

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por:

LIC. MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

TM

Z6675

.N7

FEn

2004

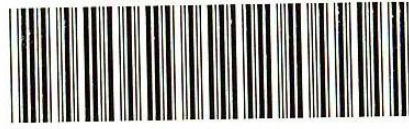
R3

ETAPAS DE CAMBIO EN ACCIDENTES CON ACCIDENTES Y LESIONES POR COCAINA

SEMINARIO EN MEMORIA DEL SEÑOR

W.S.R.T.

DE ALCOHOL



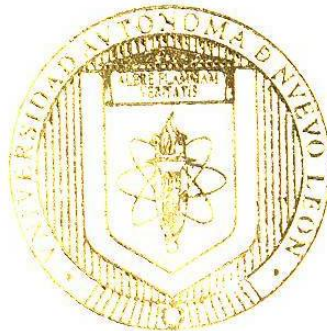
1020149338

m

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por:

LIC. MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por

LIC. MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

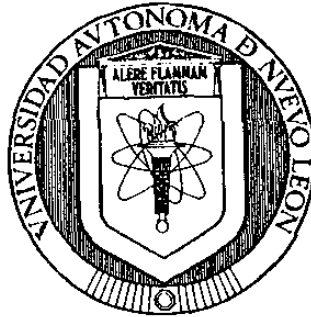
972630

TH  
Z667E  
.N7  
FLN  
2004  
.R3



FONDO  
TESIS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por

LIC. MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES

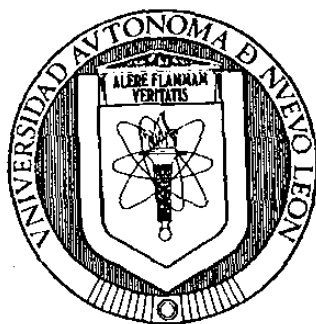
Director de Tesis  
MSP. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Por

LIC. MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES

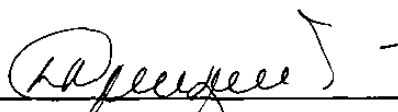
Asesor Estadístico  
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2004

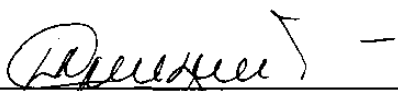
ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES  
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Aprobación de Tesis



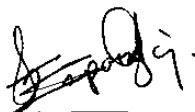
---

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar  
Director de Tesis



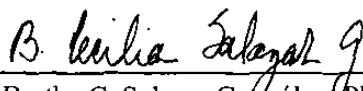
---

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar  
Presidente



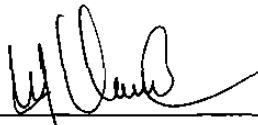
---

MCE. Santiago E. Esparza Almanza  
Secretario



---

Bertha C. Salazar González, PhD  
Vocal



---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## Dedicatoria

A Dios

Por darme la vida, por estar siempre a mí lado en cada paso que doy por guiarme en el camino par alcanzar el éxito, por llenarme de bendiciones y darme la oportunidad de llegar a esta meta.

A la memoria de mi padre

Quien fue en vida un ejemplo a seguir, por su gran amor, valores y virtudes.

A mi adorada madre

Por el amor, apoyo y comprensión que me ha brindado en todo momento.

A mi abuelo Juan

Por su gran amor cariño que me brinda.

A mis hijos

Dianis y Checo: los dos tesoros mas grandes en mi vida, que son la existencia de mi vivir, no tengo palabras con que agradecerles la paciencia brindada el amor, apoyo y comprensión que me mostraron a cada momento, por el tiempo que les robe y las atenciones que no les di

*Los amo eternamente.*

A mi esposo:

Sergio, gracias por todo el apoyo, cariño y comprensión que me has brindado en toda mi vida profesional, este triunfo también es tuyo.

*Te amo.*

## Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Tamaulipas por haberme dado la oportunidad de cursar la Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León logrando una de mis metas en mi vida profesional.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería, UANL; MSP. Silvia Espinosa Ortega y MSP. Ma. Magdalena Alonso Castillo por brindarme su confianza y facilidades para la conclusión de la Maestría.

A las autoridades y todo el personal de PROMEP a quienes agradezco el apoyo para la realización de la maestría, gracias por las atenciones.

A mi director de tesis MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, por compartir conmigo sus conocimientos, experiencias y tiempo, gracias por el apoyo brindado para la realización y logro de este sueño de mi vida profesional.

A todos mis maestros que contribuyeron compartiendo sus conocimientos y parte de su experiencia profesional gracias.

A todo el personal administrativo del área de posgrado e investigación de la Facultad de Enfermería por las atenciones brindadas.

A las autoridades del Hospital Civil Dr. “Heriberto Espinosa” por las facilidades brindadas para la realización de la investigación.

A todos mis compañeros de Maestría por compartir sus conocimientos, experiencias y todo el apoyo brindado y además por esos momentos de alegría y tristeza que vivimos juntos.

A Karla, Nora, Lupita y Vicky por brindarme su amistad y palabras de aliento en cada momento.

A Pako por preocuparse por mí, por su gran amistad, por brindarme su apoyo incondicional y compartir sus conocimientos, te lo agradeceré eternamente.

A mí querida comadre Gloria y mi gran amiga Titina por su apoyo incondicional y su valiosa amistad.

A todos mis amigos por su gran apoyo confianza y por creer en mí.

A mis hermanos.

Blanca Alicia, Juan José, Efraín, Eduardo, Ernesto, Hermilo y Ricardo.

A mis sobrinos.

Por la alegría que me dan con sus sonrisas, gestos travesuras.

A mis cuñadas.

Por el cariño que les tengo.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capitulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	4
Objetivos	7
Definición de Términos	7
Capitulo II	
Metodología	9
Diseño del Estudio	9
Población, Muestreo y Muestra	9
Criterios de Exclusión	9
Instrumentos	10
Procedimiento	11
Consideraciones Éticas	12
<i>Análisis de Resultados</i>	13
Capitulo III	
Resultados	14
Consistencia Interna del Instrumento	14
Estadística Descriptiva	14
Estadística Inferencial	18

Contenido	Página
Capitulo IV	
Discusión	22
Conclusiones	25
Recomendaciones	26
Referencias	28
Apéndices	31
A Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)	32
B Cuestionario de Factores Respecto al Accidente y Lesión por Consumo de Alcohol (CFAL)	33
C Escala de Valoración de Cambio de URICA	35
D Escala de Coma Glasgow (GCS)	38
E. Carta de Autorización de la Institución	39



## Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Consistencia interna del instrumento	14
2	Factores personales y sociodemográficos en pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol	15
3	Factores respecto al accidente y lesiones por consumo de alcohol	16
4	Estadística descriptiva de factores personales, socioculturales, respecto al accidente e índices de etapas de cambio y prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	17
5	Etapas de Cambio de hábito del consumo de alcohol por género	18
6	Correlación de Spearman de variables del estudio	22

## Lista de Figuras

Figura	Página
1 Grafica de dispersión de la relación entre los años de escolaridad con la etapa de cambio de precontemplación.	19
2 Grafica de dispersión de la relación de etapa de cambio de acción y horas de consumo de bebidas antes del accidente	20

## RESUMEN

Lic. María del Socorro Rangel Torres  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2004

Título del Estudio: ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

Número de páginas: 39

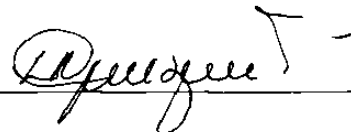
Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería  
con Énfasis en Salud Comunitaria

### Área de Estudio: Salud Comunitaria

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito del estudio fue identificar la etapa de cambio del consumo de alcohol en la que se ubica el paciente después de sufrir un accidente y lesión por consumo de alcohol. El estudio se realizó bajo la perspectiva Teórica del Modelo Transteorico de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente (1983). El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra ( $n = 141$ ) se estimó para una correlación alternativa de .25 y una significancia de .05 para una potencia el 90%. El instrumento utilizado fue la Escala de valoración de cambio URICA, las subescalas de etapas de cambio obtuvieron un Alpha de Cronbach aceptable de .70 a .83.

