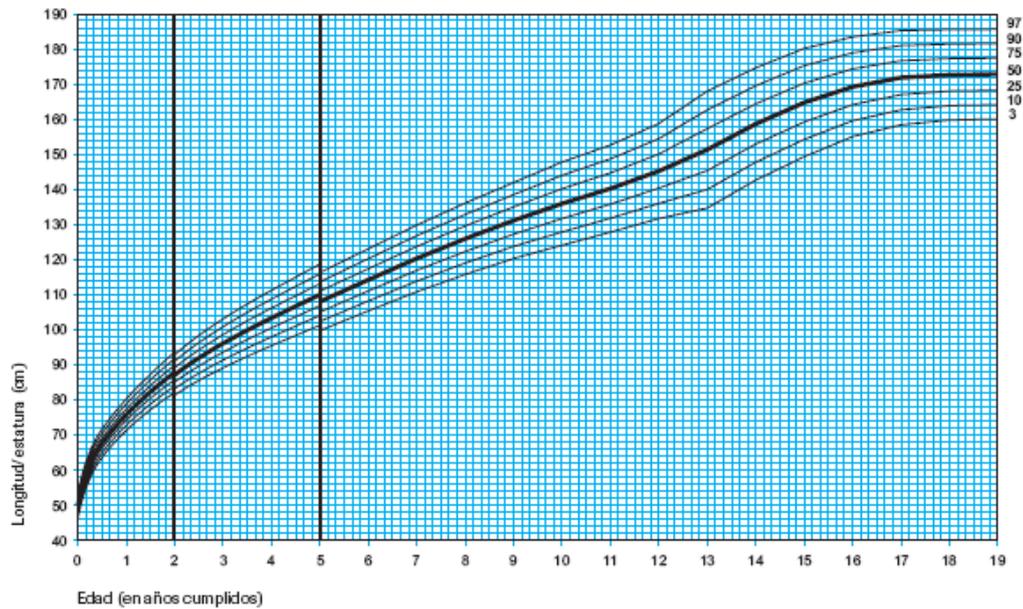
Este Comité (CIEIS) tiene como objetivo contribuir a salvaguardar la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de todos los participantes que formen parte de la investigación. Dicho Comité se encarga de resguardar la confidencialidad de los datos contenidos en las investigaciones en Salud.

ANEXO N°4: PATRÓN DE CRECIMIENTO INFANTIL ADAPTADO POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA A PARTIR DE DATOS DE LA OMS Y NCHS. Y NCHS.



Longitud/Estatura para la Edad de NIÑOS

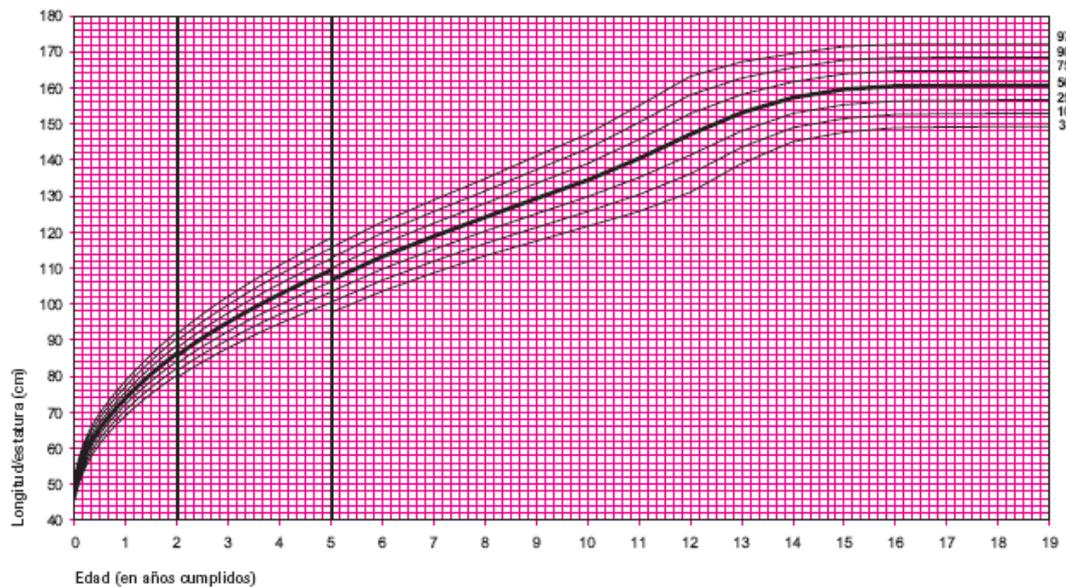
Percentilos (0 a 19 años)



República Argentina, Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006; y Lejarraja H y Orfano G. Archivos Argentinos de Pediatría 1987;85:209.

