



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA
MODALIDAD PRESENCIAL

Proyecto de Investigación previo a la Obtención del Título profesional de:
Psicólogo Educativo y Orientador Vocacional.

TEMA:

**“LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
ADICTIVAS”**

Autor: Christian Stalin Jordán Jordán

Tutor: Psic Edu. Mg. Danny Gonzalo Rivera Flores

AMBATO – ECUADOR

2019

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICA:

Yo, Psic. Edu Mg. Danny Gonzalo Rivera Flores con C.I. 180401296-9, en calidad de Tutor del trabajo de Titulación, sobre el tema: “ **LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS**” desarrollado por el estudiante Christian Stalin Jordán Jordán, egresado de la carrera de Psicología Educativa de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, considero que dicho Trabajo Investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios necesarios, por lo que autorizo la presentación del mismo ante el Organismo pertinente, para que sea sometido a evaluación por parte de la Comisión calificadora designada por el H. Consejo Directivo.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several large, overlapping loops and a smaller signature below them, positioned above a dotted line.

Psic. Edu. Danny Rivera Flores, Mg

TUTOR

AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Christian Stalin Jordán Jordán con C.I. 180446709-8 dejo constancia de que los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS”** como los contenidos, revisión bibliográfica, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones descritas en la investigación conjuntamente con la propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de investigación.

Ambato, 18 de diciembre del 2019



Christian Stalin Jordán Jordán

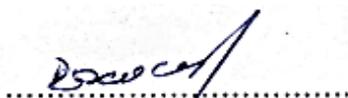
C.I.: 180446709-8

AUTOR

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

La comisión de estudio y calificaciones del informe de Trabajo de Graduación o Titulación, sobre el Tema: “**LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS**” presentado por el señor Christian Stalin Jordán Jordán con C.I.: 180446709-8 ex estudiante de la Carrera de Psicología Educativa una vez revisado el proyecto de investigación se **APRUEBA** en razón que cumple con los principios básicos, técnicos y científicos de investigación y reglamento.

Por lo tanto, se autoriza la presentación ante los organismos pertinentes.



Dra. Carmita Del Rocío Núñez López Mg.

C.I.: 1801908490

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Psico. Edu. Paulina Margarita Ruiz López

C.I.: 1802953479

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida y permitirme alcanzar con éxito la culminación de mi carrera profesional, por brindarme su infinito amor y misericordia.

A mis padres Néstor y María por ser un ejemplo y enseñarme lo valioso de ser una persona íntegra, por apoyar y estar conmigo en los momentos que necesitaba un consejo y brindarme sus palabras llenas de sabiduría y amor.

A mis hermanos Paola y Javier por ser esos amigos incondicionales que necesite en toda mi vida para poder desarrollarme con excelencia y ser quien soy.

A mi esposa Karen por estar en los momentos más difíciles, por ser mi motivadora que me ha ayudado a alcanzar esta meta tan importante, sobre todo su amor incondicional que me brinda día tras día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la salud y las oportunidades académicas que supe aprovechar y me permitieron desarrollarme a lo largo de mi trayectoria y sobre todo por ser mi fortaleza.

A mis padres por mostrarme su apoyo sin importar las adversidades y alentándome a seguir adelante.

A la Universidad Técnica de Ambato, por permitirme ser parte del alma mater y formarme como un profesional.

A mi tutor Psic. Edu. Mg. Danny Rivera quien fue y seguirá siendo un ejemplo, por su valioso aporte para mi proceso académico y culminación de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	iii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN EJECUTIVO	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I.....	1
MARCO TEÓRICO.....	1
1.1. Antecedentes Investigativos.....	1
1.2. Objetivos	4
1.2.1. Objetivo General	4
1.2.2. Objetivos específicos	4
CAPÍTULO II	16
METODOLOGÍA	16
2.1. Materiales.....	16
2.1.1. Recursos Humanos.....	16
2.1.2. Recursos Institucionales.....	16
2.1.3. Recursos Materiales	16
2.1.4. Recursos Económicos	17
2.2. Métodos.....	17
2.2.1. Tipo de investigación	17
2.2.2. Modalidad de investigación	17
2.2.3. Niveles de investigación	18
2.2.4. Población y muestra	18
2.2.5 Plan de Recolección de información.....	19

2.2.6 Hipótesis.....	20
2.2.7 Instrumentos aplicados.....	20
2.2.7.1. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26).....	20
2.2.7.2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).....	21
2.3 Validez y confiabilidad	22
2.4 Procesamiento y análisis	22
CAPÍTULO III.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	23
3.1. Análisis y discusión de resultados.....	23
3.2. Análisis e Interpretación de resultados	29
3.3. Verificación de hipótesis.....	30
3.3.1. Planteamiento de la hipótesis	30
3.3.2 Comprobación de hipótesis	30
3.3.3. Redacción (interpretación) sobre el consumo de drogas.....	33
3.3.4. Decisión Final	36
CAPÍTULO IV.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
4.1. Conclusiones	37
4.2. Recomendaciones.....	38
Referencias Bibliográficas	39
ANEXOS.....	42
Anexo 1: EAT-26.....	42
Anexo 2: ASSIST.....	43
Anexo 3: Evidencia de la aplicación del test EAT-26 y el test ASSIST.....	48
Guía nutricional y prevención de sustancias adictivas.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Total de recursos económicos.....	17
Tabla 2. Población y Muestra.....	19
Tabla 3. Preguntas de recolección de información	19
Tabla 4: Estadísticos descriptivos (EAT-26)	23
Tabla 5: Estadísticos descriptivo (ASSIST)	25
Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad (EAT-26).....	26
Tabla 7: Estadísticas de fiabilidad (ASSIST)	26
Tabla 8: Estadísticas de correlación.....	27
Tabla 9 Intercorrelación entre escalas de ambas variables	28
Tabla 10. Resultados de los totales de drogas consumidas	29
Tabla 11: Comprobación de hipótesis Tabaco.....	30
Tabla 12: Comprobación de hipótesis Alcohol.....	30
Tabla 13: Comprobación hipótesis Cannabis.....	31
Tabla 14: Comprobación de hipótesis Cocaína	31
Tabla 15: Comprobación hipótesis Anfetaminas	31
Tabla 16: Comprobación hipótesis Inhalantes	31
Tabla 17: Comprobación hipótesis Sedantes	32
Tabla 18: Comprobación hipótesis Alucinógenos	32
Tabla 19: Comprobación hipótesis Opiáceos.....	32
Tabla 20: Comprobación hipótesis Otras drogas	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Muestra de valores, Factores (EAT26).....	23
Gráfico 2: Resultados de los totales de drogas consumidas.....	29

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE LAS CIENCIAS HUMANAS Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Tema: “La conducta alimentaria y el consumo de sustancias adictivas”

Autor: Christian Stalin Jordan Jordan

Tutor: Psic. Edu. Mg. Danny Rivera Flores

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo se enfoca en analizar el tema sobre: “La conducta alimentaria y el consumo de sustancias adictivas”, para ello fue necesario acudir a una abundante fuente de consulta, para sustentar adecuadamente las variables, iniciando en primer lugar con los antecedentes investigativos de acuerdo a los trabajos previos relativos al tema y que reportarn relevancia a la investigación, al mismo tiempo se definen los objetivos que orientarán el trabajo para cumplir con el propósito final. Tambien se sustentan cada uno de los objetivos para otorgarle mayor consistencia al trabajo realizado. En cuanto a la metodología esta es de tipo cuantitativo y cualitativo, bajo la modalidad de campo y bibliográfica, con los niveles descriptivo y correlacional. Se trabajó con una muestra de 223 estudiantes y 6 docentes tutores a quienes se les aplicó el Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26) y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) que luego de analizados los resultados se logró determinar que que el consumo de anfetaminas es el más común entre los estudiantes sin embargo, la diferencia con la cocaína no es muy amplia del mismo modo con las otras dos drogas que en porcentaje les siguen muy de cerca; que hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias al tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. De ahí, que los valores de bulimia y preocupación por la comida, dieta y control oral se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, mientras más debajo de la norma se ubiquen los puntajes, habrá menor riesgo a padecerlos; caso contrario sucede con la puntuación global que está por encima del punto de corte, indicando un riesgo a desarrollar algún trastorno alimenticios.

Palabras Clave: conducta alimentaria, consumo, sustancias adictivas, adicción.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND EDUCATION
EDUCATIONAL PSYCHOLOGY CAREER

Topic: "Food behavior and the use of addictive substances"

Author: Christian Stalin Jordan Jordan

Tutor: Psic. Edu. Mg. Danny Rivera Flores

ABSTRACT

This paper focuses on analyzing the topic on: "Food behavior and the use of addictive substances", for this it was necessary to go to an abundant source of consultation, to adequately support the variables, starting first with the research background of According to the previous works related to the subject and that will give relevance to the research, at the same time the objectives that will guide the work to fulfill the final purpose are defined. Each of the objectives is also supported to give greater consistency to the work done. As for the methodology, it is quantitative and qualitative, under the field and bibliographic modality, with descriptive and correlational levels. We worked with a sample of 223 students and 6 teacher tutors who were applied the Questionnaire of risky eating behaviors (EAT -26) and the Alcohol, tobacco and substance consumption test (ASSIST) that after analyzing the Results were able to determine that the use of amphetamines is the most common among students, however, the difference with cocaine is not very wide in the same way with the other two drugs that in percentage follow them very closely; that there is a low risk of suffering from some type of substance disorder to tobacco, alcohol, cannabis, cocaine, amphetamines, inhalants, sedatives, hallucinogens, opiates and other drugs. Hence, the values of bulimia and concern for food, diet and oral control are below the cut-off point, that is, the lower the norm the scores are located, the lower the risk of suffering them; Otherwise it happens with the overall score that is above the cut-off point, indicating a risk of developing an eating disorder.

Keywords: eating behavior, consumption, addictive substances, addiction.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

La conducta alimentaria, se determina como el conjunto de acciones relacionadas con la cantidad, selección, ingestión y preparación de los alimentos de forma adecuada por las personas. (Osorio y otros, 2002).

El desarrollo del comportamiento alimentario es un proceso complejo que involucra componentes fisiológicos de la regulación de la ingesta de alimentos, el crecimiento, el peso corporal; componentes psicológicos del niño, padres y familia, así como componentes culturales y sociales (Osorio y otros, 2002).

No obstante, los trastornos de la conducta alimentaria se ven manifestados por las variaciones en el comportamiento con rasgos psicopatológicos relacionados con la acción de comer, la apariencia personal y el desenvolvimiento de identidad, en nuestra época, afecciones mantienen atada la ideología de la delgadez como sinónimo de belleza (Persano y otros, 2016).

Día a día se puede apreciar un incremento de conductas alimentarias riesgosas derivadas de una “obsesión cultural” que desencadena un problema de salud que afecta directamente y en gran medida a la autopercepción del individuo y su desenvolvimiento en su entorno (Vázquez y otros, 2015).

La tecnología, los modelos alimentarios y la inquietud enorme por la imagen corporal han avanzado condiciones sedentarias y superficiales que llevan a los adolescentes a desarrollar costumbres de desnutrición, y su prevalencia oscila entre el 2,7% y el 8,3% en Ecuador (Lema y Jara, 2018).

Los trastornos de conducta alimentaria, incluyen a trastornos de pica, rumiación, la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno de atracones se definen como anomalías constantes en el proceder relacionado con la alimentación produciendo un desperfecto de salud física o del funcionamiento psicosocial (Vázquez, 2015).

Los trastornos del comportamiento alimentario han aumentado en los países industrializados occidentales en las últimas décadas (0.5 a 1 por ciento) y la gran mayoría de ellos ocurren en mujeres de nivel socioeconómico medio a alto, con una edad promedio de inicio del 85 por ciento, entre 13 y 20 años (Marín, 2002).

Los trastornos de conducta alimentaria implican gran interés, no solo por las graves alteraciones físicas y psicológicas que sobrellevan, sino por la correspondencia que guardan con otros cuadros clínicos, entre los que se hallan el consumo de drogas, los trastornos de conducta alimentaria se manifiestan principalmente en mujeres adolescentes, de modo que la adolescencia es la edad de mayor riesgo para involucrarse en la ingesta de sustancias adictivas (Cruz y otros, 2013).

Tanto los Trastornos de la Conducta Alimentaria como el consumo de sustancias son dos problemas frecuentes en nuestra sociedad, generalmente en los jóvenes. Además, estudios recientes afirman que la edad de comienzo para la aparición de ambos trastornos es más temprana, lo que significa que se incrementan los jóvenes los que presentan uno o ambos problemas (Persano y otros, 2016).

La adicción a las drogas en Ecuador es la más alta en comparación con otros seis países de América del Sur, según un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Consejo Nacional para la Regulación de Sustancias Narcóticas y Psicotrópicas (Loor y otros, 2018).

Considerado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como un problema financiero, psicológico, familiar y de salud pública actual, también se ha encontrado que estas sustancias se consumen en las unidades educativas y en las escuelas de Ecuador, lo que afecta la imagen de la institución y los estudiantes (Loor y otros, 2018).