**Contribución y Conclusiones:** El estudio permitió describir algunas características sociodemográficas e identificar las etapas de cambio de hábito del consumo de alcohol y algunos factores relacionados con las etapas de cambio. Los resultados de los participantes muestran que la mayor proporción se ubicó en la etapa de precontemplación (53.2%) seguida por etapa de contemplación (29.8%). Así mismo, se encontro algunos factores sociodemográficos relacionados con las etapas de cambio, los años de escolaridad mostró relación positiva con las etapa de precontemplación ( $r_s = .22, p < .01$ ), es decir que a mayor años de escolaridad mayor será el deseo de no querer cambiar el hábito de consumo de alcohol, el ingreso económico mostró relación positiva con la etapa de contemplación ( $r_s = .28, p < .01$ ) y mantenimiento ( $r_s = .23, p < .01$ ) lo que indica que las personas con mayor ingreso económico piensan más en dejar el habito de consumo de alcohol y mayor es el intento de dejar el consumo en los últimos seis meses. Las horas entre la primer bebida consumida antes el accidente mostró relación negativa significativa con la etapa de acción ( $r_s = -.30, p < .01$ ), significa que a menor horas de consumo de bebidas alcohólicas antes del accidente mayor son los intentos de cambio del consumo de alcohol en los últimos 6 meses, así mismo se encontró relación positiva entre las horas de consumo con el numero de bebidas consumidas antes del accidente ( $r_s = .27, p < .01$ ).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



## Capítulo I

### Introducción

El Plan Nacional de Salud [PNS] (Secretaría de Salud, 2001) señala que el país enfrenta complejos desafíos al inicio de este siglo, ya que existen rezagos que deben corregirse y al mismo tiempo hacer frente a los problemas emergentes, tal es el caso de los accidentes y de las lesiones por consumo de alcohol, ambos problemas se ubican en uno de los extremos del rezago de salud que con diferente magnitud predominan en todos los países desarrollados. El consumo de alcohol por su parte es considerado como uno de los problemas emergentes que ha crecido considerablemente a lo largo del último medio siglo en nuestro país.

En el ámbito mundial, nacional y local los accidentes y lesiones por consumo de alcohol representan un serio problema de salud pública. En la última década, en México se reportó, que cada año mueren 60,000 personas por estas causas. Las lesiones y los accidentes se han considerado entre las principales causas de muerte en el país en los últimos 30 años.

En la actualidad las lesiones constituyen la tercera causa de ingreso hospitalario y los principales motivos de internamiento son fracturas, traumatismos craneoencefálicos, y heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones son por accidentes de vehículos de motor (49%), seguido de las caídas y agresiones (15%) (Secretaría de Salud, 2001).

En el estado de Tamaulipas los accidentes automovilísticos ocupan el cuarto lugar entre las principales causas de mortalidad general y las enfermedades asociadas al consumo de alcohol el sexto lugar, las lesiones y agresiones el noveno lugar. En relación al consumo de alcohol se reporta que es mayor en hombres que en mujeres, y las personas que presentan una mayor frecuencia de consumo tienen entre 20 y 30 años de edad (Celis, Rivas, Salazar & Valencia (1994); Instituto Nacional de estadística

Geografía e Informática de Tamaulipas [INEGI] 2002; Rosovsky, 1992; Secretaría de Salud, 2001).

En la ciudad y Puerto de Tampico, Tamaulipas en los últimos diez años se ha incrementado el uso de alcohol y drogas ocasionando problemas de salud sociales, familiares y económicos. En la experiencia profesional, la autora de este estudio ha observado, que el personal de salud de los servicios de urgencias en la mayoría de los casos desconoce que los pacientes que ingresan por accidentes y lesiones relacionados al consumo de alcohol, presentan un proceso de crisis. Según Dyehouse (1998) lo cual es una ventana de oportunidad para que el paciente se motive a modificar la conducta del patrón de consumo de alcohol.

Se ha documentado que las etapas de cambio son aquellas en las que se mueve el paciente cuando intenta disminuir las conductas de alto riesgo y así adoptar conductas saludables. Estudios sobre esta temática reportan que los pacientes después de un accidente y lesión relacionada con el consumo de alcohol refieren tener la intención de cambiar su patrón de consumo, y están abiertos y receptivos para el cambio (Alonso, Esparza, Guzmán, Martínez & Rodríguez, 2002; Dyehouse, 1998; González, 2002).

Son pocos los estudios que abordan las etapas de cambio en personas que presentan accidentes automovilísticos y lesiones por consumo de alcohol. El conocer las etapas de cambio representa para la disciplina de enfermería una oportunidad ya que el estudiar los accidentes y lesiones a través de los conceptos de la teoría de cambio (Prochaska & Diclemente, 1983), permitirá en un futuro que estos hallazgos sean la base para orientar y realizar estudios de prevención e intervención.

Por tal motivo se realizó un estudio descriptivo con el propósito de identificar las etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol en la que se ubica el paciente después de sufrir un accidente ó lesión por consumo de alcohol en el servicio de urgencias en una institución hospitalaria en la Ciudad de Tampico, Tamaulipas.

### *Marco de Referencia*

El presente estudio se desarrolló bajo la perspectiva teórica del modelo transteórico de cambio de conducta de Prochaska y DiClemente (1983). Este es un marco conceptual que concibe el cambio conductual como un proceso que involucra el progreso a través de una serie de etapas, ha sido utilizado en estudios que enfatizan las conductas promotoras de salud como el ejercicio regular y las prácticas de sexo seguro además en investigaciones relacionadas con el abandono del hábito de drogas lícitas e ilícitas en pacientes adultos (DiClemente, 1990; Werch, 2001; Werch & DiClemente, 1994).

Las etapas de cambio representan oportunidades para la prevención secundaria donde la meta es promover el avance a etapas que denoten la conducta saludable. Prochaska y DiClemente (1983) describen que en la etapa de precontemplación la persona no es consciente, no está dispuesta o está muy desanimada para cambiar su conducta, en esta etapa ha experimentado pocas consecuencias negativas asociadas con su conducta y no considera seriamente en dejar el hábito, no tiene la intención de cambiar la conducta, la persona no se da cuenta o subestima el problema.

En la etapa de contemplación se observa con una actitud positiva para el cambio, la persona sigue con su hábito de consumo pero está pensando en dejarlo dentro de los próximos seis meses, comienza a buscar información relevante, reevalúa su conducta y busca la ayuda de otros que lo apoyen en un posible intento de dejar el hábito. La persona se da cuenta de que existe un problema y piensa seriamente superarlo pero no ha hecho todavía el compromiso para realizar la acción, puede permanecer estancado en esta etapa por largos periodos de tiempo.

En la etapa de preparación la persona está intentando cambiar pronto y es posible que hubiera hecho algún intento sin obtener éxito durante el año anterior, la persona también puede estar dando pequeños pasos hacia el cambio de conducta sin haber alcanzado todavía el objetivo hacia su meta, las personas en esta etapa no han alcanzado

el criterio para la acción efectiva. En la etapa de acción la persona está modificando de forma activa su hábito y su medio, invirtiendo tiempo y energía para superar sus problemas, implica cambios conductuales más amplios y requiere el compromiso de la persona. Los individuos hacen declaraciones como “Estoy realmente trabajando duro para cambiar” Prochaska y DiClemente (citado por Werch & DiClemente, 1994).

La etapa de mantenimiento se caracteriza por el cese del hábito por lo menos en los últimos seis meses, en esta etapa la persona trabaja para prevenir recaídas y consolidar lo que ha logrado en la etapa de acción, esta etapa puede durar un tiempo largo y posiblemente toda la vida. Las declaraciones representativas de mantenimiento son “puede que necesite una sacudida ahora mismo que me ayude a mantener los cambios que ya hice” y “estoy aquí para prevenir tener un retroceso de mi problema” (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Respecto al consumo de alcohol, es un estilo de vida que se asocia con la ocurrencia de accidentes automovilísticos, pues ante ciertos niveles de concentración de alcohol en sangre, se alteran distintos aspectos psicomotores del conductor, por lo que éste pierde su capacidad para desarrollar las numerosas habilidades necesarias en la conducción del automóvil (Rosovsky, 1992).

### *Estudios Relacionados*

En este apartado se describen los estudios relacionados a las etapas de cambio de hábito por consumo de alcohol, se incluyeron otros que tienen relación con algunos factores sociodemográficos.