Longitud/Estatura para la Edad de NIÑAS

Percentilos (0 a 19 años)



República Argentina, Ministerio de Salud, 2007. Gráfico elaborado a partir del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento, 2006; y Lejarraja H y Orfano G. Archivos Argentinos de Pediatría 1987;85:209.

ANEXO N°5: ENCUESTA

DATOS PERSONALES

Sexo Femenino..... Masculino.....	Edad:..... años	Fecha de Nacimiento:/...../.....
Asiste a algún establecimiento educativo Si..... No.....	Grado/año en curso.....	Institución Pública..... Institución Privada.....
Trabaja Si..... No..... Dónde.....		
Ocupa el tiempo en alguna actividad recreativa y/o deportiva Si..... No..... Institución Pública..... Institución Privada..... Otras.....		
Tiene amigos Si..... No..... De dónde.....		
Patología o Problema de Salud actual.....		

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Barrio de residencia..... Zona Rural..... Urbana..... Periurbana.....
Tipo de vivienda ⁶⁵ Casa..... Casilla..... Rancho..... Departamento..... Inquilinato/Conventillo..... Cuarto/s de hotel/pensión..... Otros.....
Tipo de familia ⁶⁶ Nuclear conyugal..... Nuclear Monoparental..... Hogar extenso sin núcleo conyugal y sin hijos..... Hogar extenso sin núcleo conyugal y con hijos..... Hogar extenso conyugal..... Hogar unipersonal..... Hogar de co-residencia.....
Cantidad de habitaciones (sin contar cocina, baño, pasillo y garaje) ⁶⁵ Números de miembros que habitan en el hogar.....
¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por madre, padre o tutor ⁶⁷ Primaria incompleta..... Primaria Completa..... Secundario incompleto..... Secundario Completo..... Terciario/Universitario incompleto..... Terciario/Universitario completo..... No sé.....
Ocupación laboral de la madre, padre o tutor ⁶⁵ Empleado u obrero en una empresa privada..... Empleado u obrero en una Institución pública..... Trabajador en un programa de empleo.....

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Pasante/Aprendiz/Becario.....	Patrón o empleador.....	Cuenta Propia.....
Trabajador sin salario.....	NS/NR.....	
Acceso a los servicios de salud Si..... No.....		
Institución Pública.....	Institución Privada.....	
Ambos.....		

DATOS SOBRE ABUSO DE DROGAS

Edad de inicio de consumo.....	
Motivo de inicio de consumo.....	
Droga de inicio Marihuana..... Cocaína..... Otras.....	Droga/s de consumo Actual.....
Frecuencia de consumo Diaria..... Semanal..... Mensual.....	Cantidad consumida Marihuana N° de cigarrillos..... N° de galletas, tortas..... Cocaína N° de ampollas..... N° de ravioles.....
Antecedentes familiares de consumo Si..... No.....	
Quién.....	

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso.....	
Talla.....	Percentil Talla/edad..... Diagnóstico Talla Normal..... Baja Talla.....
IMC.....	Percentil IMC/edad..... Diagnóstico Eutrófico..... Sobrepeso..... Obesidad..... Riesgo de Bajo Peso..... Bajo Peso.....