Las tasas de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria tienden a ser más altas en la población adicta, sin embargo, los resultados difieren significativamente de un estudio a otro, debido a diferencias metodológicas aplicadas. Por otro lado, el Centro para la Adicción y el Abuso de Sustancias en los lugares de la Universidad de Columbia la prevalencia del abuso de drogas y alcohol en aproximadamente el 50% en individuos que sufren trastornos de la alimentación, en comparación con el 9% de la población general (Flores y otros, 2018). Además, en personas con trastornos por

uso de sustancias , alrededor del 35% tiene comorbilidad con trastornos alimentarios en comparación con el 1-3% de la población general (Piran y Robinson, 2006).

El comportamiento adictivo se caracteriza por un deseo de buscar y consumir drogas, una pérdida de control sobre el consumo y la presencia de un estado emocional negativo (disforia, depresión, irritabilidad) cuando se evita la exposición a la sustancia. Ahora sabemos que la tolerancia y la abstinencia no son características esenciales para que una persona sea adicta, pero que comportamientos como la ansiedad y las recaídas frecuentes son características fundamentales que deben tenerse en cuenta (Flores y otros, 2018) .

Varios estudios en hospitales con unidades de trastorno de adicción a alimentos para adultos han demostrado que los pacientes con estos trastornos consumen un promedio de tres sustancias adictivas, la más común es la cafeína (86%), el alcohol (72%) y el tabaquismo (51%) (Cruz y otros, 2013) .

Por lo tanto, con la población adolescente (Pons y otros, 2012), encontraron una correlación significativa entre los adolescentes que ingirieron sustancias adictivas y el peligro de experimentar trastornos de conducta alimentaria, únicamente en la ingesta de estimulantes y fumar, en un esfuerzo por anular el apetito o probar el peso. En efecto todas estas reseñas nos permiten aseverar, la persistencia de trastornos por uso de sustancias es más alta en personas con trastornos de conducta alimentaria con la población total.

Por lo tanto, varios estudios han demostrado que fumar tabaco puede usarse como una forma de reducir el apetito por lo tanto, como una técnica de reducción de peso (Cruz y otros, 2013). Algunos modelos explicativos que asocian los Trastornos de Conducta Alimentaria y los Trastornos por uso de sustancias con elementos biológicos, ambientales y de personalidad comunes. Ambos trastornos comparten alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y del sistema opiáceo endógeno (Fernández, 2014).

Finalmente, los factores de personalidad deben considerarse como un posible desencadenante específico para la comorbilidad de trastornos de conducta alimentaria y trastornos de uso de sustancias. Entre estos factores, la impulsividad es la característica más relacionada de ambos trastornos. Numerosos estudios han

demostrado que los pacientes con bulimia y aquellos que abusan del alcohol parecen tener una puntuación más alta que los controles de impulsos, la capacidad de inhibición reducida y el aumento de la impulsividad están correlacionados con una mayor incidencia de abuso de sustancias (Cruz y otros, 2013).

Los participantes con un trastorno de uso de sustancias obtuvieron puntuaciones más altas en todas las escalas, lo que sugiere la presencia de un trastornos de conducta alimentaria (Flores y otros, 2018).

A través de este sentido, como hemos señalado, los trastornos de conducta alimentaria pueden considerarse como estrategias de manejo emocional insuficientes. Por lo tanto, las personas con un trastorno de conducta alimentaria pueden tener dificultades considerables para controlar y regular las emociones, particularmente las negativas (Cruz y otros, 2013).

Los pacientes con trastorno de conducta alimentaria pueden usar drogas por diferentes razones, una de ellas sería porque el uso de tales sustancias (cafeína, nicotina, estimulantes, etc.) promovería la regulación del apetito, el peso y aliviaría la sensación de falta de energía. Los tóxicos también podrían usarse como reguladores emocionales (especialmente el alcohol y otras sustancias psicoactivas), aunque en muchos casos su uso podría ser inespecífico y estaría dictado por dificultades de control de impulsos (Vaz y otros, 2014).

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Determinar la conducta alimentaria en el consumo de sustancias adictivas.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la conducta alimentaria en función de dieta alimentaria, el control alimenticio, la bulimia y la preocupación por la comida en los estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.
- Analizar la frecuencia de consumo de sustancias adictivas mediante la aplicación de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

- Proponer estrategias de solución en las conductas alimentarias y el consumo de sustancias adictivas.

Objetivo General: Determinar la conducta alimentaria en el consumo de sustancias adictivas.

El sustento teórico acompañará el logro de este objetivo, para lo cual se acudirá a diferentes fuentes bibliográficas para analizar los diversos enfoques y propuestas de especialistas sobre las variables que involucran el problema planteado. Para lo cual una revisión preliminar permitió evidenciar abundante sustento científico técnico para respaldar el presente estudio.

Aunque el concepto de adicción a la comida es un tema que genera mucha controversia, su interés ha aumentado en estos cinco años últimos. Figueroa (2018) manifiesta que a pesar de que se ha demostrado que la comida puede tener sustancias adictivas se han encontrado similitudes neurobiológicas con el abuso de dichas sustancias en la preparación de los alimentos, pero, de todos modos, hasta ahora no se ha proporcionado un diagnóstico suficiente claro al respecto.

En las últimas décadas, ha habido mucho debate sobre si ciertos tipos de alimentos pueden ser adictivos, especialmente aquellos alimentos con un alto sabor; o incluso si el comportamiento de ingesta excesiva aquello que significa, el deseo o el apremio por comer, incluso sin tener hambre; que ocurre en pacientes con bulimia nerviosa, trastorno alimentario u en casos de obesidad, pueden ser comportamientos adictivos.

El aumento en el concepto de alimentos adictivos ocurre gracias a un intento de encontrar una respuesta para el incremento de la obesidad en todo el mundo y las opciones para dar un tratamiento. De acuerdo con Agüera (2015) los alimentos adictivos se han estudiado ampliamente en poblaciones obesas y con sobrepeso, y se ha encontrado que los datos son más altos que en la población general.

Incluso se ha sugerido que las dietas adictivas podrían ser un fenotipo válido de obesidad, dado que la prevalencia de alimentos adictivos fue del 25% de la muestra en adultos obesos. En las personas obesas que buscan perder peso, los datos son aún más altos y cumplen con los criterios del 41.7% al 53.7% de los que buscan cirugía bariátrica, entre tanto que el 34% de la muestra de personas con obesidad controlada por dietas hipocalóricas logran cumplir con estas pautas.

En este sentido, para Obregón (2015), la obesidad resulta de un desequilibrio entre la ingesta y el consumo de energía resultante de una interacción biológica y ambiental que favorece la ingesta extra. Los factores que regulan el peso incluyen una actividad física reducida y una ingesta excesiva de alimentos con alto sabor y alta densidad de energía.

De estos, el consumo excesivo de alimentos se describe como predominante. Esto puede suceder hasta cierto punto en todos los individuos; sin embargo, algunos de ellos pueden desarrollar el consumo obsesivo compulsivo de determinados alimentos. Estas personas consumen cantidades crónicamente más altas de alimentos de las que necesitan para proteger la salud y evidencian un comportamiento obsesivo, y han perdido el control sobre el consumo de alimentos.

Según Figueroa (2018), la existencia de individuos con síntomas relacionados con los alimentos se observa en un patrón similar al de la adicción de sustancias estupefacientes. Este síntoma fue una adaptación a ciertos alimentos consumidos regularmente. Se describieron modelos posteriores de dependencia del consumo de maíz, avena, leche, huevos y papas.

Desde entonces, se ha desarrollado la teoría de que los alimentos ricos en calorías y azúcar pueden ser adictivos. La exposición repetida a ciertos alimentos, especialmente los alimentos de alta densidad energética, a personas vulnerables puede provocar el consumo compulsivo y un control deficiente del disfrute.

Comer en exceso alimentos, consumir drogas y medicinas se controla reforzando o recompensando las propiedades asociadas con el sistema dopaminérgico. De esta manera, Agüera (2015), afirma que los alimentos activan el cerebro al probar (un mecanismo que involucra opioides y cannabinoides endógenos) y al agregar glucosa e insulina (produciendo un aumento en la dopamina), mientras que las drogas activan el mismo circuito con la intervención farmacológica (efectos directos sobre las células dopaminérgicas).

Se cree que la estimulación repetida de la vía de mejora mediada por la dopamina desencadena adaptaciones neurobiológicas en otros neurotransmisores y circuitos, lo que conduce a un mayor comportamiento compulsivo y pérdida de control de alimentos y drogas.

Obregón (2015), expresa que los alimentos ricos en azúcares y grasas juegan un papel adictivo en la persona porque activan el sistema de recompensa del cerebro de la misma manera que los medicamentos o drogas. Esto crea la liberación de neurotransmisores, como la dopamina, que activan regiones mesolímbicas, como la corteza orbitofrontal, el cerebro anterior y la amígdala. Todo esto crea una sensación de disfrute y bienestar, lo que refuerza el comportamiento de consumo, que tiende a repetirse.

La adicción a la comida es, de hecho, un comportamiento continuo o intentos fallidos de reducir o controlar la ingesta de alimentos, especialmente en aquellos con alto contenido de grasa y azúcar. Además, existen síntomas y criterios, como la tolerancia y la abstinencia, que son similares a los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Figueroa (2018), asegura que la adicción a la comida en niños, adolescentes, estudiantes universitarios, grupos de minorías sexuales, mujeres obesas o con sobrepeso y adultos se ha informado en países desarrollados (Europa, Asia y América del Norte). Los estudios en América Latina muestran que el 10% de los estudiantes universitarios sufren de adicción a la comida, mientras que el 4% de los adultos tienen el mismo trastorno.

Aun así, existen pocos estudios sobre la prevalencia de la adicción a la comida. Asimismo, se necesita investigar la validación de las herramientas de diagnóstico y la efectividad de la psicoterapia para cambiar el comportamiento de este trastorno.

Objetivo Específico 1: Identificar la conducta alimentaria en función de dieta alimentaria, el control alimenticio, la bulimia y la preocupación por la comida en los estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

Para cumplir con este objetivo será necesario utilizar un “Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26)” el mismo que es una prueba de tamizaje (screening), que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica. Es un test de auto reporte que tiene una duración aproximada de 15 minutos, el cual debe aplicarse en un recinto que cumpla condiciones adecuadas de luz, temperatura y sonido, y que cuente con material básico para su aplicación (Corada y Montedónico, 2007).

Los trastornos alimentarios son una de las enfermedades crónicas más comunes en adolescentes y jóvenes de ambos géneros. López (2014), Trastornos psiquiátricos caracterizados por un cambio definido en el consumo de control de peso o patrones de comportamiento que causan deterioro físico y psicosocial. Como resultado, la desnutrición parece afectar todo el cuerpo y la función cerebral, lo que continúa perjudicando la salud mental.

Este trastorno del comportamiento alimenticio no debe ser secundario a ninguna enfermedad médica o psiquiátrica. Se ha asociado con una morbilidad grave y una mortalidad significativa, que es un problema de salud pública debido a su curso clínico extenso y tendencia crónica.

Según Lambruschini y Leis (2014), la regulación de la ingesta (hambre/saciedad) en el cuerpo ocurre a través de la interacción de sistemas complejos y señales del tracto gastrointestinal, los recursos energéticos y el sistema nervioso central (hipotálamo). Los pacientes con trastornos alimentarios tienen cambios significativos en sus percepciones de hambre y saciedad y sus patrones de alimentación.

Se han documentado cambios importantes en estos pacientes con algunos de los neurotransmisores que participan activamente en la regulación de la homeostasis energética (serotonina, dopamina, noradrenalina) y la colecistoquinina, ghrelina, leptina, adiponectina, neuropéptido y otros sistemas de péptidos involucrados en el control de la ingesta

La observación relevante reciente ha demostrado que el tejido adiposo no es un depósito de energía pasiva; antes de eso, por el contrario, es un verdadero órgano con alta actividad endocrina y metabólica, con una relación bidireccional entre el cerebro y el tejido adiposo, lo que sugiere que este último juega un papel importante en la regulación del equilibrio energético.

Madruga (2014), manifiesta que los factores ambientales incluyen cambios en la dieta, la influencia de los medios de comunicación en la transmisión de los cánones actuales y los estereotipos de belleza y éxito social, la influencia de las industrias de alimentos y moda, nuevas habilidades y roles de las mujeres, igualdad de género, urbanización gradual y el dominio de los estilos de vida sedentarios. Por lo tanto, evidencia

importante resalta la importancia de los factores culturales en la etiología de los trastornos alimentarios.

La anorexia y la bulimia nerviosa ocurren predominantemente en países industrializados, donde ocurren dos eventos contradictorios; Por un lado, la cantidad y diversidad de alimentos está ampliamente disponible, y, por otro lado, el estereotipo social, la imagen del éxito y el prestigio, es escaso, especialmente femenino. Esta diferencia entre el tamaño corporal deseado y la alta disponibilidad de alimentos a menudo se ha invocado para explicar la alta prevalencia de los trastornos alimentarios en las adolescentes.

Para López (2014), la fuerte tendencia social y cultural de considerar la delgadez como un factor ideal de aceptación y éxito está afectando cada vez más a los adolescentes, especialmente a las mujeres que están preocupadas por su estética, temen perder peso y, por lo tanto, quieren perder peso independientemente de su peso real.

Por lo tanto, la baja prevalencia en los no caucásicos se debe a las diferencias en la imagen corporal ideal de los grupos étnicos. Las mujeres negras que no tienen comportamientos alimentarios frecuentes tienden a mostrar más satisfacción con su imagen que las mujeres blancas del mismo tamaño.