González (2002), estudió 120 pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas. Encontró que la media de la edad de inicio al consumo de alcohol fue de 17.8 años,  $DE = 2.6$ , la media de horas de consumo fue de 4.5,  $DE = 1.7$ , el 53% de los participantes consumió cerveza, seguido de tequila y brandy. El 41.8% ingresó por accidentes automovilísticos, el 23.3% por riñas y asalto en la vía pública y el 20.8%

por caída de su propia altura.

Las etapas de cambio en las que se ubicaron los pacientes después del accidente o lesión fueron en la siguiente proporción; el 24.2% en la etapa de contemplación, el 20.8% en la etapa de precontemplación y preparación respectivamente, el 17.6% en la etapa de acción y el 15.8% en la etapa de mantenimiento. No se encontró asociación significativa de la edad, años de estudio, edad de inicio y horas de consumo de alcohol antes del accidente con las etapas de cambio.

Alonso et al. (2002), realizaron un estudio sobre intervención breve en 15 pacientes accidentados por consumo de alcohol, valoraron la etapa de cambio previa a la intervención ubicándose la mayoría de los pacientes en la etapa de preparación en un 94.6% y el 5.4% en la etapa de acción.

DiClemente (1981) en un estudio de 224 adultos sometidos a tratamiento para dejar el consumo de alcohol evaluó las etapas de cambio y encontró a 63 adultos en etapa precontemplación (28.1%), 30 ambivalentes (13.3%), 51 en acción (22.7%), 27 sin involucramiento (12.3%) y 53 en contemplación (23.6%). Se reportaron diferencias significativas de más alta ingesta de alcohol en individuos que estaban en etapa de precontemplación, que en los que estaban en etapa de contemplación e inicio para la acción.

Werch, Ross, Anzalone y Meers (1994), exploraron las etapas de adquisición y cambio de hábito de alcohol y drogas en 760 estudiantes universitarios. Reportaron que el 43.3% de los participantes que consumían alcohol no estaban pensando en dejar de consumir, ubicándose en la etapa de precontemplación, el 1.65% se ubicó en la etapa de contemplación y preparación y sólo el 0.8% en etapa de acción.

Oliva (2001), en su estudio sobre accidentes automovilísticos y consumo de alcohol en 110 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de un hospital en la ciudad de Monterrey encontró que el 40% de los pacientes fueron menores de 25 años y el 31.8% de 26 a 35 años, el 43.6% de los participantes tenían pareja, el 62.7% eran



empleados. La media en la edad de inicio en el consumo de alcohol fue de 17.6 años, la media de las copas ingeridas antes del accidente fueron de 8.3 copas y el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo y el accidente fue de 4.3 horas.

Borges et al. (1999) investigaron el consumo y abuso de alcohol en pacientes de los servicios de urgencias de tres hospitales de la ciudad de Pachuca, Hidalgo reportaron que un 52.5% de los participantes pertenecían al sexo masculino, el 58% tenía de 30 a 65 años de edad, el 56.4% era casado, el 53.1% contaba con estudios de primaria y secundaria, el 50% de los pacientes que ingresaron a la sala de urgencias fue por tener accidentes y actos de violencia, y el otro 50% por problemas médicos, con relación a la ingesta de alcohol el 9.3% había bebido hasta 6 horas previas al accidente y el 58.2% tenía mas de 6 horas de haber consumido alcohol.

López y Jiménez (1998) en su estudio patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias, describieron los patrones de consumo de alcohol en personas mayores de 15 años de ocho hospitales de la Ciudad de México, más del 63% informó haber consumido bebidas alcohólicas entre las que destacaron la cerveza y destilados.

En síntesis la literatura revisada reportan que la edad de inicio de consumo de alcohol en personas que presentaron accidentes y lesiones por consumo de alcohol fue de 17 a 25 años, las horas de consumo de bebidas alcohólicas antes del accidente han sido de 4 a 6 horas, los tipos de bebidas alcohólicas de mayor consumo son la cerveza y los destilados, el tipo de accidente de mayor frecuencia ha sido accidente automovilístico y caídas de su propia altura y el tipo de lesión ha sido los traumatismos craneoencefálicos y fracturas. Las etapas de cambio en que se han ubicado las personas que han presentado accidentes y lesiones por consumo de alcohol en mayor proporción ha sido en las etapas de precontemplación, contemplación y preparación (Alonso et al., 2002; Borges et al., 1999; DiClemente, 1981; González, 2002; López & Jiménez, 1998; Oliva, 2001).

### *Objetivos*

- 1.- Describir las características sociodemográficas y factores relacionados con los accidentes y lesiones por consumo de alcohol en pacientes que ingresan a la sala de urgencias de un hospital de la ciudad y puerto de Tampico, Tamaulipas.
- 2.- Describir la proporción de pacientes según la etapa de cambio al consumo de alcohol, en que se ubicaron los participantes, posterior al accidente o lesión.
- 3.- Determinar la relación de los factores sociodemográficos y los del accidente y lesión (edad, ingreso económico, años de escolaridad, edad de inicio de consumo, horas entre la primera bebida y el accidente o lesión y número de bebidas antes del accidente) con las etapas de cambio de consumo de alcohol.

### *Definición de Términos*

Para el presente estudio se consideraron los siguientes términos.

Factores sociodemográficos son las características propias de la persona que ha sufrido accidentes y lesiones bajo la influencia del alcohol, incluyen factores personales, factores socioculturales y factores relacionados con el accidente y lesión por consumo de alcohol. Los factores personales que se midieron son edad en años cumplidos y sexo, los factores socioculturales son la ocupación, ingreso económico, años de estudio y estado marital. Los factores relacionados con los accidentes y lesiones incluyen, edad de inicio al consumo de alcohol, horas transcurridas entre la primera bebida y el accidente, tipo de bebida alcohólica, cantidad de consumo antes del accidente, y tipo de lesión o trauma.

El accidente es un evento no deseado, inesperado que pueden presentar las personas a consecuencia del consumo de alcohol, y pueden ser accidentes automovilísticos, caídas de propia altura, riñas y asalto. Lesiones son daños a la función del organismo de las personas que sufren accidentes por consumo de alcohol y pueden ser traumatismos craneoencefálicos, policontundidos, fracturas, heridas en tejidos blandos contusión y laceración.

La etapa de cambio de hábito de consumo de alcohol se define como la

percepción sobre actitudes o intenciones de cambiar la conducta de hábito de consumo de alcohol que tiene la persona posterior al accidente o lesión.

Consiste desde no pensar en dejar el consumo hasta dejarlo por más de seis meses, las etapas que se valoraron fueron; la etapa de precontemplación; es decir el paciente no considera dejar el consumo de bebidas alcohólicas, la etapa de contemplación se refiere a pensar seriamente en dejar el consumo en un futuro, la etapa de preparación consiste en pensar en dejar el consumo en un futuro inmediato de 30 días, la etapa de acción consiste en pensar en la modificación visible de consumo en los últimos seis meses, y la etapa de mantenimiento consiste en el sostenimiento de cambio de la conducta de consumo en un tiempo de seis meses hasta cinco años.

## Capítulo II

### Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, el instrumento para recolección de los datos, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y análisis de resultados.

#### *Diseño del Estudio*

El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional (Polit & Hungler, 1999) ya que permitió describir, las características sociodemográficas de los participantes del estudio. Se identificó la etapa de cambio en que se ubicaron los pacientes posterior al accidente o lesión por consumo de alcohol y las diferencias de las etapas de cambio de consumo de alcohol por tipo de accidente y lesión.

#### *Población, Muestreo y Muestra*

La población del estudio estuvo conformada por personas de ambos sexos, mayores de 18 años de edad que presentaron accidentes automovilísticos y lesiones por consumo de alcohol, y que ingresaron al servicio de urgencias de un hospital. El tipo de muestreo, fue no probabilístico, por conveniencia, la muestra se estimó para una correlación alternativa de .25 y una significancia de .05 para una potencia del 90%. El tamaño de la muestra fue de 141 participantes.

#### *Criterios de Exclusión*

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

1. Los pacientes que ingresaron a la unidad de terapia intensiva.
2. Los que se consideraron casos legales, donde los participantes fueron privados de su libertad.