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

HÁBITOS ALIMENTARIOS: FRECUENCIA DE CONSUMO ALIMENTARIO

GRUPO DE ALIMENTOS	ALIMENTOS	CANTIDAD	PORCIÓN			VECES POR DÍA	VECES POR SEMANA	VECES POR MES	NUNCA
			G	M	P				
CEREALES, DERIVADOS Y LEGUMBRES	Arroz, polenta, fideos								
	Pastas								
	Copos de desayuno								
	Legumbres								
	Pan blanco								
	Pan con salvado								
	Galletas de agua/grisines								
	Galletas dulces								
	Productos de pastelería (criollos, facturas)								
VERDURAS Y FRUTAS	Verduras								
	Frutas								
LECHE, YOGUR Y QUESO	Leche fluida								
	Leche en polvo								
	Yogur								
	Quesos blandos								
	Quesos semiduros								
	Quesos duros								
CARNES Y HUEVOS	Carne de vaca								
	Carne de ave								
	Carne de cerdo								
	Carne de pescado								
	Vísceras								
	Fiambres y embutidos								
	Huevos								
ACEITES Y GRASAS	Aceite								
	Crema de leche								
	Margarina/manteca								
	Mayonesa								
AZÚCARES Y DULCES	Dulce de leche								
	Mermelada								
	Miel								
	Golosinas								
	Azúcar								
	Edulcorante								

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

	Helados								
	Tortas/tartas								
BEBIDA	Agua								

Fuente: Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario elaborado por las alumnas Lorefice Macarena y Oietto Valeria de la Carrera de Licenciatura en Nutrición basado en los grupos de alimentos propuestos por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).

En relación a Otras bebidas y Comidas rápidas:

BEBIDAS	Jugos								
	Gaseosas								
	Bebidas alcohólicas								
	Mate cocido								
	Té								
	Café								
	Mate cebado								
COMIDAS RÁPIDAS	Empanadas								
	Tartas								
	Hamburguesas								
	Lomitos								
	Pizzas								
	Productos de copetín/ snacks								
	Frituras								

Fuente: Cuestionario de Frecuencia de Consumo Alimentario elaborado por las alumnas Lorefice Macarena y Oietto Valeria de la Carrera de Licenciatura en Nutrición basado en alimentos de interés para el presente trabajo de investigación.

ANEXO N°6: NOTA DE APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Córdoba..... 31 de Octubre de 2014

A través de la presente nota se autoriza a las alumnas de la Carrera Licenciatura en Nutrición, de la Facultad de Ciencias Médicas: Lorefice Macarena y Oietto Valeria, bajo la dirección de la Prof. Licenciada González Ana Lía, a realizar el trabajo de investigación para la obtención del título de Licenciado en Nutrición, en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad en articulación con el Servicio de Toxicología de dicha institución. El objetivo de la presente investigación es conocer el Estado Nutricional en niño/as y adolescentes de 8 a 15 años de edad que hacen abuso de marihuana y/o cocaína realizando medidas antropométricas (Peso y Talla) y una encuesta a los sujetos de estudio, con el consentimiento informado por parte del padre/madre/tutor del niño/a o adolescente.

Firma de la Institución


Aclaración
Licenciada María Fernández
SIN DIRECCIÓN
Institución

Sello de la Institución



Firma del Servicio de Toxicología


Aclaración
Dra. Nilda Gait

Sello del Servicio de Toxicología

Dra. Nilda Gait
Médica Clínica 407 12282
Especialista MC 10420
Responsable de la UTA Córdoba
Hospital de Niños

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

ANEXO N°7 : REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN DE SALUD (RePiS) C.I.E.I.S DEL NIÑO Y DEL ADULTO- POLO HOSPITALARIO

Formulario registro no patroc. INVESTIGACION_11_2014



Ministerio de SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePiS)
REGISTRO DE INVESTIGACIONES NO PATROCINADAS POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

N.º DE INHS DE INVESTIGACIONES NO PATROCINADAS POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

2485

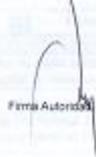
I. PATROCINANTE (Universidad, Fundación, institución que otorga beca. Consignarse marca MO, si es independiente de su gestión)			
País Patrocinante:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Identificador:			
Carácter:	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
II. TÍTULO			
Título de la Investigación:	Estado Nutricional de los/as niños/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad		
Especialidad/Vinculata:	Nutrición		
Objetivo principal:	Evaluar el Estado Nutricional de los/as niños/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, de la Ciudad de Córdoba durante el año 2014.		
Consentimiento informado (Versión y Fecha):	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Declaración de confidencialidad SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
III. INVESTIGADOR			
Nombre Investigador-Principal:	Prof. Lic. Ana Lía González		
IV. EQUIPO DE INVESTIGADORES			
Nombre	Prof. Lic. Ana Lía González		
	Marcela Lombardi		
	Diego Valera		
V. TIPO DE INVESTIGACIÓN (marcar con una X la que corresponda)			
Descriptiva	<input checked="" type="checkbox"/> Descriptiva simple	Comparativa	<input type="checkbox"/> de Grupos
	<input type="checkbox"/> Descriptiva correlacional		<input type="checkbox"/> de Casos y Controles
	<input type="checkbox"/> Descriptiva longitudinal		
	<input type="checkbox"/> Casos (Descriptiva)		
VI. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO (marcar la que corresponda, pueden ser varias marcas)			
<input type="checkbox"/> Investigación en Servicio Hospitalario			
<input type="checkbox"/> Investigación en Reproducción Humana			
<input type="checkbox"/> Estudios Familiares en Fase I o II			
<input type="checkbox"/> Estudios Clínicos con Vacunas (cualquier Fase)			
<input type="checkbox"/> Investigaciones consideradas de alto riesgo			
<input type="checkbox"/> Nuevos procedimientos aún no descritos y/o validados en la literatura (sólo en Fase I)			
<input checked="" type="checkbox"/> Investigación con grupos vulnerables (niños, embarazadas, ancianos, pacientes con enfermedades crónicas, etc.)			