Lambruschini y Leis (2014), afirman que lo más destacado es la influencia de la televisión en estos trastornos alimentarios y además se lo utiliza como un medio para difundir los estereotipos sociales, así como el comportamiento y los estilos de vida. La influencia de los medios en el estilo de vida de los adolescentes es más fuerte que la de los médicos o los padres.

Los jóvenes y los niños eligen a sus héroes o son elegidos por los medios porque están expuestos a una variedad de noticias, ideas y actitudes a través de ellos, y practican sus vidas para dar forma a su estilo. La publicidad, especialmente la televisión, los atrae a comprar y consumir, lo cual es más fácil todos los días debido a la considerable cantidad de dinero disponible, que se convierte en el objetivo deseado.

Madruga (2014), reconoce que estos mensajes contradictorios, que promueven la delgadez y proporcionan alimentos ricos en calorías y bajos en nutrición, son extremadamente vulnerables durante la pubertad porque el adolescente tiene un profundo deseo de ejercer independencia, buscar identidad y sin aceptar los valores

existentes, y una de las consecuencias de estos hechos es la adopción de nuevos patrones de alimentos que rara vez se asocian con la independencia ecológica, filosófica, religiosa, familiar o la influencia de sus compañeros o héroes. Además, en esta etapa, es de suma importancia que tenga una autoimagen satisfactoria y que se vean de manera atractiva. Este estado de vulnerabilidad y ansiedad ante la imagen corporal los expone a las dietas, que en la mayoría de los casos se llevan a cabo sin el control de la familia o el médico.

Objetivo Específico 2: Analizar la frecuencia de consumo de sustancias adictivas mediante la aplicación de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.

Para el análisis de la frecuencia de consumo de sustancias adictivas se aplicará una “Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”. Se utilizará la versión 3.1 de la prueba ASSIST que consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

Existen pocos estudios en América Latina que evalúen la prevalencia y el tratamiento de la adicción a los alimentos y la obesidad. Cortés (2017), opina que esta situación es preocupante porque no hay suficiente conocimiento científico para apoyar la dependencia alimentaria, como para otras adicciones como al licor, al tabaco o drogas sujetas a fiscalización.

Hasta ahora, se cree que esta enfermedad se debe a factores como el estilo de vida sedentario, la globalización, la migración y otros, conocimiento que no está mal, porque hay estudios que lo prueban. Sin embargo, aún no se ha estudiado la dependencia de algunos alimentos ricos en grasas y azúcar, especialmente en los países latinoamericanos.

Para Figueroa (2018), está claro que la adicción a la comida ocurre en niños, adolescentes, adolescentes, la población minoritaria sexual, mujeres y, en general, adultos, que son predominantemente obesos y/o con sobrepeso. Se ha demostrado que la terapia cognitiva conductual proporciona una mejora inmediata al alterar los pensamientos y sentimientos de los pacientes que dependen de los alimentos.

Sin embargo, hasta la fecha, no hemos encontrado ensayos clínicos controlados aleatorios en América Latina que demuestren la efectividad de cualquier psicoterapia para la adicción a los alimentos. Por esta razón, todavía no existe un tratamiento clínico o terapéutico para este tipo de investigación científica.

De acuerdo con Agüera (2015), como no tiene una caracterización para su diagnóstico específico, por supuesto también carece de un tratamiento específico. Sin embargo, uno de los tratamientos anteriores es la psicoterapia motivacional. Esta terapia proporciona una mejoría clínica a través de factores que pueden causar la vulnerabilidad del paciente al tratar la impulsividad y la regulación emocional.

Del mismo modo, la terapia de aceptación y compromiso se ha utilizado en adultos obesos con alta dependencia alimentaria. Sin embargo, se necesita más investigación para asegurar su efectividad porque debe incluir el manejo de la tolerancia y el manejo emocional de las ansiedades psicológicas. Esto se debe a que estas ideas favorecen continuar comiendo y desarrollar el autocontrol de los alimentos.

Esto puede dificultar a los pacientes con adicción severa a la comida. Para López (2014), dado que no tenemos claro el diagnóstico específico y el tratamiento con base científica, podríamos estar haciendo los tratamientos incorrectos que no serían beneficiosos para la salud. Como resultado, los profesionales latinoamericanos de salud mental desempeñan un papel principal en los trastornos por adicción a los alimentos, ya que necesitan desarrollar criterios de diagnóstico específicos para la enfermedad.

Esto detectará este trastorno de manera más efectiva. Además, es importante diseñar nuevos métodos de tratamiento basados en la autoeducación y el manejo de la adicción a los alimentos. También estudie la efectividad de las terapias de curación clínica en combinación con la provisión de tratamiento humano.

Según Madruga (2014), existen formas atípicas o incompletas, llamadas DSM-IV, de trastornos de conducta alimentaria no especificados, en los que algunos de los criterios más importantes están ausentes o son menos severos: síntomas de anorexia que mantienen la menstruación o el peso dentro de los límites normales.

Incluye trastorno alimentario salpicado como se define en el DSM-IV, asociado con la alimentación repetida (al menos 2 semanas durante 6 meses, asociado con tres o más

síntomas: comer por encima de la saturación, comer grandes cantidades de alimentos, comer a alta velocidad, ocultar la ambigüedad al comer solo o sentir culpa por la violación).

El miedo común a la obesidad en los jóvenes se caracteriza por el mismo miedo a aumentar de peso y hacer ejercicio con dietas hipocalóricas y actividad física, pero sin purificar el comportamiento o alterar la imagen corporal. La disponibilidad de pediatras para adolescentes y familias es clave para la detección temprana de estos trastornos.

Parra Lambruschini y Leis (2014), el perfil del paciente de bulimia normal en mujeres, adolescentes, con sobrepeso normal y con baja estima propia. Tienen demasiada preocupación por la comida, siempre tienen los períodos más extremos de dieta y ayuno a lo largo de sus vidas. Tengo la mejor razón para la actividad física pública y prácticamente irregular, como comer "comer en exceso".

Bien utilizado, ha consultado a un médico con un patólogo humano, sin que los pacientes reconozcan la presencia de TCA. El trastorno del consumo de alcohol (TA) se define repetidamente como una mayor cantidad de ingesta de alimentos en comparación con lo que se usa mejor en las personas que comen durante un período (por ejemplo, dos horas) controlando el deseo de comer y la experiencia de culpa.

En todo caso para López (2014), la familia es un punto central, por lo que después de un enfoque común, es aconsejable plantear la necesidad de entrevistar a la familia y al paciente por separado. La primera consulta debe incluir: historial médico, examen físico, evaluación de pruebas de seguimiento y diagnóstico de sospechas y posibles complicaciones para determinar si la derivación es necesaria y de urgencia.

Consecuencias físicas de la enfermedad y comportamiento de limpieza: signos clínicos de enfermedad cardiovascular, metabolismo, digestión, movimiento y reproducción (menarquia, ciclo menstrual, fecha del último período, regularidad, período menstrual y uso de anticonceptivos). Consecuencias emocionales de la enfermedad: estado de ánimo y cambios de humor. Si se confirma, puede ayudar, especialmente si ha estado viviendo con la enfermedad durante mucho tiempo sin decirle a su familia

Objetivo Específico 3: Proponer una estrategia de solución en las conductas alimentarias y el consumo de sustancias adictivas.

El logro de este objetivo se verá en el diseño y elaboración de una “Guía nutricional y de prevención de sustancias adictivas”, que tuvo como propósito primordial brindar una orientación para poder superar estos trastornos y conductas de forma efectiva y sin efectos nocivos para la salud de las personas que lo padecen. La guía se formará con el acompañamiento científico para un sustento especializado de las bases fundamentales de los principios probados en tratamientos previos con pacientes que sufrieron de los mismos problemas.

Cortés (2017), expresa que comer en exceso es un trastorno del comportamiento alimentario desde la primera infancia. Los impulsos se crean oralmente, en la relación entre madre y comida. Si por alguna razón el niño experimenta un sentimiento de abandono de uno de sus padres o si tiene una familia disfuncional, puede intentar llenar el vacío, en este caso con comida extra. Por lo general, los comedores compulsivos buscan afecto por la comida, una sensación de bienestar y llenan los vacíos emocionales creados durante la infancia. No tienen recuerdos de contarle a nadie su problema.

Salmerón (2017), opina que hay muchas formas de tratar el trastorno alimentario excesivo. Sin embargo, está claro que debe ser un proceso integral de mirar a una persona desde los aspectos nutricionales, emocionales y mentales para optimizar la calidad de vida de alguien que, como Diana, está encarcelada. Toda la coerción debe ser tratada por expertos en psiquiatría.

La terapia psicoanalítica es altamente deseable para encontrar y comprender la raíz de la obsesión. El paciente debe hablar y quitar todo lo que ha suprimido en su inconsciencia y lo que se está haciendo en las sesiones de terapia. El terapeuta actúa como mediador entre el paciente y sus padres, por ejemplo. En estos espacios, uno puede decir lo que siente y así comenzar a encontrar la causa.

Pero Cortés (2017), afirma que el tiempo de recuperación varía según el individuo y la intensidad por hora de sus tratamientos. Un comedor compulsivo puede tardar un año o más en recuperarse. Es como ir a la universidad, se necesita tiempo y esfuerzo para aprender una nueva forma de pensar. En este tipo de tratamiento, se le enseña al individuo que el disfrute y la satisfacción no son inmediatos, como con la comida, sino que tienen tiempo o más para recuperarse.

Lo que significa que obligatoriamente, se necesita tiempo y esfuerzo para aprender una nueva forma de pensar y de asumir este aspecto. En este tipo de tratamiento, se le enseña a la persona que el disfrute y la satisfacción tan no son inmediatos, como con la comida, sino que toman tiempo. Por esta razón, existen terapias comunes que van de la mano con la nutrición y están diseñadas para descubrir por qué las personas comen compulsivamente.

Se utiliza la codificación genética, que es una terapia alternativa para encontrar la raíz subconsciente del trastorno. La biodescodificación es una terapia que permite el contacto directo con la conciencia celular. Use técnicas basadas en recursos de regresión y programación neurolingüística para superar la inconsciencia que causa ansiedad por comer.

Salmerón (2017), cree que los grupos de doce pasos y un programa de recuperación para comedores compulsivos anónimos son una excelente opción para aquellos que desean deshacerse eliminarlos. Doce pasos es una forma de vida y les enseña a las personas a vivir de manera sana, tranquila y espiritual. El proceso consiste en reconocer la pérdida de sustancia, en este caso, alimentos, y la recuperación de la ayuda de otros comedores compulsivos, frente al comportamiento alimentario y las situaciones de la vida. Los 12 pasos de alcohólicos anónimos sirven para el tratamiento de todas las adicciones.

López (2014), reconoce que, para muchos drogadictos, son la solución a su problema, pero para otros es parte de una solución integral. Consisten en un proceso espiritual pero no religioso. La relación con la espiritualidad, con el individuo y con otras personas se ha solucionado. El programa de recuperación ofrece una variedad de herramientas para aquellos que desean dejar de comer compulsivamente.

Las más populares son las reuniones donde dos o más comedores compulsivos se reúnen para compartir su proceso de recuperación. Se cree ampliamente que en estas reuniones las personas hablan sobre los problemas de sus vidas y que este es el estado en el que se quejan de su situación.

Pero para Cortés (2017), según el concepto psiquiátrico, el papel terapéutico de los grupos de apoyo y las reuniones. Como explica el médico, los adictos han dañado las condiciones cerebrales que no se pueden restaurar. Las reuniones forman un espacio

donde se revelan nuevas ideas y nuevos mecanismos de vida además de la comida. Las reuniones ayudan a crear nuevas conexiones cerebrales creando nuevos diálogos positivos y un deseo de crecer espiritualmente. Ser un programa anónimo facilita a las personas compartir honestamente sus sentimientos y vidas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

2.1.1. Recursos Humanos

- Personal docente de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”
- Investigador responsable
- 223 estudiantes de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”
- Tutor de proyecto de investigación

2.1.2. Recursos Institucionales

- Universidad Técnica de Ambato
- Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”

2.1.3. Recursos Materiales

- Computador
- Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26)
- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
- Hojas de corrección
- Esferos/lapiceros
- Impresiones
- Escritorio
- Empastado
- Proyector

2.1.4. Recursos Económicos

Tabla 1: Total de recursos económicos

Recursos		Costo
Recursos Humanos	Personal docente de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle” Investigador responsable 223 estudiantes de la institución Tutor de proyecto de investigación	\$ 0
Recursos Institucionales	Universidad Técnica de Ambato Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”	\$0
Recursos Tecnológicos	Computador Proyector	\$0
Insumos de oficina	Materiales de oficina Impresiones	\$400
Transporte		\$100
Total		\$500

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019

2.2. Métodos

2.2.1. Tipo de investigación

Cualitativo debido a que la información recolectada se utilizara para su análisis e interpretación, mediante la cual se facilita la visión y comprensión del problema planteado.

Cuantitativo por cuanto la recolección de información arroja valores numéricos sobre la población investigada, por tanto, permite realizar una medición a través de la utilización de instrumentos estandarizados y brinda la afirmación o negación de la hipótesis planteada.