3. Que hubieran sufrido lesiones y estuviera afectado el estado de conciencia según escala de Glasgow menor de 15 puntos (Tintinalli, Ruiz & Krome, 1997).

### *Instrumentos*

Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos sociodemográficos (CDS), el cuestionario de factores respecto al accidente y lesión (CFAL) y la escala de valoración de cambio (URICA). La cédula de datos sociodemográficos, (Apéndice A), esta dividido en dos secciones, la primera sección incluye los datos personales como edad en años cumplidos y sexo. La segunda sección corresponde a los factores socioculturales como la ocupación, ingreso económico, años de estudio y estado marital.

El cuestionario de factores respecto al accidente y lesión por consumo de alcohol (Apéndice B) diseñado por la autora, indaga datos que se encuentran asociados al accidente y lesión. Incluye seis preguntas como la edad de inicio al consumo de alcohol; el tipo de accidente por el que ingresa a la institución de salud, siendo automovilístico, caída de su propia altura, riña o asalto; y tipo de lesiones como traumatismo craneoencefálico, fracturas, heridas en tejidos blandos, contusión y laceración; tiempo transcurrido desde el consumo de la primera bebida hasta antes del accidente y tipo y cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas antes del accidente y lesión.

El Instrumento de escala de valoración de cambio URICA (Apéndice C), de la Universidad de Rhode Island, Kingston, RI, dicha escala ha sido usada para medir las etapas de cambio en una variedad de conductas problema incluyendo el alcohol. La consistencia interna reportada en pacientes adultos con tratamiento ambulatorio de alcoholismo ha sido .69 a .82 del coeficiente Alpha de Cronbach en las cuatro subescalas (DiClemente & Hughes, 1990).

Está compuesto por 32 preguntas con escala tipo Likert, con patrón de respuesta de 1 a 5 puntos, donde uno corresponde a totalmente en desacuerdo y cinco totalmente de acuerdo. Este instrumento mide cuatro etapas, los reactivos 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y

31 valoran la etapa de precontemplación, las preguntas 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24 corresponden a la etapa de contemplación, los reactivos 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30, valoran la etapa de acción y finalmente a la etapa de mantenimiento corresponden las preguntas 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 y 32, cada subescala tiene un valor mínimo de 8 y valor máximo de 40. Para el análisis de las etapas se convirtieron en índice las subescalas tomando valores de 0 a 100, la subescala con puntaje fue seleccionada para clasificar al participante, no se encontró ningún caso de ambivalencia.

### *Procedimiento*

Previo revisión y aprobación del estudio por los Comités de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización por escrito a la institución donde se llevó a cabo la investigación, (Apéndice F) se asistió al servicio de urgencias donde se procedió a la aplicación de los instrumentos y revisión de expedientes para la recolección de la información. Se captó a todos los pacientes que ingresaron por accidentes y lesiones por consumo de alcohol después de 12 a 24 horas, previa valoración.

Se explicó al paciente el objetivo de la entrevista, se valoró el estado de conciencia con la escala de Glasgow, se consideró a los participantes que calificaron con 15 puntos, se solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado de forma verbal, se proporcionaron las condiciones de privacidad en la sala donde el paciente estuvo hospitalizado para que respondiera con mas confianza, el horario para la recolección de los datos fue de acuerdo a la disponibilidad del participante y el estado en que se encontraba, indicándole que si no deseaba participar tenía derecho a negarse sin que esto afectara la atención requerida.

Los instrumentos se aplicaron de la siguiente forma, en primer lugar se indagó sobre los aspectos sociodemográficos y en segundo lugar se procedió a indagar factores respecto al accidente y lesión por consumo de alcohol. Posteriormente, se aplicó la

escala de valoración de cambio de URICA y al final de la entrevista se agradeció al participante su tiempo y su valiosa participación.

### *Consideraciones Éticas*

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987).

Se tomó en cuenta lo establecido en el título II, Capítulo I, Artículo 13, donde se considera el respeto a su dignidad humana y protección a sus derechos y bienestar. Al aplicar los cuestionarios se cuidó la forma como se realizaban las preguntas de tal forma que no se juzgara la conducta de los participantes. Se les explicó claramente la justificación y objetivos de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a los instrumentos de recolección de datos. Del artículo 14, Fracción V, se contó con el consentimiento informado verbal de los participantes, se solicitó a la comisión de ética la dispensa del consentimiento escrito, porque algunas lesiones físicas del paciente impedía el uso de la escritura para firmar o anotar el nombre.

Considerando lo dispuesto en la Fracción VII, se contó con el dictamen favorable de las comisiones de investigación y ética y se incorporaron las observaciones realizadas. Fracción VIII, el estudio se llevó a cabo previa autorización de los directivos de la institución hospitalaria de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento. Artículo 16 se protegió la privacidad y anonimato del participante, los cuestionarios no llevaron nombre, apellidos, número de cama, ni domicilio.

Artículo 17, inciso II este estudio se consideró de riesgo mínimo dado que los instrumentos abordaron preguntas sobre conductas y consumo de alcohol a través de una entrevista, no se realizó ninguna intervención. Artículo 20, indica que los sujetos de investigación deben contar con información suficiente sobre la naturaleza del estudio y autorizar su participación voluntaria. A cada paciente se le proporcionó la información

necesaria y se le aclararon dudas y su participación fue voluntaria.

Artículo 21, Fracción VI, VII y VIII, se recalcó al participante durante la entrevista el derecho a retirarse del estudio en el momento que lo considerara y se hizo de su conocimiento que la información obtenida se mantendría en absoluta confidencialidad por lo que no se registro su nombre, manteniéndolo en el anonimato.

### *Análisis de Resultados*

Para la captura de la información se utilizó el programa estadístico SPSS versión 10.0 (Statiscal Package for the Social Sciences). Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitió obtener frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Al instrumento URICA se le calcularon índices para las escalas y subescalas de las etapas de cambio los cuales tomaron valores de 0 a 100, es decir un valor alto indica mayor percepción de la etapa de cambio, se determinó la confiabilidad por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach. Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para identificar la normalidad de las variables continuas y así decidir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas.

Para el objetivo número 1 y 2 se utilizó estadística descriptiva y las medidas de tendencia central. Para el objetivo número 3 y hallazgos adicionales, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.



### Capítulo III

#### Resultados

En este capítulo se incluyen los resultados del estudio, los datos se reportan en los siguientes apartados: a) consistencia interna del instrumento, b) estadística descriptiva de las variables del estudio, c) estadística inferencial.

#### *Consistencia Interna del Instrumento*

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna del instrumento URICA y las subescalas de etapas de cambio a través del coeficiente Alpha de Cronbach, el instrumento y subescalas de etapas de cambio son aceptables (Polit & Hungler, 1999).

*Tabla 1*

Consistencia interna del instrumentos

Instrumento	Preguntas	<i>Alpha de Cronbach</i>
URICA	De la 1 a la 32	.87
Precontemplación	1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31	.70
Contemplación	2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24	.75
Acción	3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30	.83
Mantenimiento	6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 y 32	.74

Fuente: URICA

*n* = 141

#### *Estadística Descriptiva*

Para dar respuesta a los objetivos 1 y 2 se presentan las siguientes tablas. En la tabla 2 se describen algunos factores personales y sociodemográficos de la población estudiada, donde se observa que un 75.9% de los participantes fue de sexo masculino, el 60.3% mencionó ser empleado, un 12.8% refirió no tener empleo y en relación al estado

marital el 64.5% actualmente tiene pareja.

*Tabla 2*

Factores personales y sociodemográficos en pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol

<i>Factores</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino	107	75.9
Femenino	34	24.1
<b>Ocupación</b>		
Empleado	85	60.3
Obrero	24	17.0
Comerciante	11	7.8
Hogar	3	2.1
Sin empleo	18	12.8
<b>Estado marital</b>		
Con pareja	91	64.5
<i>Sin pareja</i>	50	35.5

Fuente: URICA

*n* = 141

En la tabla 3 se observan los datos relacionados con el accidente o lesión por consumo de alcohol, donde se muestra que el 39.7% de los pacientes accidentados fue por caídas de su propia altura seguido por los accidentes automovilísticos (35.5%) y las riñas (24.8%). El 36.9% ingresó con traumatismo craneoencefálico y el resto por fracturas, contusiones o laceraciones y heridas en tejidos blandos, el tipo de bebida con mayor proporción de consumo fue la cerveza con 56.8%.