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Formulario registro de datos INVESTIGACION v7_2014

XVI. EVALUACIÓN DE COEIS	
Se Solicita Evaluación	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Razón	<input type="checkbox"/> La investigación posee características nombradas en el Art. 21- Ley 9694/09 (Art. 16 Res. 22/07)
	<input checked="" type="checkbox"/> La investigación posee características nombradas en el Art.22- Ley 9694/09 (Art. 19 Res. 22/07)
	<input type="checkbox"/> Ambos

XVII. INFORME CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COEIS (cuando corresponda)	
Resultado Evaluación	<input checked="" type="checkbox"/> Aprobado
	<input type="checkbox"/> Aprobado con recomendación
	<input type="checkbox"/> Condicionada y aprobada
	<input type="checkbox"/> Condicionada y rechazada
	<input type="checkbox"/> Rechazada
	<input type="checkbox"/> Rechazada por no cumplir condicionamiento

 Firma Autoridad Responsable	 Firma Autoridad Responsable	 Firma Autoridad Responsable	CBA 11/12/14 Fecha
--	--	--	-----------------------

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

ANEXO N°8: RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DEL NIÑO Y DEL ADULTO



C.I.E.I.S.
del Niño y del Adulto
Polo Hospitalario

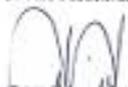
RESOLUCION DEL COMITE DEL NIÑO Y DEL ADULTO

Título del Trabajo de Investigación presentado	Estado nutricional de los/as niños/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.	
Nombre del Investigador principal	Lic. Anella Gonzalez.	
Nombre de la institución y Sede de la investigación	CIEIS del Niño y del adulto / Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.	
Fecha de Presentación	07 de Noviembre de 2014.	
Documentos Presentados	<ul style="list-style-type: none"> + Protocolo de Investigación – fecha 17 de noviembre de 2014. + Formulario de Asentimiento Informado – Fecha 17 de Noviembre de 2014. + Formulario de Consentimiento Informado – Fecha 17 de Noviembre de 2014. 	
Integrantes del CIEIS	Luis Abarrada Germán Ambach Carla Gabriela Asteggiano Bernabéa Bengar María Carreras Cecilia Cloa Daniel Dorar David Mónica Beatriz Heredia María Lela Vozza Andrea Gabriela Sosa Miguel Oselles	Claudia Limpis Ana María Link Leonardo Marínelli Silvia Inés Mangarini Mira Beatriz Miran Silvia del Valle Nicolai Ramón Paganza Natalia Beatriz Splafé Liliana Beatriz Ramos Jesús Luis Vega Alejandro de Guernica Marcos Marino Silvia Graciela Heredia
Resolución del CIEIS	APROBADO	
Fecha de Aprobación	11 de Diciembre de 2014.	
Documentos Aprobados	<ul style="list-style-type: none"> + Protocolo de Investigación – fecha 17 de noviembre de 2014. + Formulario de Asentimiento Informado – Fecha 17 de Noviembre de 2014. + Formulario de Consentimiento Informado – Fecha 17 de Noviembre de 2014. 	
Observaciones y Sugerencias	-----	
Modificaciones de Cumplimiento Obligatorio	-----	

En el caso de una decisión positiva el investigador deberá:

- Cuando corresponda, presentar copia de la aprobación del ANMAT
- Comunicación de inicio de la investigación (reclutamiento del 1° paciente)
- Entregar los reportes de avance cada 12 meses (progreso del protocolo con los pacientes reclutados y datos parciales si los hubiera)
- Notificar al CIEIS en caso de anularse el protocolo, o al material de reclutamiento o de la información para los potenciales participantes en la investigación o al finarse del Consentimiento informado.
- Entregar copias de los Reportes de Seguridad que se reciban.
- Reportar Eventos Adversos Serios e Inesperados relacionados con la conducción del estudio.
- Informar de la terminación del estudio o circunstancias no esperadas o decisiones significativas tomadas por otros CIEIS.

Fecha: Córdoba, 23 de Diciembre de 2014.


DR. DANIEL O. DAVID
 COORDINADOR
 CIEIS POLO HOSPITALARIO
FIRMA

Secretaría C.I.E.I.S. del Niño y del Adulto - Hospital Rawson - Repasa Puzos 2025 - 1° Pasa - Córdoba - CP 5000 - N° 3
 Argentina - Tel/Fax 0351-4584201 - Mail: cieispolohospitalario@gnul.com - RIFNIS: CE000079

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Estado nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: N/A

NOMBRE Y TÍTULO DEL INVESTIGADOR: Lic. Analía Gonzalez

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Y SEDE DE LA INVESTIGACIÓN: Hospital de Niños - CIEIS del Polo Hospitalario

FECHA Y LUGAR DE LA DECISIÓN: Córdoba, 11 de Diciembre de 2014

DECLARACIÓN DE LA DECISIÓN TOMADA: APROBADO.-

- Protocolo de investigación - Fecha 17 de noviembre de 2014
- Formulario de Consentimiento Informado - Fecha 17 de noviembre de 2014
- Formulario de Asentimiento - Fecha 17 de noviembre de 2014

EN EL CASO DE UNA DECISION POSITIVA (APROBACIÓN O APROBACIÓN CON RECOMENDACIÓN)

EL INVESTIGADOR DEBERÁ:

- ENTREGAR LOS REPORTES DE AVANCES AL CIEIS
- NOTIFICAR AL CIEIS TODA ENMIENDA AL PROTOCOLO, O AL MATERIAL DE RECLUTAMIENTO O DE LA INFORMACIÓN PARA LOS POTENCIALES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN O EL FORMATO DE CI.
- REPORTAR EVENTOS ADVERSOS SERIOS E INESPERADOS.
- INFORMAR LA TERMINACIÓN DEL ESTUDIO, CIRCUNSTANCIAS NO ESPERADAS O DECISIONES SIGNIFICATIVAS TOMADAS POR OTROS CIEIS.
- EL INVESTIGADOR DEBERÁ INFORMAR AL PACIENTE EL NOMBRE DEL CIEIS QUE EVALUÓ Y COMO LOCALIZARLO (dirección, teléfono) Y EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CoEIS




D. LUIS JUNCO
CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA
DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

ANEXO N°9: CORROBORACIÓN DE HIPÓTESIS

Luego de llevar a cabo la Prueba de Proporción siendo p la proporción que el IMC/Edad esté alterado, o la Talla/Edad esté alterada o la Ingesta Alimentaria por Grupo de Alimentos esté alterada, y postulando, que p es mayor a 0,5.

Las hipótesis son: $H_0: p \leq 0,5$ versus $H_1: p > 0,5$

A un nivel de significancia de 0,01 se rechaza la Hipótesis nula (H_0) si el valor observado del estadístico de prueba $z_o = \frac{(\hat{p} - 0,5)\sqrt{40}}{0,5}$ es mayor o igual que 2,575; donde \hat{p} es la proporción observada en la muestra.

Estado Nutricional según medidas antropométricas alteradas

Medidas Antropométricas	\hat{p}	z_o
IMC/Edad alterado	0,25	-3,16
Talla/Edad alterada	0,025	-6,01

No hay evidencia suficiente para decir que la mayoría tiene una proporción inadecuada para IMC y Talla al 1%.