2.2.2. Modalidad de investigación

Las modalidades empleadas en el presente trabajo de investigación son:

Investigación de campo

El presente trabajo investigativo es de campo ya que es necesario visitar el lugar donde se encuentran las personas involucradas para mediante ese contacto directo, obtener

información verídica y mediante las múltiples visitas a las instalaciones tener un mayor conocimiento sobre la realidad del problema en la población.

Esta modalidad de investigación contribuye a conocer los detalles de los hábitos alimenticios.

Investigación bibliográfica

Mediante el uso de esta modalidad no es posible la recolección de datos a fuentes de información secundaria la cual será de vital importancia para el cumplimiento del presente trabajo. Con toda la información recabada es necesario un proceso de selección, evaluación y análisis para determinar que material es relevante y necesario para la investigación de la conducta alimentaria y el consumo de sustancias adictivas.

2.2.3. Niveles de investigación

Descriptiva

La presente investigación se describe eventos y situaciones de manera ordenada y sistemática, mismos que permiten un análisis y descripción de forma crítica de las diferentes causas y efectos del problema. Lo cual nos ayuda a establecer comparaciones y relaciones entre las variables independiente y dependiente.

Correlacional

La presente investigación busca establecer el nivel de relación existente entre las variables que se manejan en el problema. De tal manera que se pueda conocer el grado de influencia entre la variable independiente (conducta alimentaria) y la variable dependiente (consumo de sustancias adictivas)

2.2.4. Población y muestra

Se trabajó en la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle” con los estudiantes de nivel bachillerato, con una muestra de 223 estudiantes. Además de 6 docentes tutores de dichos cursos de la institución.

$$n = \frac{N}{E^2 (N - 1) + 1}$$

$$n = \frac{504}{0,05^2 (504 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{504}{0,0025 (503) + 1}$$

$$n = \frac{505}{2,2575}$$

$$n = 223,256$$

$$n = 223$$

Tabla 2. Población y Muestra

Población	Frecuencia	Porcentaje
1° BGU “A”	38	17%
1° BGU “B”	39	18%
2° BGU “A”	39	18%
2° BGU “B”	38	17%
3° BGU “A”	33	14%
3° BGU “B”	36	16%
TOTAL	223	100%

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

2.2.5 Plan de Recolección de información

Tabla 3. Preguntas de recolección de información

Preguntas	Recolección
¿Para qué?	Para determinar la conducta alimentaria en el consumo de sustancias adictivas
¿A quiénes?	Estudiantes del nivel bachillerato
¿Sobre qué aspectos?	La conducta alimentaria y el consumo de sustancias adictivas
¿Cuándo?	Período Académico septiembre 2019 - febrero 2020.
¿Donde?	Unidad Educativa Jun León Mera “La Salle”
¿Cuántas veces?	Una vez
¿Qué técnica de recolección?	Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT - 26) Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
¿Con qué?	Instructivos de los cuestionarios

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019

2.2.6 Hipótesis

¿La conducta alimentaria incide en el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de bachillerato de la unidad educativa Juan León Mera “La Salle”?

Hipótesis Alternativa

¿La conducta alimentaria si incide en el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de bachillerato de la unidad educativa Juan León Mera “La Salle”?

Hipótesis Nula

¿La conducta alimentaria no incide en el consumo de sustancias adictivas en los estudiantes de bachillerato de la unidad educativa Juan León Mera “La Salle”?

2.2.7 Instrumentos aplicados

2.2.7.1. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26)

Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26) es una prueba de tamizaje (screening), que tiene por objetivo el identificar riesgo de desorden alimentario en una muestra no clínica. Es un test de auto reporte que tiene una duración aproximada de 15 minutos, el cual debe aplicarse en un recinto que cumpla condiciones adecuadas de luz, temperatura y sonido, y que cuente con material básico para su aplicación. El test consta de 26 preguntas (Corada y Montedónico, 2007).

Puntuación de preguntas

1 = Nunca

2= Rara vez

3= A veces

4= Frecuentemente

5= Casi siempre

6= Siempre

Baremación

Puntaje < 20 = No indica preocupación en relación con la conducta alimentaria, la dieta o el peso.

Puntaje entre 20 y 45= Indica un alto nivel de preocupación en relación con la conducta alimentaria, la dieta o el peso.

Puntaje > a 45= Indica muy alto nivel de preocupaciones relación con la conducta alimentaria, la dieta o el peso.

2.2.7.2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo. La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar (OMS, 2011).

La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, Alcohol, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), Alucinógenos, Opiáceos, Otras drogas

Baremación

Cada respuesta sobre cada droga y cada pregunta debe encerrarse en un círculo e incluir todos los ceros o respuestas negativas, de lo contrario es posible obtener una puntuación incorrecta.

La pregunta 1 es una pregunta ‘filtro’, lo que significa que las respuestas registradas determinan lo que sucede a continuación con respecto a las preguntas sobre el consumo específico de sustancias en las siguientes preguntas.

Las siguientes preguntas se responderán de la siguiente manera, cada pregunta tiene una puntuación diferente en cada etiqueta excepto **nunca** que siempre tiene (puntuación = 0):

Nunca: significa que la sustancia no ha sido consumida en lo absoluto en los últimos tres meses;

Una o dos veces: significa que la sustancia se ha consumido un total de una a dos veces en los últimos tres meses;

Mensualmente: significa que la sustancia se ha consumido un promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses, lo que resulta en un total de tres a nueve veces en los últimos tres meses;

Semanalmente: significa que la sustancia se ha consumido un promedio de una a cuatro veces por semana en los últimos tres meses;

Diariamente o casi diariamente: significa que la sustancia se ha consumido un promedio de cinco a siete días por semana en los últimos tres meses.

2.3 Validez y confiabilidad

Las herramientas utilizadas como instrumentos para el proyecto se tienen en cuenta en términos de su confiabilidad dentro de la metodología, los cuestionarios que permiten recolectar y obtener información real sobre la población encuestada, y ambos recursos son consistentes con la investigación porque los involucrados en la muestra poblacional pueden aportar datos relevantes para luego interpretarlos adecuadamente para poder comprender cómo se manifiesta el problema planteado.

2.4 Procesamiento y análisis

Los datos se recopilarán tanto en las herramientas: cuestionario de conductas alimentarias de riesgo (EAT -26) y por medio de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) para identificar la conducta alimentaria en función de dieta alimentaria, el control alimenticio, la bulimia y la preocupación por la comida; además de analizar la frecuencia de consumo de sustancias adictivas mediante en los estudiantes de Bachillerato de la Unidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis y discusión de resultados

Porcentaje de respuestas tabuladas

Tabla 4: Estadísticos descriptivos (EAT-26)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
F. Bulimia y preocupación por la comida	223	0	31	8,30	5,640
F. Dieta	223	1	13	4,11	2,163
F. Control Oral	223	0	16	3,98	3,591
Total Eat	223	2	53	16,39	8,647

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Análisis descriptivo escala (EAT-26)

Como se observa, los puntajes del factor Bulimia y preocupación por la comida no indican un riesgo a padecer conductas bulímicas y pensamientos relacionados con la comida, así como también en el factor Dieta, dado que no se evidencia un riesgo a la aparición de conductas evitativas de alimentos que engorden, así como pensamientos relacionados con la delgadez; de igual forma, en el factor control oral no hay un riesgo significativo sobre el autocontrol de ingesta y presión por ganar peso. Por lo tanto, a nivel global no hay riesgo a padecer algún tipo de trastorno alimenticio.

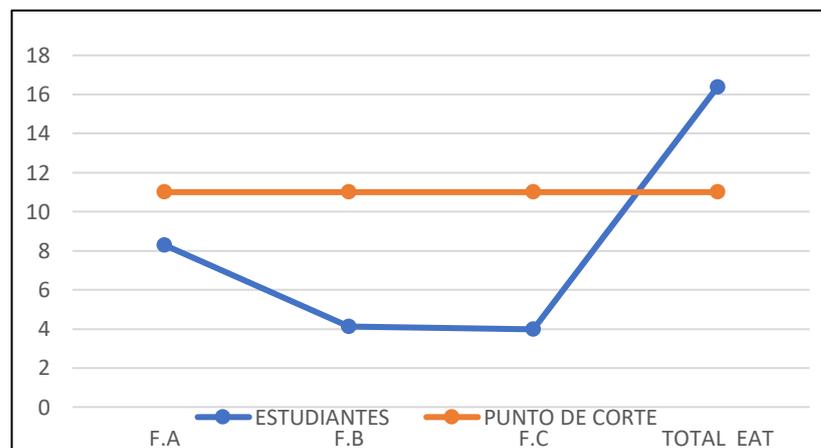


Gráfico 1: Muestra de valores, Factores (EAT26)

Fuente: Estudiantes Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Simbología: *F.A. Significa Factor Bulimia, F.B. Significa Dieta y F.C. Control Oral*

La representación gráfica muestra que los valores de bulimia y preocupación por la comida (F.A.), dieta (F.B.) y control oral (F.C.) se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, mientras más debajo de la norma se ubiquen los puntajes, habrá menor riesgo a padecerlos; caso contrario sucede con la puntuación global que está por encima del punto de corte, indicando un riesgo a desarrollar algún trastorno alimenticios.

Tabla 5: Estadísticos descriptivo (ASSIST)

Categorías	Tabaco		Alcohol		Cannabis		Cocaína		Anfetaminas		Inhalantes		Sedantes		Alucinógenos		Opiáceos		Otras Drogas	
	F	%	F	%	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nivel de Riesgo Alto	0	-	21	9,4	0	-	0	-	0	-	1	,4	2	,9	0	-	1	,4	1	,4
Nivel de Riesgo Medio	87	39,0	75	33,6	73	32,7	33	14,8	31	13,9	35	15,7	44	19,7	32	14,3	29	13,0	30	13,5
Nivel de Riesgo Bajo	136	61,0	127	57,0	150	67,3	190	85,2	192	86,1	187	83,9	177	79,4	191	85,7	193	86,5	192	86,1

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Análisis descriptivo escala (ASSIST)

Como se puede evidenciar en la tabla, la muestra señala un alto riesgo a generar dependencia al alcohol (9,4%) en relación con las demás sustancias, así mismo hay un riesgo medio a desarrollar una adicción mayoritariamente al tabaco, alcohol y cannabis. Sin embargo, hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias al tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

Análisis de fiabilidad (EAT-26)

Tabla 6: Estadísticas de fiabilidad (EAT-26)

Alfa de Cronbach	N de elementos
.758	26

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Cómo se evidencia en la tabla existe una consistencia interna de 0.8 indicando un alto nivel de confiabilidad. Los estudios con un alfa de Cronbach mayor a 0.7 indican resultados aceptables. Por lo tanto, los puntajes obtenidos muestran certeza y confiabilidad.

Análisis de fiabilidad sustancias

Tabla 7: Estadísticas de fiabilidad (ASSIST)

Alfa de Cronbach	N de elementos
.938	71

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

La consistencia total de la escala muestra una consistencia interna de 0.938, lo que indica una Confiabilidad excelente. Por tanto, los resultados son muy confiables y certero.

Análisis correlacional

Mediante el método de correlación de Spearman se indagó determinar el nivel de influencia de la variable independiente sobre la variable dependiente.

Se estableció mediante el programa SPSS mediante el cual se ejecutó la correlación en concordancia a pautas establecidos por Spearman.

Tabla 8: Estadísticas de correlación

		Total Tabaco	Total Alcohol	Total Cannabis	Total Cocaína	Total Anfetaminas	Total Inhalantes	Total Sedantes	Total Alucinógenos	Total Opiáceos	Total Otras drogas
Rho de Spearman	Total Eat										
	de										
	Coefficiente correlación	-0,012	0,031	0,04	0,185	0,21	0,2	0,191	0,151	0,184	0,159
	Sig. (bilateral)	0,861	0,644	0,556	0,006	0,002	0,003	0,004	0,024	0,006	0,017
	N	223	223	223	223	223	223	223	223	223	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla no se hallan diferencias significativas en tabaco, alcohol, cannabis sig. (bilateral) $p > 0,05$ por lo que se acepta la H_0 ; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis. Así como se demuestra que, si se halla diferencias significativas en cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas Sig. (Bilateral) $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos, otras drogas.

Tabla 9 Intercorrelación entre escalas de ambas variables

VARIABLES CONSUMO DE SUSTANCIAS	CONDUCTA ALIMENTARIA					
	FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3	
	rho Spearman	R ²	rho Spearman	R ²	rho Spearman	R ²
Tabaco	,027	0,0007	-,025	0,0006	-,060	0,004
Alcohol	,083	0,006	-,012	0,0001	-,042	0,002
Cannabis	,026	0,0006	,027	0,0007	,023	0,0005
Cocaína	,127	0,016	,069	0,004	,192**	0,04
Anfetaminas	,173**	0,029	,083	0,0068	,201**	0,04
Inhalantes	,231**	0,05	,039	0,001	,120	0,001
Sedantes	,219**	0,04	,033	0,001	,117	0,01
Alucinógenos	,114	0,01	,086	0,007	,131	0,02
Opiáceos	,138*	0,01	,063	0,004	,212**	0,04
Otras drogas	,111	0,01	,071	0,005	,195**	0,04

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

**La correlación es significativa a nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa a nivel 0,05 (bilateral)

Factor 1 significa bulimia y preocupación por la comida, Factor 2 dieta y Factor 3 control oral.