Tabla 3

Factores respecto al accidente y lesiones por consumo de alcohol

<i>Variables</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Tipo de accidente		
Accidentes automovilístico	50	35.5
Caída de propia altura	56	39.7
Riñas o asalto	35	24.8
Tipo de lesión		
Traumatismo craneoencefálico	52	36.9
Fracturas	41	29.1
Herida en tejidos blandos	11	7.8
Contusión y laceración	37	26.2
Tipo de bebida		
Cerveza	80	56.8
Tequila	21	14.9
Caña o aguardiente	8	5.7
Brandy	25	17.7
Whisky	2	1.4
Bebidas	5	3.5

Fuente: URICA

*n* = 141

En la tabla 4 se muestra que la media de edad de la población del estudio fue de 38.17 años (*DE* = 11), el promedio de años de escolaridad fue de 10.69 años (*DE* = 3.8), la media del ingreso económico mensual fue de \$5,866.30 (*DE* = 4,777) osciló entre 0 y \$22,000, el promedio de la edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue a los 16.95 años (*DE* = 3.37), las horas transcurridas entre la primer bebida consumida y el accidente fue de un promedio de 4.8 horas (*DE* = 1.35) y la media de las bebidas

consumidas entre los participantes antes del accidente fue de 17.02 ( $DE = 5.71$ ) bebidas, también se observan las medias de los índices del instrumento URICA, se muestra que la media mas alta fue para el índice de precontemplación es decir; que no tienen la intención de dejar de consumir bebidas alcohólicas. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov para conocer el tipo de distribución en estas variables.

*Tabla 4*

Estadística descriptiva de factores personales, socioculturales, respecto al accidente e índices de etapas de cambio y prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variables	Valor Mínimo	Valor Máximo	$\bar{X}$	Mdn	DE	D	Valor de p
Edad	18	81	38.17	38	11	.63	.822
Escolaridad	0	20	10.69	11	3.80	1.20	.108
Edad de inicio	12	40	16.95	17	3.37	2.96	.000
Horas transcurridas entre primer bebida y el accidente	2	10	4.80	5	1.35	2.29	.000
Cantidad de consumo antes del accidente	5	35	17.02	16	5.71	1.50	.021
URICA							
Precontemplación	12.5	100	62.30	62.50	17.28	1.19	.177
Contemplación	0	100	57.29	59.37	18.06	1.42	.034
Acción	0	100	44.59	40.62	21.19	1.09	.183
Mantenimiento	0	100	52.65	56.25	18.09	.97	.297

Fuente: CDS, CFCL y URICA

$n = 141$

En la tabla 5 se muestran las frecuencias y porcentajes de los pacientes en las etapas de cambio de hábito del consumo de alcohol por género, donde se observa que la mayor proporción se ubicó en la etapa de precontemplación tanto en hombres como en mujeres; es decir la persona no considera cambiar su conducta del hábito de alcohol. La siguiente etapa de cambio con mayor proporción fue la de contemplación; cuando la persona no está pensando en dejar el hábito del consumo de alcohol dentro de los próximos meses, posteriormente la etapa de acción; es decir la persona piensa modificar de forma visible su hábito de consumo en los últimos 6 meses y el resto se ubicó en mantenimiento; es decir el individuo está consciente en el sostenimiento o cambio del hábito de consumo de alcohol en un tiempo de seis meses a cinco años.

*Tabla 5*

Etapas de cambio de hábito del consumo de alcohol por género

Etapas de cambio	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
Precontemplación	52	48.6	23	67.6	75	53.2
Contemplación	35	32.7	7	20.6	42	29.8
Acción	11	10.3	2	5.9	13	9.2
Mantenimiento	9	8.4	2	5.9	11	7.8
Total	107	100	34	100	141	100

Fuente: URICA

$n = 141$

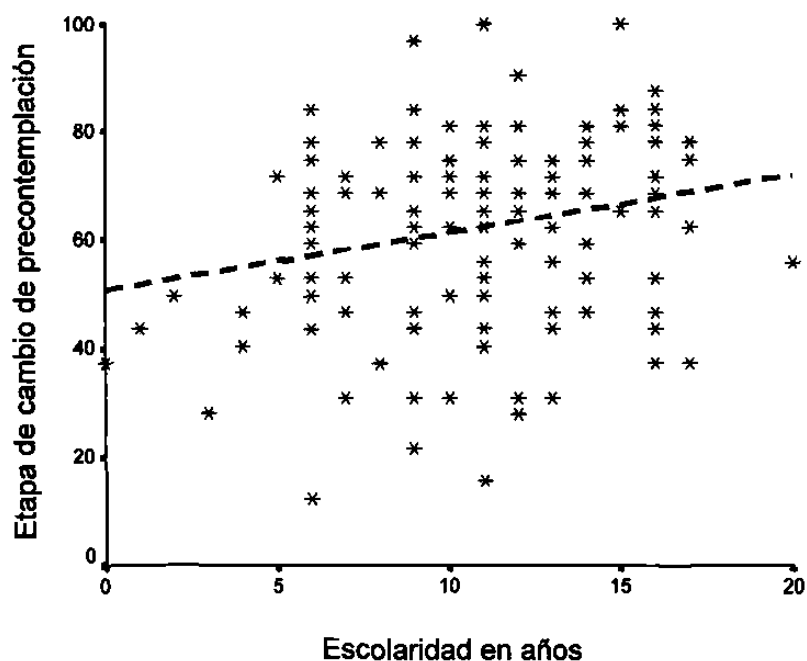
### *Estadística Inferencial*

En este apartado se muestra la correlación entre las variables del estudio a través del coeficiente de correlación de Spearman. En la tabla 6 se pueden observar las variables que mostraron relaciones significativas y que dieron respuesta al objetivo 3.

Los años de escolaridad mostraron relación positiva con la etapa de precontemplación ( $r_s = .22, p < .01$ ), es decir que a mayor años de escolaridad mayor el deseo de no cambiar el hábito de consumo de alcohol (ver figura 1).

El ingreso económico mostró relación positiva con la etapa de contemplación ( $r_s = .28, p < .01$ ) y mantenimiento ( $r_s = .23, p < .01$ ) lo que indica que a mayor ingreso económico mayor el deseo en dejar el hábito de consumo de alcohol y mayor fue el intento por dejar el consumo por más de seis meses.

Las horas entre la primer bebida consumida antes del accidente mostró relación negativa significativa con la etapa de acción ( $r_s = -.30, p < .01$ ), lo que significa que a menor horas de consumo de bebidas alcohólicas antes del accidente mayor son los intentos de cambio del consumo de alcohol en los últimos 6 meses (ver figura 2).

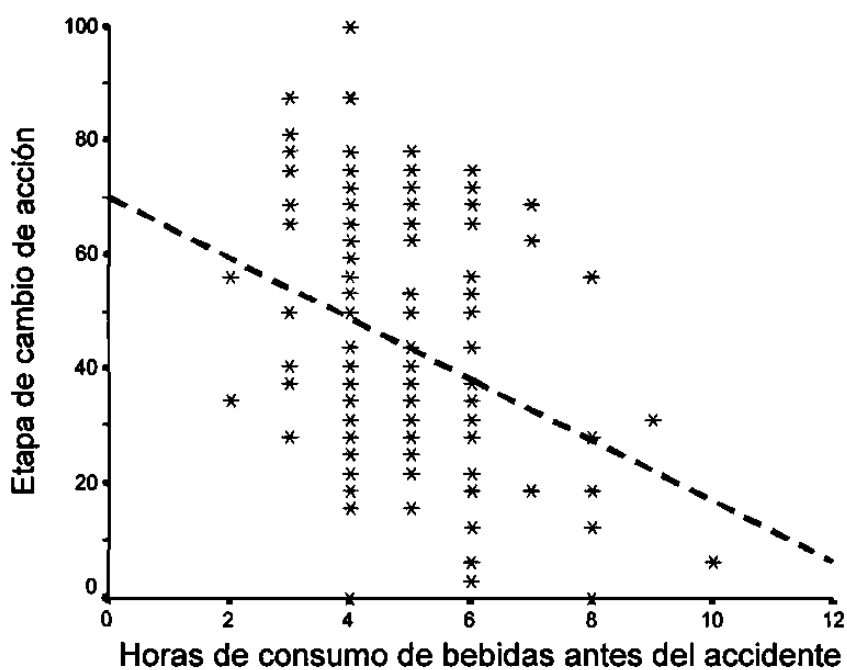


Fuente: URICA

$n = 141$

*Figura 1*

Grafica de dispersión de la relación entre los años de escolaridad con la etapa de cambio de precontemplación



Fuente: URICA

 $n = 141$ *Figura 2*

Gráfica de dispersión de la relación de etapa de cambio de acción y horas de consumo de bebidas antes del accidente

La edad, mostró relación positiva con el número de bebidas antes del accidente ( $r_s = .29, p < .01$ ) lo que indica que a mayor edad mayor número de bebidas consumidas, también se observó relación positiva entre la primer bebida consumida antes del accidente con la cantidad de bebidas consumidas ( $r_s = .27, p < .01$ ), lo que significa que entre más horas de consumo mayor es la cantidad de bebidas consumidas.