En base a ello, se estaría aceptando la Hipótesis Nula ($H_0: p \leq 0,5$) por cuanto el valor del estadístico z_o es menor a 2,575. Es decir, que *no se encontró alteraciones en el Estado Nutricional según medidas antropométricas en más del 50% de los sujetos de estudio.*

Estado Nutricional según Ingesta Dietética inadecuada por Grupo de Alimentos

Consumo por Grupo de Alimento	\hat{p}	z_o
Cereales, derivados y legumbres	0,90	5,06
Frutas y verduras	0,975	6,00
Leche, Yogur y Quesos	0,725	2,85
Carnes y huevos	0,90	5,06
Aceites y grasas	0,925	5,38

“Estado Nutricional de los/as niño/as y adolescentes entre 8 y 15 años que hacen abuso de marihuana y/o cocaína, asistentes al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad”

Azúcares y dulces	0,95	5,69
Agua	0,625	1,58

En relación a lo anteriormente expuesto, en cuanto al Consumo para todos los Grupos de alimentos, *se encontró evidencia suficiente para decir que la proporción de consumo inadecuado es mayor a 0,5 a un nivel de 0,01*. Mientras que, en lo referente al consumo de agua, no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula al mismo nivel.

En el grupo de Frutas y verduras y en el de Leche, yogur y quesos, el consumo fue Inadecuado por Déficit (siendo del 97,5% y 72,5% respectivamente) mientras que en Azúcares y dulces por exceso (95%).

Para el Grupo Cereales, derivados y legumbres fueron similares los consumos inadecuados por exceso (50%) y por déficit (40%).

Un consumo inadecuado en el grupo de Carnes y huevos por exceso (60%) fue el doble que por déficit (30%) mientras que en el grupo de Aceites y grasas el consumo inadecuado por exceso (72,5%) fue mayor al triple que por déficit (20%).

GLOSARIO

Acción dopaminérgica: referida a la acción que ejerce la dopamina, como neurotransmisor, sobre el sistema nervioso central.

Atracón de comida: es un trastorno de la conducta alimentaria, en la que una persona siente periódicos deseos de ingerir grandes cantidades de alimentos de forma descontrolada.

Calorías Vacías: calorías provenientes de alimentos cuyo aporte energético no es aprovechado por el ser humano.

Desarrollo somático: se refiere a la maduración física. Gran parte de dicha maduración tiene lugar en la adolescencia.

Diabetes Mellitus: es un conjunto de trastornos metabólicos, que comparten la característica común de presentar concentraciones elevadas de glucosa en la sangre (hiperglicemia) de manera persistente o crónica.

Dopamina: es un neurotransmisor del sistema nervioso central.

Efecto anorexígeno: efecto capaz de reducir el apetito o producir anorexia en el ser humano.

Esfinar: se refiere al acto de aspirar cocaína u otra droga en polvo por la nariz.

Factor de Riesgo: es una condición o característica que coloca al individuo en riesgo de desarrollar un problema relacionado con la salud.

Grasas monoinsaturadas: son aquellas grasas que se componen de una cadena de carbono con un par de moléculas de carbono unidas por un doble enlace, es decir, poseen una sola insaturación en su estructura.

Grasas poliinsaturadas: son aquellas grasas en las que en su composición química presentan más de un doble enlace en la cadena de átomos de carbono.

Hábitos alimentarios: hace referencia a todos aquellos alimentos que se consumen con mayor frecuencia, considerando las circunstancias en que se hace (cómo, dónde, cuándo, con quién).

High o Euforia: estado mental y emocional en la que una persona experimenta sentimientos intensos de bienestar, felicidad, excitación y júbilo.

Macronutrientes: son aquellos nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica del organismo. Los principales son glúcidos, proteínas, y lípidos.

Micronutriente: son aquellas sustancias que el organismo necesita en pequeñas dosis. Son indispensables para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo.

Receptores Cannabinoides: son un tipo de receptores celulares activados por los cannabinoides. Forman parte del conjunto de receptores acoplados a proteínas G.

Sistema Adrenérgico: parte del sistema nervioso que controla las acciones involuntarias.

Sistema endocannabinoide: es un grupo de lípidos neuro-moduladores y sus receptores que están implicados en una variedad de procesos fisiológicos incluyendo apetito, sensación de dolor, estado de ánimo, y la memoria.

Sustancias Psicoactivas: toda sustancia química de origen natural o sintético, que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el SNC, ocasionando cambios específicos a sus funciones.

THC: (Tetrahidrocannabinol), también conocido como delta-9-tetrahidrocannabinol, es el principal constituyente psicoactivo de cannabis.