Como se puede observar, las escalas de ambas variables presentan correlaciones directas estadísticamente significativas ($p < 0,05$ y $p > 0,01$); es decir, a mayor presencia de alteraciones de la conducta alimentaria mayor predisposición a padecer algún riesgo relacionado con el consumo de sustancias o trastorno de conductas alimentarias.

3.2. Análisis e Interpretación de resultados

Consumo de sustancias adictivas

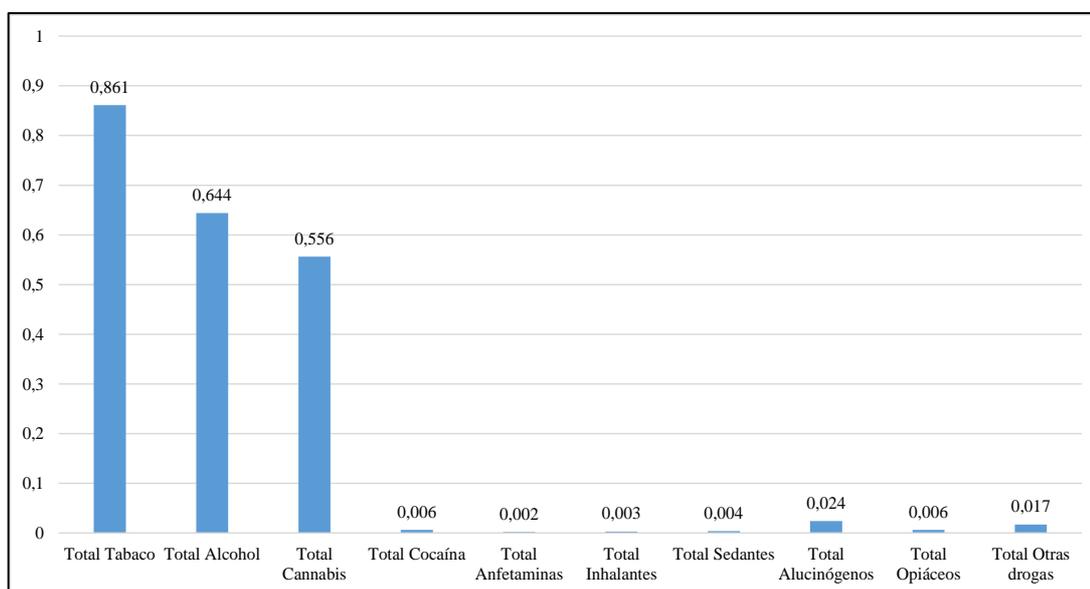


Gráfico 2: Resultados de los totales de drogas consumidas

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Tabla 10. Resultados de los totales de drogas consumidas

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Total Tabaco	0,861	40,56%	40,56%	40,56%
Total Alcohol	0,644	30,33%	30,33%	70,89%
Total Cannabis	0,556	26,19%	26,19%	97,08%
Total Cocaína	0,006	0,28%	0,28%	97,36%
Total Anfetaminas	0,002	0,09%	0,09%	97,46%
Total Inhalantes	0,003	0,14%	0,14%	97,60%
Total Sedantes	0,004	0,19%	0,19%	97,79%
Total Alucinógenos	0,024	1,13%	1,13%	98,92%
Total Opiáceos	0,006	0,28%	0,28%	99,20%
Total Otras drogas	0,017	0,80%	0,80%	100,00%
Total	2,123	100,0%	100%	

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Análisis e interpretación de los Resultados

Tras haber aplicado los instrumentos de recolección de datos a 223 estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”, el resultado más sobresaliente en consumo de drogas es en el total de tabaco que revela un 40,56%, seguido por el total alcohol con un 30,33% y luego en igual porcentaje el total cannabis con 26,19%. Esto

permite evidenciar que el consumo de tabaco es el más común entre los estudiantes, sin embargo, la diferencia con el alcohol no es muy amplia del mismo modo con el cannabis que en porcentaje les siguen muy de cerca.

3.3. Verificación de hipótesis

3.3.1. Planteamiento de la hipótesis

H₀: La conducta alimentaria no incide en el consumo de sustancias adictivas

H₁: La conducta alimentaria si incide en el consumo de sustancias adictivas

3.3.2 Comprobación de hipótesis

Tabla 11: Comprobación de hipótesis Tabaco

			Total tabaco
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	-,012
		Sig. (bilateral)	,861
		N	223

*Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.*

Como se puede observar en la tabla, no se halla diferencias significativas en tabaco, Sig. (Bilateral) = 0,86, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H₀; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de tabaco.

Tabla 12: Comprobación de hipótesis Alcohol

			Total Alcohol
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	,031
		Sig. (bilateral)	,644
		N	223

*Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.*

Como se puede observar en la tabla, no se halla diferencias significativas en el Alcohol, Sig. (Bilateral) = 0,64, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H₀; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de alcohol.

Tabla 13: Comprobación hipótesis Cannabis

		Total Cannabis	
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	,040
		Sig. (bilateral)	,556
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, no se halla diferencias significativas en el Cannabis, Sig. (Bilateral) = 0,55, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H_0 ; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de Cannabis.

Tabla 14: Comprobación de hipótesis Cocaína

		Total Cocaína	
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	,185
		Sig. (bilateral)	,006
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en cocaína, Sig. (Bilateral) = 0,006, $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de cocaína.

Tabla 15: Comprobación hipótesis Anfetaminas

		Total Anfetaminas	
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	,210
		Sig. (bilateral)	,002
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Anfetaminas, Sig. (Bilateral) = 0,002 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Anfetaminas.

Tabla 16: Comprobación hipótesis Inhalantes

		Total Inhalantes	
Rho de Spearman	Total Eat	Coeficiente de correlación	,200
		Sig. (bilateral)	,003
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”
Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Inhalantes, Sig. (Bilateral) = 0,003 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Inhalantes.

Tabla 17: Comprobación hipótesis Sedantes

			Total Sedantes
Rho de Spearman	Total Eat	Coefficiente de correlación	,191
		Sig. (bilateral)	,004
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera "La Salle"

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Sedantes, Sig. (Bilateral) = 0,004 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Sedantes.

Tabla 18: Comprobación hipótesis Alucinógenos

			Total Alucinógenos
Rho de Spearman	Total Eat	Coefficiente de correlación	,151
		Sig. (bilateral)	,024
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera "La Salle"

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Alucinógenos, Sig. (Bilateral) = 0,024 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Alucinógenos.

Tabla 19: Comprobación hipótesis Opiáceos

			Total Opiáceos
Rho de Spearman	Total Eat	Coefficiente de correlación	,184
		Sig. (bilateral)	,006
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera "La Salle"

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Opiáceos, Sig. (Bilateral) = 0,006 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Opiáceos.

Tabla 20: Comprobación hipótesis Otras drogas

		Total Otras Drogas	
Rho de Spearman	Total Eat	Coefficiente de correlación	,159
		Sig. (bilateral)	,017
		N	223

Fuente: Estudiantes de Bachillerato de la U.E. Juan León Mera “La Salle”

Elaborador por: Christian Stalin Jordán Jordán, 2019.

Como se puede observar en la tabla, si se halla diferencias significativas en Otras Drogas, Sig. (Bilateral) = 0,017 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Otras Drogas.

3.3.3. Redacción (interpretación) sobre el consumo de drogas

Hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias como en el caso del tabaco, en todo caso las diferencias significativas en tabaco, Sig. (Bilateral) = 0,86, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H_0 ; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de tabaco; sin embargo, se puede evidenciar que hay un riesgo medio a desarrollar una adicción mayoritariamente al tabaco, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Existe un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno al alcohol, aunque no se halla diferencias significativas en el Alcohol, Sig. (Bilateral) = 0,64, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H_0 ; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de alcohol; sin embargo, se puede evidenciar que hay un riesgo medio a desarrollar una adicción mayoritariamente al alcohol, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Se observa que hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias cannabis, no se halla diferencias significativas en el Cannabis, Sig. (Bilateral) = 0,55, $p > 0,05$ por lo que se acepta la H_0 ; es decir, la conducta alimentaria no incide en el consumo de Cannabis, sin embargo, se puede evidenciar que hay un riesgo medio a desarrollar una adicción mayoritariamente al cannabis, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Es evidente un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a la cocaína, si se halla diferencias significativas en cocaína, Sig. (Bilateral) = 0,006, $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de cocaína, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Se observa un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a las anfetaminas, si se halla diferencias significativas en Anfetaminas, Sig. (Bilateral) = 0,002 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Anfetaminas, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a los inhalantes, no obstante, sí se halla diferencias significativas en Inhalantes, Sig. (Bilateral) = 0,003 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Inhalantes, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Existe un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias al sedante, sin embargo, sí se halla diferencias significativas en Sedantes, Sig. (Bilateral) = 0,004 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Sedantes, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Los resultados demuestran que hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a los alucinógenos, en todo caso, sí se halla diferencias significativas en Alucinógenos, Sig. (Bilateral) = 0,024 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Alucinógenos, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Se puede evidenciar que hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a los opiáceos, si se halla diferencias significativas en Opiáceos, Sig.

(Bilateral) = 0,006 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Opiáceos, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias a otras drogas, pero si se halla diferencias significativas en Otras Drogas, Sig. (Bilateral) = 0,017 $p < 0,05$ por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de Otras Drogas, determinado según la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

Al trabajar con los instrumentos de recolección de datos, estos permitieron evidenciar los resultados en que el consumo de tabaco es el más común entre los estudiantes, sin embargo, la diferencia con el alcohol no es muy amplia del mismo modo con el cannabis que en porcentaje les sigue muy de cerca.

Los puntajes del factor Bulimia y preocupación por la comida no indican un riesgo a padecer conductas bulímicas y pensamientos relacionados con la comida, así como también en el factor Dieta, dado que no se evidencia un riesgo a la aparición de conductas evitativas de alimentos que engorden, así como pensamientos relacionados con la delgadez; de igual forma, en el factor control oral no hay un riesgo significativo sobre el autocontrol de ingesta y presión por ganar peso. Por lo tanto, a nivel global no hay riesgo a padecer algún tipo de trastorno alimenticio.

Sin embargo, al establecer la correlación se demuestra que hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias al tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. De ahí, que los valores de bulimia y preocupación por la comida, dieta y control oral se encuentran por debajo del punto de corte, es decir, mientras más debajo de la norma se ubiquen los puntajes, habrá menor riesgo a padecerlos; caso contrario sucede con la puntuación global que está por encima del punto de corte, indicando un riesgo a desarrollar algún trastorno alimenticios.

3.3.4. Decisión Final

El valor $p < 0,05$ H_1 ; teniendo una aproximación significativa (p_c) igual a 0,000 siendo esta menor a 0,02 ($p < 0,05$) por lo que se rechaza la H_0 , entonces se acepta la H_1 , es decir, la conducta alimentaria si incide en el consumo de sustancias adictivas. Además, al mantener una correlación entre las variables, las medidas se ven afectadas directamente entre sí mismas; eso quiere decir que, si la conducta alimentaria mejora en los estudiantes el consumo de sustancias adictivas disminuirá, y el efecto puede también manifestarse en viceversa.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se pudo determinar la conducta alimentaria en el consumo de sustancias adictivas, para lo cual se acudió al sustento teórico en diferentes fuentes bibliográficas para analizar los diversos enfoques y propuestas de especialistas sobre las variables que involucran el problema planteado. Una revisión preliminar permitió evidenciar abundante sustento científico técnico para respaldar el presente estudio, luego, a través de los resultados obtenidos se determinó que la conducta alimentaria no incide en el consumo de sustancias adictivas de los estudiantes en un porcentaje significativo encontrándose en un rango bajo de correlación de las variables propuestas.
- Para la identificación de la conducta alimentaria en función de dieta alimentaria, el control alimenticio, la bulimia y la preocupación por la comida en los estudiantes, se utilizó la escala del EAT 26 y se logró demostrar que a nivel global de la población estudiada no presentan riesgo de padecer algún trastorno de conducta alimentaria, siendo los factores evaluados dentro la escala aplicada los siguientes: dieta alimentaria, control alimenticio, la bulimia, y la preocupación por la comida.
- El análisis de la frecuencia de consumo de sustancias adictivas se realizó mediante la aplicación de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) con lo cual se evidenció que existe un alto riesgo a generar dependencia al alcohol en relación con las demás sustancias, así mismo hay un riesgo medio de desarrollar una adicción mayoritariamente al tabaco, alcohol y cannabis. Sin embargo, hay un riesgo bajo a padecer algún tipo de trastorno de sustancias al tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.
- Es importante desarrollar estrategias de solución en las conductas alimentarias y el consumo de sustancias adictivas, para lo cual se elaboró una guía nutricional y de prevención de sustancias adictivas que puede ser utilizada como instrumento para informar, educar y orientar a estudiantes y público en general hacia una

alimentación saludable y una vida sin adicciones. En la misma se detallan los trastornos de conducta alimentaria estudiados y su respectivo tratamiento, así como también, las sustancias adictivas más utilizadas dentro de la población evaluada, sus síntomas, efectos y técnicas de prevención de estas.