Tabla 6

Correlación de Spearman de variables del estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	1									
2. Ingreso económico	.191*	1								
3. Años de escolaridad	-.356**	.271**	1							
4. Edad de inicio	.133	.187*	.043	1						
5. Horas entre primera bebida y accidente	.131	.054	.091	.032	1					
6. Número de bebidas antes del accidente	.292**	-.076	-.121	-.092	.270**	1				
7. URICA - Precontemplación	-.082	.043	.222**	.076	-.045	.017	1			
8. URICA - Contemplación	.099	.282**	.051	.027	-.130	-.010	.033	1		
9. URICA - Acción	.053	.065	-.081	.066	-.300**	-.017	.047	.643**	1	
10. URICA - Mantenimiento	.109	.239**	.046	.019	-.157	.033	.093	.759**	.644**	1

n = 141

Fuente: CDS, CFCL y URICA

\*p<.05, \*\*p<.01



## Capítulo IV

### Discusión

El presente estudio, permitió describir algunas características sociodemográficas y factores relacionados con los accidentes y lesiones por consumo de alcohol en pacientes que ingresaron a la sala de urgencias de una institución hospitalaria de la ciudad de Tampico, Tamaulipas. Así mismo, se verificó empíricamente la etapa de cambio en que se ubican los pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol ,según la perspectiva del modelo transteórico de cambio de conducta Prochaska y DiClemente (1983).

Con respecto al primero y segundo objetivo se pudo ratificar que de acuerdo a los datos sociodemográficos de las personas que ingresaron a la sala de urgencias por accidentes y lesiones por consumo de alcohol, el mayor porcentaje fue del sexo masculino dato que coincide con Borges (1999); González (2002); Oliva (2001) y López (1998). Este dato confirma que en nuestra cultura las normas sociales permiten que el varón se embriague de vez en cuando y consideran que una mujer no debe beber. Así mismo, coincide con lo reportado por la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] de 1998 que señala que la población del sexo masculino es la que presenta mayor consumo (Tapia, Medina & Cravioto, 2001).

Respecto a la edad de los participantes de mayor consumo se encontró una media de 38 años, en cuanto al estado marital la mayoría tenía pareja y la mayor proporción de ellos fueron empleados, estos resultados concuerdan con estudios realizados en trabajadores y personas que han ingresado a salas de urgencias de las ciudades de Pachuca Hidalgo, Jalisco, Cd. de México y Monterrey, N. L. (Borges et al., 1999; Celis et al. 1994, López & Jiménez, 1994; González, 2002; Oliva, 2001). Estas coincidencias pudieran ser debido a que los estudios se han realizado en grupos de edad similar a los de este estudio, y en la mayoría de ellos, la proporción de consumidores de bebidas

alcohólicas ha sido en personas en edad productiva, es decir entre los 24 y 44 años de edad y casados o con pareja (Tapia et al., 2001).

La edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en los participantes del estudio fue como mínimo a los 12 años con una media de 16.9 años de edad, similar con estudios realizados en salas de urgencias de las Ciudades de México y Monterrey, N. L (González, 2002; López & Jiménez 1998; Oliva, 2001). Esto refleja que la mayoría de los pacientes iniciaron el consumo en la adolescencia, dato que coincide con los reportes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) donde se ha señalado que el consumo de alcohol ocurre en edades entre 12 y 17 años de edad, esto tal vez se deba a que culturalmente ha existido una permisividad hacia los menores de edad para consumir bebidas alcohólicas sin que se cumplan los reglamentos que prohíben la venta de alcohol a menores de edad (Consejo Nacional de Adicciones [CONADIC], 1999; ENA, 1999; Tapia, 2001).

En relación con el tiempo transcurrido entre la primer bebida y el accidente se encontró una media de 4.8 horas. La cantidad de consumo antes del accidente fue de una media de 17 copas, dato que concuerda con los estudios realizados por Borges et al. (1999); Celis et al. (1994) González (2002); López y Jiménez (1994) y Oliva (2001). Esto refleja el patrón de consumo de bebidas alcohólicas que se ha observado en México, en términos generales existe un patrón de baja frecuencia y alta cantidad (mas de 5 copas por ocasión), aumentando la ingestión sobre todo durante los fines de semana y periodos de fiesta (López & Jiménez, 1998; Tapia et al., 2001).

En relación al tipo de lesión, las contusiones y laceraciones así como los traumatismos craneoencefálicos fueron los de mayor proporción, similar a lo reportado por la González (2002). Por otro lado la Secretaría de Salud (2001) señala que las lesiones constituyen la tercera causa al ingreso hospitalario y los principales motivos de internamiento son los traumatismos craneoencefálicos, la mayor parte de estas lesiones son por accidentes de vehículos de motor, seguido de las caídas y agresiones a terceros.

De acuerdo al tipo de bebida consumida con mayor proporción fue la cerveza seguida de los destilados, esto concuerda con los hallazgos reportados por González (2002), López y Jiménez (1998), Oliva (2001), y con lo señalado por Tapia et al., (2001) que señala a la cerveza como la bebida más importante en cuanto a los volúmenes de producción, así mismo por el incremento de expendios autorizados para la venta y consumo, por otro lado el reglamento de control sanitario para establecimientos, no requiere licencia para su venta en restaurantes, centros de espectáculos y deportivos, además la ENA (1998) informa que dentro del consumo de bebidas alcohólicas de mayor preferencia fue la cerveza y por otra parte México está considerado entre los 10 primeros países productores de ésta en el mundo y la más importante en Latinoamérica.

En relación a las etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol la mayor proporción de los participantes se ubicó en la etapa de precontemplación; es decir que no tienen disposición o están muy desanimados para cambiar la conducta de hábito del consumo de alcohol. La siguiente etapa con mayor proporción fue la contemplación es decir que la persona esta pensando seriamente en iniciar el cambio de hábito. Un mínimo porcentaje se ubicó en la etapa de acción y mantenimiento, lo que indica que las personas habían iniciado la modificación de la conducta del hábito de consumo de alcohol en un tiempo menor a un año y probablemente sufrieron de una recaída que los llevó a consumir bebidas alcohólicas.

Estos resultados coinciden con lo reportado por González (2002), quien encontró las etapas de cambio que percibían los pacientes después del accidente y lesión por consumo de alcohol y drogas en mayor proporción se ubicaron en etapas de contemplación y precontemplación, esto difiere por lo reportado por Alonso et al. (2002), quienes reportaron la etapa de preparación y acción como las de mayor proporción en que se ubicaron las personas con accidentes automovilístico por consumo de alcohol antes de aplicar una intervención, probablemente esto difiere a lo encontrado en el siguiente estudio dado que los pacientes que participaron en el estudio de

intervención uno de los criterios considerado fue el que quisieran participar en la intervención.

Los resultados del presente estudio respecto a las etapas de cambio de hábito indican de alguna forma que la persona aún presentando accidentes y lesiones por consumo de alcohol no representó una ventana de oportunidad para el cambio, sin embargo pocos son las personas que percibieron el cambio y otros que de alguna forma habían pensado o ya habían hecho intentos de cambiar la conducta de consumo de alcohol en los últimos seis meses, probablemente algunos de estos pacientes presentaron recaída que los hizo consumir bebidas alcohólicas previo al accidente y lesión.