4.2. Recomendaciones

- Es importante para analizar la conducta alimentaria en el consumo de sustancias adictivas, la realización de estudios similares, donde se profundice a través del sustento científico técnico, para reforzar los resultados obtenidos en la presente investigación a fin de poder elaborar iniciativas y programas que permitan contrarrestar esta problemática en la sociedad.
- Se aconseja realizar campañas de sensibilización en centros educativos sobre el peligro que representan los desórdenes a los alimentos y las enfermedades que pueden afectar tanto física como psicológicamente. Además, impulsar a los padres de familia, que eviten que sus hijos consuman de forma excesiva comidas chatarras y enseñen a los menores la importancia de una buena alimentación, lo que permitirá una mejor calidad de vida.
- Se propone para la prevención del consumo de sustancias adictivas efectuar capacitaciones a nivel de escuela para padres acerca de Programas que cuenten con información científica a fin de evitar el consumo de sustancias con mayor énfasis como; alcohol y tabaco que son drogas sin ninguna restricción, para la venta y el consumo de las mismas, pero que de igual manera causan dependencia y adicción, con la participación e implicación de la familia para el desarrollo de las actuaciones preventivas buscando así de alguna forma potenciar actuaciones favorables a la prevención.
- Se sugiere utilizar la guía nutricional donde se detallen hábitos alimenticios, alimentos saludables, para generar una conducta alimentaria sana. Aplicar los talleres y programas de prevención de sustancias adictivas para estudiantes, padres de familia y docentes en los cuales interactúan en conjunto, promoviendo la conciencia en cuanto a quienes consumen alguna sustancia adictiva. Finalmente, promover la distribución de la guía nutricional y prevención de sustancias adictivas realizada, por medio de los tutores y docentes hacia los estudiantes.

Referencias Bibliográficas

- Agüera, Z. (2015). *Adicción a la comida: Un constructo controvertido*. Obtenido de Revista Iberoamericana de Psicología:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5564729.pdf>
- Azuero Galarza, M. A. (2019). Nutrición en el trabajo y el clima laboral en el personal administrativo y de servicio de la Universidad Técnica de Ambato. 1-17.
- Bisetto Pons, D., Botella Guijarro, Á., & Sancho Muñoz, A. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Eating Disorders and drug use in adolescents*, 8.
- Corada, Leonor; Montedónico, A. (2007). *Estudio del aporte de un instrumento (Test De Actitudes Alimentarias Eat-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad*. 3–55. Retrieved from http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/corada_1/sources/corada_1.pdf
- Cortés, M. (2017). *Cuando comer se convierte en adicción*. Obtenido de Universidad del Rosario:
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/14239/FINAL%20Cuando%20la%20comida%20se%20convierte%20en%20adiccion.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual, A., Etxebarria, I., & Echeburúa, E. (2013). Riesgo de trastorno de la conducta alimentaria, consumo de sustancias adictivas y dificultades emocionales en chicas adolescentes. *Anales de Psicología*, 29(3), 724–733. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.151041>
- Fernández Corres, B., La Laguna, B., Rodríguez, C., & González Pinto, A. (2000). Comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y el abuso de sustancias. *Trastor. Adict. (Ed. Impr.)*, 2(1), 26–31. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-comorbilidad-trastornos-conducta-alimentaria-el-10016679>
- Fernández, M. . V. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13

a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatría de Atención Primaria*, 16(62), 125–134. <https://doi.org/10.4321/s1139-76322014000300005>

- Figueroa, J. (2018). *Adicción alimentaria en Latinoamérica*. Obtenido de Universidad Los Ángeles de Chimbote:
https://www.researchgate.net/publication/323541628_Adiccion_alimentaria_en_Latinoamerica
- Flores-Fresco, M. J., Del Carmen Blanco-Gandía, M., & Rodríguez-Arias, M. (2018). Alterations in eating behavior in patients with substance abuse disorders. *Clinica y Salud*, 29(3), 125–132. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a18>
- Lambruschini, N., & Leis, R. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Obtenido de Anorexia nerviosa:
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8-TCA.pdf>
- Lema, A. M., & Jara, A. L. (2018). Factores asociados a desordenes alimenticios en estudiantes de la Unidad Educativa “Santa María de la Esperanza”. *UNIVERSIDAD DE CUENCA*, 77.
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., & García, E. (2018). Causas de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Scielo*.
- López, C. (2014). *Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Descripción y manejo*. Obtenido de Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil:
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/10_PS_Lopez-12.pdf
- Marín B., V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2). <https://doi.org/10.4067/s0717-75182002000200002>
- Madruga, D. (2014). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Obtenido de Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anorexia_bulimia.pdf

- Obregón, A. (2015). *Asociación entre adicción a la comida y estado nutricional en universitarios*. Obtenido de Artículos de investigación:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n5/art06.pdf>
- OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). In *Oms*.
- Osorio E, J., Weisstaub N, G., & Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia. *SciELO*.
- Persano, H. L., Ventura, A. D., Gutnisky, D. A., & Kremer, C. D. (n.d.). *CONSUMO Problemático de sustancias y desórdenes del comportamiento Alimentario*. Retrieved from <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/2016/4.4.pdf>
- Piran, N., & Robinson, S. R. (2006). Associations between disordered eating behaviors and licit and illicit substance use and abuse in a university sample. *Addictive Behaviors, 31*(10), 1761–1775. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.12.021>
- Pons, D. B., Guijarro, Á. B., & Muñoz, A. S. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas en población adolescente. *Adicciones, 24*(1), 9–16.
- Salmerón, M. (2017). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Obtenido de Hospital Universitario La Paz: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/02/n2-082-091_MariSalmeron.pdf
- Vaz, F. J., Zamora, F. J., Guisado, J.A., Rodríguez, L. y, & Ramos, M. I. (2014). Adicciones y trastornos de la conducta alimentaria: ¿dos caras de una misma moneda? Addictions and eating disorders: Two sides of the same coin? *Revista de Patología Dual, 1*(2), 1–7. <https://doi.org/10.17579/RevPatDual.01.7>
- Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Diaz, J. M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 6*(2), 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>

ANEXOS

Anexo 1: EAT-26

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT – 26)

Nombre: Edad:

Curso:..... Paralelo

..... A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus actitudes ante la alimentación. Lea atentamente cada frase e indique por favor la respuesta desde nunca a siempre con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

	SIEMPRE	MUY A MENUDO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	RARAMENTE	NUNCA
1. Me gusta comer con otras personas						
2. Procuero no comer, aunque tenga hambre						
3. Me preocupo mucho por la comida						
4. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer						
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños						
6. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: pan, arroz, patatas, etc.)						
8. Noto que los demás preferirían que yo comiese más						
9. Vomito después de haber comido						
10. Me siento muy culpable después de comer						
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a						
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio						
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
15. Tardo en comer más que las otras personas						
16. Procuero no comer alimentos con azúcar						
17. Como alimentos de régimen						
18. Siento que los alimentos controlan mi vida						
19. Me controlo en las comidas						
20. Noto que los demás me presionan para que coma						
21. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida						
22. Me siento incómodo/a después de comer dulces						
23. Me comprometo a hacer régimen						
24. Me gusta sentir el estómago vacío						
25. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						
26. Tengo ganas de vomitar después de las comidas						

Anexo 2: ASSIST

ENTREVISTADOR	PAÍS	CLÍNICA
Nº PARTICIPANTE	FECHA	

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la PI del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses</u> , (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes		
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los items en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes semana	Cada	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?					
	Nunca	1 ó 2 veces		Cada mes	
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>)?					
	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consume de (<i>PRIMERA DROGA SEGUNDA DROGA ETC</i>)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (<i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i>) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada?	0	2	1

Anexo 3: Evidencia de la aplicación del test EAT-26 y el test ASSIST



GUÍA NUTRICIONAL Y PREVENCIÓN DE SUSTANCIAS ADICTIVAS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA
EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA EDUCATIVA
MODALIDAD PRESENCIAL

Proyecto de Investigación previo a la Obtención del Título profesional
de:
Psicólogo Educativo y Orientador Vocacional.

TEMA:

**“LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS ADICTIVAS”**

Autor: Christian Stalin Jordán Jordán

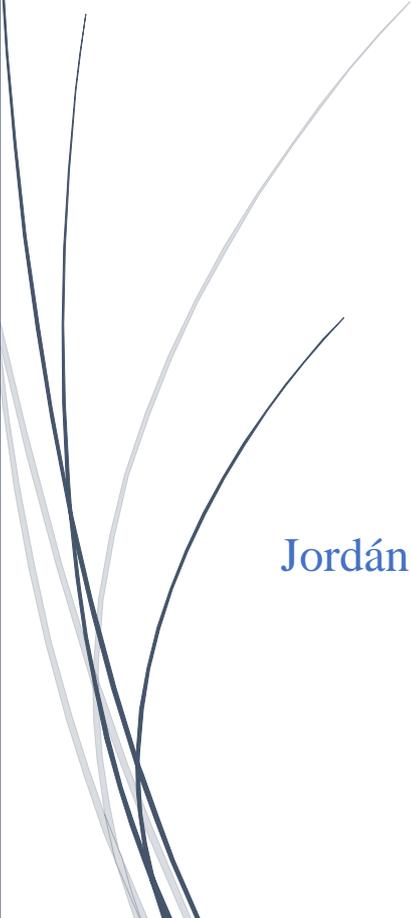
Tutor: Psic. Edu. Mg. Danny Gonzalo Rivera Flores

AMBATO – ECUADOR

2019



GUÍA NUTRICIONAL Y
DE PREVENCIÓN DE
SUSTANCIAS ADICTIVAS



Jordán Jordán Christian Stalin

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. ANOREXIA NERVIOSA.....	3
1.1.1 Menú para trastorno de anorexia nerviosa.....	4
1.2. Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos.....	5
1.2.1. Tratamiento para trastorno por evitación /restricción de la ingesta de alimentos. .	5
1.3. Trastorno por atracón.....	5
1.3.1 Tratamiento para trastorno por atracón.	6
1.4. Bulimia nerviosa.....	6
2.1. Sustancias adictivas.....	9
2.1.1. Alcohol.....	9
2.1.1.1. Efectos del abuso del alcohol.....	9
2.1.1.2. Técnicas de prevención del consumo de alcohol.....	9
2.1.1. Tabaco.....	12
2.1.1.1. Efectos del abuso de tabaco.....	12
2.1.1.2. Técnicas de prevención del consumo del tabaco.....	13
2.1.2. Cannabis.....	15
2.1.2.1. Efectos del cannabis.....	15
2.1.2.2. Técnicas de prevención de consumo de cannabis.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1. INTRODUCCIÓN

Trastornos conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria permiten una alteración en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación y por lo general consisten en:

- Cambios en el tipo de alimentación que ingiere o en la cantidad de alimentos que come cada persona;
- Acciones que toman las personas afectadas para evitar la absorción de los alimentos que consumen.

Para que el comportamiento alimentario inusual se considere un trastorno, el comportamiento debe prolongarse durante un período de tiempo y causar un daño significativo a la salud y / o la capacidad física de la persona para funcionar normalmente en la escuela o en el trabajo, así como afectar negativamente interacciones de la persona que lo padece con otras personas (Skodol, 2018).

Los trastornos alimentarios pueden ser los siguientes:

- Anorexia nerviosa
- Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
- Trastorno por atracón
- Bulimia nerviosa

Sustancias adictivas

El uso incorrecto de algunas sustancias puede causar trastornos en las personas. Dichas sustancias se dividen en diferentes categorías según los resultados que crean o por su composición (Persano y otros, 2013).

Al consumir sustancias adictivas, nuestro cerebro nos incita directa o indirectamente, y esto nos hace querer volver a tomar la sustancia consumida. La idea es simple: si algo es bueno, querrás repetir la experiencia. El área del cerebro conocida como ATV (área tegmental ventral) libera dopamina, un neurotransmisor que nos da satisfacción y dirige nuestras acciones para replicar la acción que nos hizo sentir bien (Mondragón, 2018).

trastornos de la conducta alimentaria



1.1. ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por el esfuerzo continuo de pérdida de peso, una percepción alterada de la imagen corporal, un miedo intenso a volverse obeso y una limitación del consumo de alimentos, lo que resulta en un peso corporal considerablemente bajo (Skodol, 2018).

Las personas con anorexia valoran mucho el control de su peso y forma, utilizando esfuerzos extremos que tienden a interferir significativamente con sus vidas (Mayo, 2017).

En la mayoría de los casos la anorexia nerviosa suele comenzar durante la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta; es muy poco frecuente que empiece antes de la pubertad o después de los 40 años. Anualmente, hasta 1 de cada 200 mujeres jóvenes sufren anorexia nerviosa. La anorexia nerviosa es menos frecuente en hombres (Skodol, 2018).

No es común la anorexia nerviosa en las regiones en las que los alimentos son muy escasos pues una gran cantidad de personas sufren de desnutrición.

Existen dos tipos de anorexia nerviosa:

- **Tipo restrictivo:** la persona disminuye la cantidad de alimento que ingiere, pero no se da un atracón o se purga con frecuencia, un claro ejemplo, es la provocación del vómito (lo que se denomina vómito autoinducido) o tomando ciertas sustancias como laxantes, etc. Algunas personas realizan ejercicio en exceso, lo que produce también un agotamiento en el cuerpo humano (Surmont, 2011).
- **Tipo atracón/purga:** la persona restringe por completo la ingesta de alimento, pero también, regularmente, se da un atracón y/o se purga (Surmont, 2011).