En relación al tercer objetivo se encontró que a mayor ingreso económico mayor el deseo en dejar el hábito de consumo de alcohol, así mismo mayor son los intentos de dejar el consumo en los últimos seis meses. Se encontró además que a más años de escolaridad mayor es el deseo de no cambiar el hábito de consumo de alcohol. Se reportó que a menor tiempo en horas de consumo de bebidas alcohólicas, mayor son los intentos de cambio del consumo de alcohol en los últimos 6 meses.

Algunos de estas asociaciones coinciden con lo reportado por González (2002) en relación con los años de estudio con la etapa de cambio de forma general, en el presente estudio solo se estudió con las etapas de precontemplación.

El resto de las asociaciones encontradas son hallazgos adicionales de este estudio, observando que a mayor edad mayor cantidad de bebidas consumidas antes del accidente, a mayor tiempo en horas de consumo antes del accidente, mayor es el número de bebidas consumidas.

### *Conclusiones*

La mayoría de los pacientes que presentan accidentes y lesiones por consumo de alcohol son del sexo masculino, empleados y con pareja.

El tipo de accidente que presentaron en mayor proporción fueron las caídas de su

propia altura, los accidentes automovilísticos, los tipos de lesión fueron; los traumatismos craneoencefálicos y las fracturas. La cerveza fue la bebida que en mayor proporción consumieron antes del accidente y lesión.

La media de edad de los participantes del estudio fue de 18 años, la media para la escolaridad fue de 10 años. La media de ingreso económico fue de \$5,866.00. La media de edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas fue de 16 años. El tiempo en horas transcurridas entre la primer bebida y el accidente fue de 4.8. y la media de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas antes del accidente y la lesión fue de 17 bebidas.

La media más alta de las etapas de cambio de consumo de alcohol se encontró en la etapa de precontemplación y fue mayor en el sexo masculino.

A mayor ingreso económico mayor el deseo en dejar el hábito de consumo, así mismo mayor son los intentos de dejar el consumo de alcohol en los últimos seis meses.

A mayor años de escolaridad mayor el deseo de no cambiar el hábito de consumo de alcohol. Así mismo se reportó que a menor tiempo en horas entre el consumo de la primera bebida y el accidente, mayores son los intentos en dejar de consumir alcohol.

A mayor edad mayor cantidad de bebidas consumidas antes del accidente, a mayor tiempo en horas de consumo antes del accidente mayor es el número de bebidas consumidas.

El instrumento URICA mostró consistencia interna aceptable.

### *Recomendaciones*

En próximos estudios sobre la temática de accidentes se recomienda considerar indagar acerca de la influencia de otras drogas como cocaína, marihuana y drogas de diseño.

Seguir estudiando el consumo de alcohol relacionado con los accidentes, considerando una aproximación cualitativa para conocer los procesos de cambio.

Seguir utilizando el instrumento URICA en virtud de la consistencia interna

mostrada.

27

Difundir los resultados con el fin de participar en futuros estudio de intervención para la prevención de accidentes relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

## Referencias

- Alonso, C. M., Esparza, A. S., Guzmán F. F., Martínenez, R. G., Rodríguez, A. L. & Campa M. T. (2002). *Prevención de accidentes relacionados al consumo de alcohol por intervención breve*. Documento de Investigación no publicado, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Borges, G., Medina, M. M. E., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L. & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41, 3-11.
- Celis, A., Rivas, M., Valencia, N. & Salazar J. (1994). Alcohol y Muerte Traumática en Jalisco. *Salud Pública de México*. 36, 3, 269-274.
- Diclemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenances,. A preliminary report. *Cog Theres* 5:175-187.
- DiClemente, C. & Hughes, S. (1990). Stages of Change profiles in alcoholismo treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-135.
- Dyehouse, J. (1998). *Previniendo lesiones vehiculares con la intervención breve*, 32-64.
- Dyehouse, J. & Sommers M. (1995). Intervención breve como estrategia de práctica avanzada para víctimas de traumas múltiples seriamente lesionados AACN, *Clínica Issues*, 1, 53-62
- González J. A. (2002). *Etapas de Cambio en personas que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- López, J. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Salud Pública México*, 40, 487-493.
- López, J. & Rosovski, H. (1998). El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencias y estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental*, 21, 3-32.

- Oliva, R. N. (2001). *Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ta. Ed.), México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rosovsky, H. (1992). Prevención de accidentes y violencias: el consumo de alcohol como factor de riesgo. *Psicología y Salud*, 48-53.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and Weak Principles for Progressing from Precontemplation to Action on the Basis of Twelve Problem Behaviors. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 13,1,47-51
- Prochaska, O. J. & DiClemente C. C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Prochaska, J. O. (1994) Principios fuertes y débiles de progreso de la precontemplación a la acción en base a doce conductas problema. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- Prochaska, J O; DiClemente, C. C. Norcross, J. C, (1992). In Search of. How people change: apliccations to Addictive behaviors. *Am Psychology*. 1102-1114.
- Secretaría de Salud. (2002). *Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática de Tamaulipas [INEGI]*, Estadísticas Vitales. México
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, México: Editorial Porrúa.
- Secretaría de Salud. (2001-2006). *Programa Nacional de Salud [PNS]*, México.
- Tapia, C. R. (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Tintinalli, J., Ruiz, E. & Krome, R. (1997). *Medicina de Urgencias*. Escala de coma de Glasgow. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Werch, C. E.& DiClemente, C. (1994). Modelo de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con las etapa



- de uso de los jóvenes. *Health Education Research Theory and Practice*, 9, 37-46.
- Werch, C. E., Ross, C., Anzalon, D. & Meers, B.W. (1994). Etapa de alcohol y uso de drogas entre adultos jóvenes. *Health Values*, 18, 41-49.
- Werch, C. E. (2001). Intervenciones preventivas de alcohol basadas en un modelo de etapas de adquisición. *Am Journal Health Behavior*, 25, 206-216.

Apéndices

## Apéndice A

*Cédula de Datos Sociodemográficos (CDS)*

Número de cuestionario. \_\_\_\_\_

## Instrucciones

El propósito de esta cédula es conocer algunas características de la persona que presenta accidentes y lesiones por consumo de alcohol. La información es confidencial, no se solicitará nombre ni dirección.

El entrevistador hará las preguntas, marcando la respuesta que el entrevistado indique, asegurándose que no quede algún espacio en blanco.

## Sección I.- Factores sociodemográficos.

## a) Personales.

1. Edad en años cumplidos \_\_\_\_\_

2. Sexo (1) Masculino (2) Femenino \_\_\_\_\_

## b) Socioculturales.

3. Ocupación

1. Empleado	
2. Obrero	
3. Comerciante	
4. Labores del hogar	
5. Sin empleo	

4. Ingreso económico mensual .

5. Años de estudio \_\_\_\_\_

6. Estado marital

1.- Con pareja	
2.- Sin pareja	

## Apéndice B

*Cuestionario de Factores Respecto al Accidente y Lesión por Consumo de Alcohol  
(CFAL)*

Numero de Cuestionario. \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

El entrevistador leerá cada una de las preguntas, así como las diferentes opciones para que el entrevistado conteste de acuerdo a su criterio. Cuidando que no quede ninguna de las respuestas en blanco.

1. ¿Edad en que inicio el consumo de bebidas alcohólicas?

\_\_\_\_\_

2. ¿Tipo de accidente por el que ingreso a esta institución de salud?

Accidente automovilístico

Caída de su propia altura

Riña o asalto

3.- ¿Tipo de lesión que sufrió al ingresar a esta institución de salud?

Traumatismo craneoencefálico, policontundido

Fracturas

Heridas en tejidos blandos

Contusión y laceración

4. ¿Horas transcurridas desde el consumo de la primera bebida alcohólica y el accidente?

\_\_\_\_\_

5. ¿Qué tipos de bebidas alcohólicas ingirió antes del accidente?

1. Cerveza
2. Tequila
3. Caña o aguardiente
4. Brandy
5. Whisky
6. Pulque
7. Bebidas Preparadas

6. ¿Cuántas bebidas alcohólicas ingirió antes del accidente?

---

## Apéndice C

*Escala de Valoración de Cambio de URICA*

Número de cuestionario \_\_\_\_\_

Cada enunciado describe la forma en que una persona se puede sentir para iniciar una terapia o al enfrentarse a los problemas de su vida. Por favor indique el grado hasta el cual usted tiende a estar de acuerdo o en desacuerdo con cada enunciado que se le diga. Le voy a mostrar una ilustración con las posibles respuestas y en cada caso, haga su elección con relación a como se siente en este momento, no lo que sintió en el pasado ni lo que le gustaría sentir el futuro.

Hay CINCO posibles respuestas para cada punto del cuestionario.

1 = Totalmente desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Indeciso

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

1.-	Cree usted no tener ningún problema con su forma de beber que requiera cambios.	1	2	3	4	5
2.-	Piensa que podría estar listo para mejorar por usted mismo en el consumo de alcohol.	1	2	3	4	5
3.-	Esta haciendo algo respecto a los problemas que le han estado preocupando por su forma de beber.	1	2	3	4	5
4.-	Podría valer la pena que usted haga algo con su problema de la bebida.	1	2	3	4	5
5.-	Usted no tiene problema con el alcohol? y no tiene sentido que esté en un programa para dejar de beber.	1	2	3	4	5
6.-	Le preocupa que pueda recaer en el problema de la bebida, que ya había cambiado y quisiera buscar ayuda.	1	2	3	4	5
7.-	Actualmente ha estado trabajando algo en su problema con la bebida.	1	2	3	4	5
8.-	Ha estado pensando que tal vez quiera cambiar algo acerca de usted mismo.	1	2	3	4	5
9.-	Ha tenido éxito al tratar de resolver su problema de beber, pero no está seguro que pueda mantener lo que ha logrado por si mismo.	1	2	3	4	5

10.-	En ocasiones su problema con el alcohol es difícil, pero está haciendo algo para resolverlo.	1	2	3	4	5
11.-	Preocuparse por su forma de beber es una gran pérdida de tiempo para usted porque el problema de beber no tiene que ver con usted.	1	2	3	4	5
12.-	Espera que una terapia personal o de grupo lo ayude a entenderse mejor usted mismo.	1	2	3	4	5
13.-	Cree que tiene defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar.	1	2	3	4	5
14.-	Realmente está haciendo un gran esfuerzo por cambiar su forma de beber.	1	2	3	4	5
15.-	Tiene un problema con la bebida y realmente piensa que debe trabajar en él para resolverlo.	1	2	3	4	5
16.-	No le está dando un seguimiento tan bien como esperaba a lo que ya había cambiado, y puede ingresar a un programa para evitar una recaída en su problema con la bebida.	1	2	3	4	5
17.-	Aunque no siempre ha tenido éxito para cambiar, al menos está trabajando algo en su problema con la bebida.	1	2	3	4	5
18.-	Pensó usted que una vez que hubiera resuelto su problema con la bebida estaría libre de él, pero todavía se encuentra luchando con él.	1	2	3	4	5
19.-	Le gustaría tener más ideas sobre cómo resolver su problema de beber.	1	2	3	4	5
20.-	Ha empezado a trabajar con su problema de la bebida, pero le gustaría recibir ayuda.	1	2	3	4	5
21.-	Quizá la terapia le puede ayudar a reflexionar sobre su problema con el alcohol.	1	2	3	4	5
22.-	Puede que necesite un estímulo ahora mismo para ayudarse a mantener los cambios.	1	2	3	4	5
23.-	Cree que sea parte del problema el beber alcohol, pero no piensa que realmente lo sea.	1	2	3	4	5
24.-	Espera que alguien en la terapia de apoyo le de un buen consejo para usted.	1	2	3	4	5
25.-	Cualquiera puede hablar acerca de cambiar; en realidad usted está haciendo algo respecto a su forma de beber.	1	2	3	4	5
26.-	Todas las pláticas acerca de terapia de apoyo son aburridas y piensa que la gente no puede entenderlas.	1	2	3	4	5
27.-	Le gustaría estar en la terapia de apoyo para evitar tener una recaída del problema con la bebida que pensó que ya había resuelto.	1	2	3	4	5
28.-	Es frustrante, pero siente que podría estar teniendo una recaída de un problema con la bebida que pensó que ya había resuelto.	1	2	3	4	5
29.-	Tiene preocupaciones, pero el resto de la gente también ¿porque pasar el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30.-	Está trabajando activamente en algo de su problema con el alcohol.	1	2	3	4	5

31.-	Prefiere sobrellevar sus defectos que tratar de cambiarlos.	1	2	3	4	5
32.-	Después de todo lo que ha hecho para tratar de cambiar su problema con la bebida, de vez en cuando vuelve a perseguirlo.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



## Apéndice D

*Escala de Coma Glasgow (GCS)*

Cuando se encuentre con el paciente, es necesario valorar la respuesta de apertura de ojos, verbal y motor. Observe los movimientos del paciente y circule la respuesta, conforme la reacción inmediata.

Respuesta de apertura de ojos	Apertura espontánea	4
	Ante estímulos verbales	3
	Ante dolor	2
	Sin respuesta	1
La mejor respuesta verbal	Orientada y conversa	5
	Desorientada y conversa	4
	Palabras insuficientes	3
	Incomprensible Incoherente	2
	No responde	1
La respuesta motora más integrada	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexión ante el dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión ante el dolor	2
	Sin respuesta	1
	Total	3 - 15

Apéndice E

Carta de Autorización de la Institución



HOSPITAL CIVIL DE CIUDAD MADERO  
"Dr. Heriberto Espinosa Rosales"  
SERVANDO CANALES No. 1900 NTE COL. HIDALGO  
CD. MADERO, TAMPS. C.P. 89570  
TEL. (833) 215-92-18 FAX (833) 215-72-58



HCMC/139/03

A QUIEN CORRESPONDA:

ASUNTO: CONSTANCIA

Por medio del presente se hace constar que la C. LIC MARIA DEL SOCORRO RANGEL TORRES, Calificación de la facultad de Enfermería de la UAT Campus Tampico se le autorizo la aplicación de los cuestionarios sobre el tema : ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL.

Se extiende la presente constancia a petición de la interesada, para los usos y fines legales que así convengan en Ciudad Madero, Tamaulipas a los siete días del mes de Julio del año Dos Mil Tres.

ATENTA MENTE



  
DR VICENTE ENRIQUE FLORES RODRIGUEZ  
DIRECTOR



DR VEPKDR CVS/matr.-  
c.c.p. archivo.-

Gobierno del Estado de Tamaulipas  
Secretaría de Salud  
Palacio Federal 3er. Piso Tel. (833) 31 20814  
Cd. Victoria, Tamaulipas. CP 87000  
www.tamaulipas.gob.mx



## **Resumen Autobiográfico**

María del Socorro Rangel Torres

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

**Tesis:** ETAPAS DE CAMBIO EN PACIENTES CON ACCIDENTES Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL

**Campo de estudio:** Salud Comunitaria

**Biografía:** Nacida en el Estado de Tamaulipas, Cd. Mante el 27 de Junio de 1951, hija del señor Hermilo Rangel Álvarez y la señora Raquel Torres Valencia.

**Educación:** Egresada de la Facultad De Enfermería de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAT Campus Tampico) en 1971 con título de Enfermera General, curso Post Técnico Enfermería Pediátrica 1982-1983, Curso Post Técnico Administración de Servicios de Enfermería 1986-1987, egresada de la Licenciatura en Enfermería 1992-1994, Maestría en Docencia en Educación Superior 1999.

**Experiencia profesional:** Enfermera asistencial durante 28 años consecutivos en el Hospital Regional No. 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cd. Madero Tamaulipas desempeñándose como Enfermera General de 1972 a 1988, Enfermera Pediatra de 1988 a 1989, Enfermera Jefe de Piso 1989 al 2000. Supervisora de campo Clínico en la Facultad de Enfermería de la UAT de 1977 a 1982, Coordinadora de Enseñanza Clínica en la Facultad de Enfermería de la UAT de 1982 a 1990, Secretaria Administrativa en la Facultad de Enfermería de la UAT de 1990 a 2002, Profesora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la UAT de 1990 a la fecha, Coordinadora de Asuntos Estudiantiles de 2003 a la fecha.

Email: cocorangel@hotmail.com