1.1.1 Menú para trastorno de anorexia nerviosa

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
COMIDA						
Ensalada de lechuga y pimientos.	Crema de tomate riñón.	Arroz con verduras y champiñones.	Ensalada de lechuga, pepinillo, pimientos, tomate y aguacate.	Alcachofas a la plancha.	Ensalada de lechuga y zanahoria.	Ensalada de papa con vainitas.
Arroz con lentejas.	Trucha rellena de tiras de zambo.	Lasaña de pasta con berenjena y pollo con verduras.	Huevos rellenos con atún.	Espagueti con camarón.	Menestra de frejol con verduras.	Bistec con pimienta y semillas de ajonjolí.
Pera.	Cerezas.	Plátano	Kiwi	Manzana	Yogurt natural	Sandia.
CENA						
Filete de tomate con huevo y naranja.	Ensalada de remolacha.	Cebada cocinada con alverjas.	Sopa de papa con coliflor y col.	Mini hamburguesa de garbanzos,	Tostada con aguacate y tomate.	Ensalada de pepinillo.
Espaguetis con espinacas y nueces.	Tortilla de huevo con papa y cebolla.	Ensalada de zucchini con tomate riñón y queso de cabra.	Trucha a la plancha con orégano.	zucchini y nueces, rodajas de tomate riñón y pepinillos.	Huevo revuelto con acelgas.	Quinoa con champiñones
Sandia	Durazno	Melón.	Pera	Nísperos	Kiwi	Fresas.

Fuente: (Gonzales V, 2015)

Elaborado por: Christian Stalin Jordán Jordán.

1.2. Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos

La prevención / restricción del trastorno de la ingesta de alimentos es un trastorno de la dieta que se caracteriza por consumir muy poca comida y / o prevenir el consumo de ciertos alimentos. No consiste en tener una imagen corporal distorsionada o estar preocupado por la imagen corporal (ASSOCIATION, 2018).

Este trastorno por lo general comienza durante la adolescencia y puede parecer inicialmente la forma caprichosa de no comer lo que supone es normal a esas edades. Por ejemplo, los niños pueden negarse a comer ciertos alimentos o alimentos de cierto color, textura u olor. Sin embargo, la forma caprichosa de comer suele consistir en unos pocos alimentos, y los niños que comen mal, a diferencia de las personas con este trastorno, tienen un apetito normal, comen suficiente comida en general, y crecen y se desarrollan normalmente (Thomas y otros, 2017) .

Las personas con ingesta de alimentos evitativa/ restrictiva pueden dejar de comer porque pierden interés en comer o porque piensan que comer tiene consecuencias perjudiciales (Skodol, 2018).

1.2.1. Tratamiento para trastorno por evitación /restricción de la ingesta de alimentos.

La terapia cognitivo-conductual se puede utilizar para ayudar a las personas con trastorno al evitar / restringir la ingesta de alimentos para aprender a comer normalmente. Puede ayudarlo a sentirse menos nervioso por lo que está comiendo (Zimmerman y Fisher, 2017).

Además, con la ayuda de los padres o representantes de las personas que sufren de este trastorno se puede llevar una dieta equilibrada rica en proteínas y con la ingesta de los alimentos necesarios para el correcto desarrollo de la persona.

1.3. Trastorno por atracón

El trastorno de atracón compulsivo (BED, por sus siglas en inglés) es un trastorno alimentario grave, potencialmente mortal y tratable, caracterizado por episodios recurrentes de comer grandes cantidades de alimentos (a menudo muy rápido y hasta

el punto de incomodidad); una sensación de pérdida de control durante los atracones; posteriormente siente vergüenza, ansiedad o culpa; y no usar pasos compensatorios inapropiados (por ejemplo, purga) para combatir los atracones de forma regular (“Binge Eating Disorder | National Eating Disorders Association,” 2019).

En promedio, el 3.5 por ciento de las mujeres y el 2 por ciento de los hombres sufren de un trastorno de atracón. Este trastorno es más común en personas con mayor peso corporal. En algunos programas de reducción de peso, el 30 por ciento o más de los obesos sufren de este trastorno (Skodol, 2018).

Los riesgos para la salud del trastorno por atracón están más comúnmente relacionados con la obesidad clínica, el estigma de peso y el ciclo de peso (también conocido como dieta yo-yo). Muchas personas que son clínicamente obesas no se ven afectadas por el trastorno por atracón. Sin embargo, hasta dos tercios de las personas con trastorno por atracón son clínicamente obesas; las personas que luchan con el trastorno por atracón tienden a tener un peso normal o mayor que el promedio, aunque el trastorno por atracón puede diagnosticarse con cualquier peso (“Binge Eating Disorder | National Eating Disorders Association,” 2019).

1.3.1. Tratamiento para trastorno por atracón.

Los siguientes tratamientos pueden ser útiles:

Tratamiento Psicológico		
<ul style="list-style-type: none">• Un posible comienzo en el tratamiento de las personas con Trastorno por atracón puede ser animarlos a seguir un programa de autoayuda.	<ul style="list-style-type: none">• El tratamiento de primera línea para todo tipo de personas con Trastorno por atracón es una terapia psicológica individual	<ul style="list-style-type: none">• Los tratamientos psicológicos adecuados ejercen un efecto ilimitado sobre el control del peso corporal.

1.4. Bulimia nerviosa

La bulimia (o bulimia nerviosa) es una enfermedad mental grave. Puede afectar cualquier edad, raza o historia. Las personas con bulimia se ven atrapadas en un ciclo de comer grandes cantidades de alimentos (llamados atracones) y luego intentar

compensarlo vomitando, tomando laxantes o diuréticos, ayunando o haciendo ejercicio en exceso (llamado purga). La intervención temprana ofrece la mejor oportunidad para recuperarse de la bulimia de forma rápida y sostenible (Beat eating disorders Organization, 2017)

Los adolescentes y adultos jóvenes son los principales afectados por la bulimia nerviosa pues en su entorno social la delgadez es el estereotipo perfecto en el que debe estar una persona, esto les conlleva a sufrir de este trastorno (“Binge Eating Disorder | National Eating Disorders Association,” 2019).

- Las personas afectadas ingieren grandes cantidades de comida y a continuación se provocan el vómito, emplean laxantes, hacen dieta o ayuno o realizan sesiones de ejercicio físico muy intenso con el fin de compensar los atracones.
- Los médicos sospechan el diagnóstico cuando observan en los pacientes un exceso de preocupación por el peso, el cual fluctúa de manera notable.
- El tratamiento suele consistir en terapia cognitivo-conductual, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, o la combinación de ambos.

1.4.1 menú para trastorno por bulimia nerviosa

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	Arroz con leche y fruta picada.	Leche con tostadas y rodajas de tomate riñón.	Leche con galletas y fruta.	Arroz con leche y fruta picada.	Leche, tostadas y rodajas de tomate riñón.	Leche con galletas y fruta.	Leche y pancakes con fruta.
Comida	Menestra de lenteja con zanahorias y papas.	Ensalada de fideo con tomate riñón y mozzarella.	Estofado de borrego con verduras.	Garbanzos con espinacas.	Paella.	Tilapia a la plancha con verduras.	Pasta de fideos tipo macarrón, ensalada.
Merienda	Sandwich de jamón.	Biscocho con yogur.	Pan con queso.	Biscocho con yogur	Sandwich de pechuga de pollo.	Come y bebe	Biscocho con yogur.
Cena	Pollo a la plancha con zucchini.	Pez dorado al horno con papas gratinadas.	Arroz con huevo frito y rodajas de plátano maduro.	Bistec de lengua y ensalada de tomate y pepinillos.	Estofado de pollo ensalada de lechuga, pepinillo, tomate y pimiento.	Tortilla de huevo con papas.	Pechuga de pollo apanada con ensalada de tomate y lechuga

Fuente: (Gonzales V, 2015)

Elaborado por: Christian Stalin Jordán Jordán.

SUSTANCIAS ADICTIVAS



2.1. Sustancias adictivas

2.1.1. Alcohol

El alcohol es la sustancia adictiva más consumida en la mayoría de los países Latinoamericanos. Beber en exceso, en una ocasión o durante un período de tiempo, puede provocar problemas de salud graves, enfermedades crónicas e incluso la muerte. El abuso del alcohol también afecta el comportamiento de los usuarios, lo que puede provocar accidentes y violencia. Los síntomas de la adicción al alcohol son extremos y de gran alcance. Si bien algunas personas pueden superar esta adicción por sí mismas, la mayoría de las personas necesitan ayuda. Los programas de tratamiento para el abuso de sustancias pueden ayudar a las personas adictas a detener el consumo de alcohol (Gateway, 2019).

2.1.1.1. Efectos del abuso del alcohol

- El consumo excesivo de alcohol puede provocar un coma etílico, el cual puede causar la muerte y el sufrimiento de los familiares.
- Beber alcohol aumenta el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer como: boca y garganta, laringe, esófago, colon, hígado, entre otros.
- Cada vez que se consume alcohol, se va perdiendo la capacidad de pensar y razonar de una buena manera.

2.1.1.2. Técnicas de prevención del consumo de alcohol

Decálogo para madres y padres en relación con el consumo de alcohol.
1.- Dialogar con los hijos aprovechando aquellas oportunidades en las que estén predispuestos a hablar y no solo cuando nosotros queramos hablar con ellos
2.- Fomentar actividades de ocio y aficiones comunes, encontrando la forma de divertirse con ellos
3.- Tener un proyecto educativo individual para cada hijo
4.- Transmitir valores
5.- Transmitir los valores propios de la comunidad a la que se pertenece y fomentar la pertenencia a ella
6.- Enseñar moderación (sobriedad) en general y en el uso del dinero en particular

7.- Ofrecer un modelo adecuado con el propio consumo de alcohol. Dar ejemplo de sobriedad en el consumo de alcohol
8.- Conocer a sus amigos y a su pandilla y ofrecer, en la medida de lo posible, la propia casa para que se reúnan
9.- Mantener unos horarios razonables pero firmes en las "salidas"
10.- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y negativamente las que requieran corrección, señalando estas últimas y explicando la actuación correcta, pero sin descalificar a las personas

Fuente: Asociación Española de Pediatría

Elaborado por: Christian Stalin Jordán Jordán

2.1.1.3. Taller de prevención para el consumo de alcohol

Objetivo: Los adolescentes conozcan cómo se denomina al alcohol e identifiquen porque a algunas sustancias se les llama bebidas alcohólicas a las cuales están expuestos.

Metodología

- a) Se dará la bienvenida a los estudiantes que asisten al taller, para que éstos puedan conocer a los facilitadores para cualquier tipo de duda o comentario.
- b) Se llevará a cabo una actividad de “rompe hielo” para que tanto los estudiantes como los facilitadores logren identificarse.
- c) Se presentarán diapositivas con el tema a tratar en esta primera sesión.
- d) Al finalizar se proporcionarán 20 minutos para preguntas y comentarios.

Fundamentación

¿Qué es el alcohol?

“La palabra alcohol es usada para definir a las sustancias conseguidas por trituración, sublimación o bien destilación, también se puede señalar que es una sustancia como compuesto orgánico, el cual se forma por carbono, oxígeno e hidrógeno, reacciona con los ácidos formando compuestos llamados éteres los cuales se derivan de los azúcares”. Sin embargo, cuando se habla únicamente de alcohol, sin ningún otro calificativo, se alude al etílico o etanol el cual tiene como fórmula química C_2H_5OH , siendo un líquido incoloro, aromático y volátil.

Existen diversos tipos de alcohol:

- **Absoluto:** es el alcohol etílico que se encuentra en estado puro.
- **Alcanforado:** es un producto de uso medicinal que es utilizado para el tratamiento de algunas enfermedades.
- **Bencílico:** es el que forma parte de varios perfumes, presente en diversas esencias.
- **Metílico:** es llamado alcohol de madera se obtiene por destilación puede ser utilizado en barnices y pinturas.
- **Etílico:** tiene diversas utilidades industriales, su mayor uso es como bebida alcohólica, sin embargo, puede ser utilizado para elaboración de perfumes y cosméticos.

Tipos de bebidas alcohólicas

Todas las bebidas alcohólicas contienen base etílica mezclada con otros. La graduación de una bebida cualquiera es el porcentaje de alcohol puro que contiene en volumen, algunos de los principales tipos de bebidas que contienen alcohol son:

- **Vino:** se da exclusivamente por la fermentación alcohólica de las uvas frescas o bien de los mostos de uva, siendo este el jugo de la uva fresca que se obtiene mediante el estrujado mientras no ha iniciado la fermentación.
- **Cerveza:** se prepara a base de la fermentación mediante levaduras seleccionadas, su graduación no debe ser inferior a 3° y por lo general alcanza entre 5° y 8° dependiendo del grado de fermentación y de la calidad de la malta utilizada.
- **Aguardientes y licores:** se obtiene del aguardiente del vino que es envejecido en barricas de roble por un periodo no inferior a dos años, la graduación alcohólica mínima es de 36° pero algunos pueden alcanzar los 40° o más entre este tipo de bebidas se encuentra el whisky, ron, orujo, ginebra, entre otras.

Clasificación de las bebidas alcohólicas

- **Bebidas fermentadas:** la fermentación es un proceso químico natural que se origina cuando varios microorganismos se encuentran en el aire y en la fruta actúan sobre varios vegetales y frutas de un gran contenido de azúcar, entre estas están los vinos, cerveza y sidra.
- **Bebidas destiladas:** se lleva a cabo la ebullición de los líquidos y se condensa.

- **Bebidas enriquecidas:** es una mezcla con bebidas carbónicas las cuales potencian los efectos del alcohol, además suelen aminorar su sabor, por lo tanto, propicia que los jóvenes beban mayor cantidad.

2.1.1. Tabaco

Muchos fumadores a menudo usan cigarrillos porque son adictos a la nicotina. La adicción se caracteriza por la búsqueda compulsiva y el uso de drogas, incluso ante las consecuencias adversas para la salud. La mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar, y aproximadamente la mitad de ellos intentan dejar de fumar permanentemente cada año. Pero, en un año determinado, solo alrededor del 6 por ciento de los fumadores dejarán de fumar. Antes de que puedan dejar de fumar permanentemente, la mayoría de los fumadores necesitarán hacer múltiples intentos. En muchos casos, los medicamentos como la varen clina, algunos antidepresivos y la terapia de reemplazo de nicotina pueden ayudar (National Institute on Drug Abuse, 2018).

La mayoría de las personas que usan tabaco comenzaron su consumo durante la adolescencia, y las que comienzan a una edad más temprana tienen más probabilidades de desarrollar dependencia a la nicotina y tienen problemas para dejar de fumar.

2.1.1.1. Efectos del abuso de tabaco

La exposición al humo de tabaco ambiental entre los no fumadores aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en aproximadamente un 20 por ciento. Se estima que el humo de segunda mano causa aproximadamente 53.800 muertes anuales en los Estados Unidos. La exposición al humo de tabaco en el hogar también es un factor de riesgo para el asma en los niños (National Institute on Drug Abuse, 2018).

Fumar también deja residuos químicos en las superficies donde se ha fumado, lo que puede persistir mucho después de que el humo se haya eliminado del medio ambiente. Este fenómeno, conocido como "humo de tercera mano", se reconoce cada vez más como un peligro potencial, especialmente para los niños, que no solo inhalan los humos liberados por estos residuos, sino que también ingieren los residuos que entran en sus manos después de gatear en el piso o tocar paredes y muebles (National Institute on Drug Abuse, 2018).

2.1.1.2. Técnicas de prevención del consumo del tabaco

Existen diferentes técnicas para que una persona pueda dejar el consumo del tabaco. Una de las más importantes es la fuerza de voluntad que cada persona tenga para combatir la lucha con la sustancia. Se puede dejar el hábito de forma instantánea o a su vez de forma gradual.

Además, se pueden utilizar cierto tipo de dietas para dejar el hábito de consumir tabaco, estas dietas controlan los deseos de fumar, así como las combinaciones de vitaminas que también aportan al mejoramiento de la salud.

Se puede utilizar también técnicas psicológicas que pueden ayudar a los pacientes a controlar el consumo constante de tabaco. Una de estas técnicas puede ser la hipnosis.

2.1.1.3 Taller de prevención al consumo de tabaco

Objetivo: Prevenir el consumo de tabaco y sensibilizar e informar sobre las consecuencias del consumo de tabaco.

Materiales necesarios para su realización:

1. Hoja de realidades sobre el tabaco.
2. Bolos con los mitos contruidos con cartulinas.
3. Bolas de papel.
4. Papel de estraza/cartulina/pizarra.
6. Bolígrafos.

Metodología: “Derribando los mitos del tabaco”. A través de la cual podremos clarificar las ideas erróneas o inexactas que los participantes tienen sobre el tema.

Actividad: “Derribando los mitos del tabaco”:

Previamente se habrán realizado unos bolos con una cartulina pequeña en círculo (basta con que se sostengan en pie), en ellos escribiremos algunos mitos sobre el tabaco (ver listado de ayuda). La dinámica consiste en que cada participante vaya derribando, con las bolas de papel, los bolos que crean que son mitos y dejar en pie los que considere que son ciertos. Después reflexionaremos sobre ellos y comentaremos si realmente han derribado todos los mitos.

Listado de ayuda con mitos sobre el tabaco (para poner en los bolos) y explicación:

“Hay cosas mucho peores que el tabaco” No tantas, porque el tabaco es causa de cáncer y el cáncer es la segunda causa de muerte de los países industrializados, detrás de las enfermedades cardiovasculares, con las que el tabaco se encuentra directamente relacionado.

“He conocido a muchos fumadores que no han estado nunca enfermos”. Seguramente recuerdas a algún anciano que ha fumado toda la vida y está muy bien. Observa su calidad de vida: ¿tose? ¿Le cuesta respirar? ¿Qué grado de actividad física tiene? Aun así, esa persona ha tenido suerte.. ¿Tú puedes asegurarte una suerte igual?

“Los cigarrillos light no hacen daño, no son cancerígenos” Los cigarrillos bajos en nicotina y alquitrán son menos nocivos, pero debes tener en cuenta que el grado de satisfacción del fumador depende directamente de la concentración de nicotina en sangre, lo que se traduce muchas veces en un aumento del número de cigarrillos consumidos, por tanto, el beneficio se anula.

“Al final se fuma poco porque casi todo el cigarrillo se consume en el cenicero”. El fumador que deja quemar el tabaco en el cenicero, procurando hacer menos “caladas”, va a respirar mayor concentración de cancerígenos porque el humo que se desprende de la porción final del cigarro es cualitativa y cuantitativamente más tóxico que el humo que se inhala directamente al fumar.

“El tabaco contamina, pero más los coches y las fábricas. Un cáncer de pulmón te puede dar por la contaminación ambiental”. Los estudios epidemiológicos señalan que el tabaco es el causante del 30 % de todos los cánceres diagnosticados, frente a un 2% producido por la contaminación ambiental.

“El tabaco tranquiliza”. Has aprendido a regular tu forma de fumar para tranquilizarte y esa “tranquilidad” es debida a la acción central del tabaco, pero desaparecerá cuando los niveles de nicotina en sangre disminuyan y dará paso al síndrome de abstinencia del fumador. Recuerda que existen otros múltiples métodos para tranquilizarse y enfrentarse al estrés cotidiano. Los no fumadores también se angustian.

“Hay gente que necesita un cigarrillo para estudiar o trabajar”. Muchas personas han asociado el tabaco a situaciones tales como el trabajar y estudiar, y esto se ha

convertido en un hábito como cualquier otro. Lo que no significa que no pueda hacerse sin tabaco, porque al fin y al cabo eres tú quien trabaja y estudio no el cigarrillo. Intenta realizar estas actividades sin fumar durante algún tiempo y verás como muy pronto recobras los niveles de rendimiento que mantenías fumando.

“Fumar es una adicción muy difícil de quitar”. Prueba a dejar de fumar en una situación cotidiana de tu vida, no cuando estés constipado, enfermo; y verás que es más fácil de lo que pensabas. Te das autoexcusas para continuar con tu adicción y tu dependencia. Todo fumador es dependiente.

“Se pasa muy mal cuando se deja de fumar, es peor el remedio que la enfermedad”.

2.1.2. Cannabis

El cultivo del que se derivan la marihuana y los hachis es el cannabis sativo. Originaria del este de Asia, es por lo tanto la región donde el consumo es más frecuente y antiguo. Del mismo modo, el uso no médico del cannabis en Europa occidental fue introducido por las tropas de Napoleón a principios del siglo XIX, aunque su uso en ese momento estaba restringido por los círculos intelectuales.

2.1.2.1. Efectos del cannabis

Efectos psíquicos: el comportamiento eufórico, con una propensión a la diversión fácil, la alteración del sentido del tiempo o la secuencia de eventos, la despersonalización, la fuga de pensamientos y las alteraciones en la memoria, mejoran la percepción de los colores y los sonidos. A dosis más altas, pueden aparecer pánico, alucinaciones y psicosis de tipo paranoide o esquizofrénico (psicosis por consumo).

Efectos físicos: tos seca, taquicardia, dolor conectivo y un pequeño aumento de la presión arterial. Si la dosis es pequeña, se produce el efecto contrario. También puede ocurrir sequedad de la boca, presión ocular, desorientación y trastorno de la atención.

2.1.2.2. Técnicas de prevención de consumo de cannabis

Hay tres áreas básicas que impactan un programa preventivo: conocimiento, actitudes y habilidades sociales.

Conocimiento

La información dada a los jóvenes no debe ser alarmista, particularmente en el alcohol, ya que la sociedad les da otra información que la contradice.

Actitudes

La importancia de las actitudes Trabaja en las actitudes y creencias del consumidor, fomentando una actitud positiva de no consumo y los beneficios de un estilo de vida saludable. De esta manera, será posible actuar más eficazmente sobre el comportamiento.

Habilidades sociales

Este es un tema importante en cualquier programa de prevención. De esta forma, puede brindarles a los niños y niñas oportunidades para hacer frente a la presión del grupo, promover la asertividad (posicionarse en el lugar del otro) y poder defender sus ideas y opiniones contra las ofertas de los clientes

2.1.2.3 Taller#1. De prevención al consumo de cannabis

Objetivo: Reducir y/o retrasar lo más posible el consumo de cannabis

Metodología: Para realizar esta propuesta de intervención se ha llevado a cabo un proceso complejo, que se inicia con la obtención de datos e información sobre intervenciones que sirven a la prevención. Para ello se han utilizado diferentes técnicas que han ayudado en la realización de la investigación, combinando distintos métodos para la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos. En primer lugar, con el objetivo de delimitar y contextualizar el objetivo de estudio, se ha realizado una investigación y posterior análisis documental de aquellos textos, documentos, ensayos, etc., necesarios para poder abordar y definir el tema de investigación. Posteriormente, se pone en marcha una tabla de datos para recoger toda aquella información que se entendía como relevante, de manera que, una vez iniciada la redacción del trabajo, tener toda la información recogida en un solo documento, con la finalidad de que fuera más fácil su comprensión y la posterior elaboración del marco teórico.

Desarrollo de la actividad: Para llevar a cabo la actividad se usará la sala perteneciente a una de las asociaciones.

La dinámica estará dirigida por el profesional de referencial, el cual debe tener conocimientos sobre la intervención con grupos, para desarrollar técnicas de Presentación entre los miembros, al igual que técnicas que generen confianza entre los mismos.

Dicha actividad durará hora y media, la cual se dividirá en dos sesiones. Se comenzará estableciendo los objetivos que se quieren lograr, así como explicando el por qué se ha creado el grupo. De igual modo que se presentará el profesional de referencia. Seguidamente, durante esta primera hora se pondrá en marcha dos técnicas:

Cadena de nombres. Dicha dinámica consiste en formar un círculo, donde comienza una persona diciendo su nombre y la siguiente dice el nombre del anterior y su nombre, así hasta finalizar el grupo.

Presentación por parejas: se dividirá el grupo por parejas. Cada pareja tendrá 10 minutos para presentarse de forma individual y pasado ese tiempo se volverá al círculo. De esta forma, cada uno presentara a su compañero con el que ha compartido la información.

La segunda hora, se desarrollarán dinámicas de conocimiento y confianza que den cohesión y de firmeza al grupo:

Consiste en entregar una serie de preguntas a las participantes, con las que deben, utilizando todo el espacio de la sala y durante 15 minutos, encontrar a aquellas personas que correspondan con las preguntas que se exponen. Al finalizar se volverá al grupo y se recogerán los resultados.

Cierre de la sesión, sentimientos encontrados y pactar sobre la siguiente cita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociacion Española de Pediatría. (2014). Alcohol: cómo prevenir el consumo en adolescentes | EnFamilia. Retrieved December 13, 2019, from <https://enfamilia.aeped.es/prevencion/como-prevenir-consumo-alcohol-en-adolescentes>
- ASSOCIATION, N. E. D. (2018). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) | National Eating Disorders Association. Retrieved December 13, 2019, from <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/arfid>
- Beat eating disorders Organization. (2017). Bulimia - What is Bulimia | Beat. Retrieved December 13, 2019, from <https://www.beateatingdisorders.org.uk/types/bulimia>
- Binge Eating Disorder | National Eating Disorders Association. (2019). Retrieved December 13, 2019, from <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed>
- Gateway Foundation. (2019). Consequences and Behavioral Effects of Alcohol Abuse and Addiction. Retrieved from <https://www.gatewayfoundation.org/faqs/effects-of-drug-alcohol-addiction/>
- Gonzales V. (2015). Menú semanal. *Reforma*. Retrieved from <https://www.dietistasnutricionistas.es/menu-semanal-vegetariano-2/>
- Mayo Clinic. (2017). Anorexia nervosa - Symptoms and causes - Mayo Clinic. Retrieved December 12, 2019, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
- Mondragón Tatiana. (2018). Sustancias adictivas: causas y efectos. Retrieved December 11, 2019, from <https://academiaplay.es/sustancias-adicctivas-causas-y-efectos/>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). Is nicotine addictive? National Institute on Drug Abuse (NIDA). Retrieved December 13, 2019, from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/nicotine-addictive>

- Persano, H. L., Ventura, A. D., Gutnisky, D. A., & Kremer, C. D. (2013). Consumo Problemático de sustancias y desórdenes del comportamiento Alimentario.
- Skodol, A. (2018). Introducción a los trastornos de la personalidad - Trastornos de la salud mental - Manual MSD versión para público general. Retrieved December 11, 2019, from <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-conducta-alimentaria/introducción-a-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria>
- Surmont, H. (2011). Nervous Anorexia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 54(5), 438. <https://doi.org/10.1097/00005053-192111000-00012>
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017, August 1). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Zimmerman, J., & Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005>