

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILCITAS.**

Por

LIC. ANGELA EDIBERTA GONZALEZ JUAREZ

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

SEPTIEMBRE, 2002

ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUPRIMEN ACCIDENTES
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILICITAS

A. E. G. J.

TM
HV5121
.A2
G6
2002
c.1

SEPTI



1080116282

HV5121

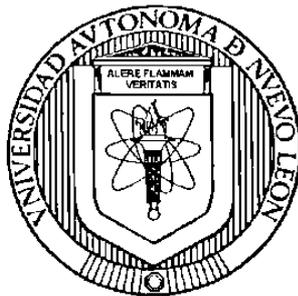
- A2

G6

2002



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



ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS.

Por

LIC. ANGELA EDIBERTA GONZÁLEZ JUÁREZ

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

SEPTIEMBRE, 2002

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



ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS.

Por

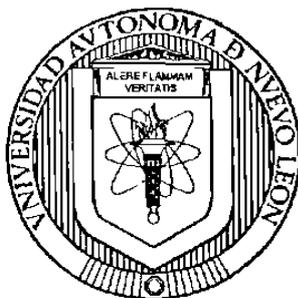
LIC. ANGELA EDIBERTA GONZÁLEZ JUÁREZ

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

SEPTIEMBRE, 2002

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



ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES
Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS.

Por

LIC. ANGELA EDIBERTA GONZÁLEZ JUÁREZ

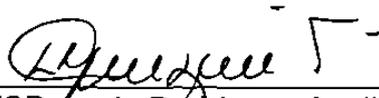
Asesor Estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

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

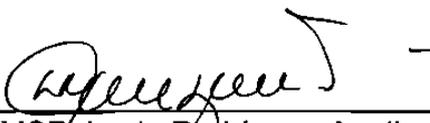
SEPTIEMBRE, 2002

ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON ACCIDENTES Y
LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS.

Aprobación de Tesis



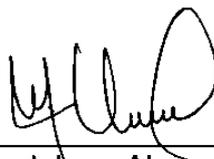
MSP. Lucio Rodríguez Aguilar
Director de Tesis



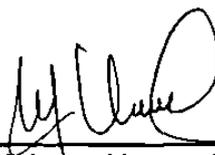
MSP. Lucio Rodríguez Aguilar
Presidente



MCE. Santiago E. Esparza Almanza
Secretario



MSP. Magdalena Alonso Castillo
Vocal



MSP. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Politécnico Nacional por brindarme las facilidades para realizar los estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Asociación Nacional de Universidades de Educación Superior A.C. por brindarme el apoyo y confiar en los profesionales de Enfermería.

A la Lic. María Luisa Ward Velasco Directora de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional por su invaluable apoyo, confianza calidad humana y profesionalismo. Gracias Mary por ser mi ejemplo constante de superación.

A cada uno de mis profesores y personal administrativo de la subdirección de Posgrado e Investigación. Por compartir sus conocimientos y su apoyo que me brindaron en cada momento, especialmente a Nora, Pako y Karla.

Al Hospital Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE por las facilidades para la realización de la investigación.

A el personal docente, personal de apoyo y asistencia a la educación y alumnos de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del I.P.N. por su apoyo y confianza que fueron mi fortaleza para alcanzar la meta. Gracias compañeros.

A la MSP Magdalena Alonso Castillo Subdirector de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL por su apoyo y asesoría.

A MSP Lucio Rodríguez Aguilar por compartir sus conocimientos, su tiempo, paciencia y apoyo para la conclusión de este trabajo.

A cada uno de mis compañeros de maestría por compartir sus conocimientos, experiencia profesional y apoyo. Gracias Amigos.

DEDICATORIA

A mi hijo Eduardo por su Amor apoyo incondicional, paciencia y comprensión durante todo este tiempo. Te Amo Hijo.

A mi Madre y hermanos por su apoyo y cariño especialmente a Clemen no tengo palabras para agradecerte tu apoyo en todos estos años. Este triunfo también es tuyo, te quiero Hermana.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	4
Estudios relacionados	5
Definición de términos	7
Objetivos	8
Pregunta de investigación	8
Capítulo II	
Metodología	9
Diseño del estudio	9
Población, muestreo y muestra	9
Procedimiento de recolección de datos	9
Medición	10
Estrategia de análisis	11
Consideraciones éticas	12
Capítulo III	
Resultados	14
Estadística descriptiva	14
Estadística inferencial	22

Contenido	Página
Capitulo IV	
Discusión	26
Conclusiones	29
Recomendaciones	30
Referencias	32
Apéndices	36
A. Estructura conceptual teórica empírica	37
B. Autorización de la institución	38
C. Carta de consentimiento informado	39
D. Cuestionario de Etapas de Cambio de Hábito en Accidentes y Lesiones por Consumo de Alcohol y Drogas Ilícitas (CECH)	40

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Factores sociodemográficos personales de los pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas	14
2. Factores sociodemográficos personales de los pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas	15
3. Edad de inicio en el consumo de alcohol y drogas ilícitas y horas de consumo antes del accidente y lesión	16
4. Consumo de alcohol y drogas ilícitas antes del accidente y lesión	16
5. Bebidas alcohólicas y drogas ilícitas consumidas por el paciente antes del accidente y lesión.	17
6. Frecuencia en el consumo de alcohol y drogas ilícitas por los pacientes accidentados y lesionados.	18
7. Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas antes del accidente y lesión.	18

8. Motivo de ingreso del paciente al servicio de urgencias.	19
9. Tipo de trauma y número de ingresos al servicio de urgencias del los pacientes accidentados y lesionados	20
10. Etapas de cambio de hábito percibido por el paciente accidentado y lesionado por consumo de alcohol y drogas ilícitas.	20
11. Prueba de normalidad de Kolmogorov -Smirnov	21
12. Correlación de Spearman de variables continuas y percepción de etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas ilícitas.	22
13. Chi cuadrada Razón de Verosimilitud y de Pearson para consumo de alcohol y drogas antes del accidente y lesión y número de ingreso.	23
14. Consumo de alcohol y drogas por accidentes y lesiones y número de ingresos	23
15. Chi cuadrada de Razón de Verosimilitud y de Pearson de ingresos por consumo de alcohol y drogas ilícitas por tipo de accidente.	24

16. Tipo de accidentes por consumo de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas por número de ingreso al servicio de urgencias	25
--	----

RESUMEN

Lic. Angela Ediberta González Juárez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Septiembre de 2002

Título de Estudio: ETAPAS DE CAMBIO EN PERSONAS QUE SUFRIERON
ACCIDENTES Y LESIONES POR CONSUMO DE ALCOHOL Y
DROGAS ILÍCITAS.

Número de Páginas: 43

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

Propósito y método de estudio: Los propósitos fueron identificar las etapas de cambio de hábito que perciben los pacientes que ingresan al servicio de urgencias después de sufrir accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas, así como conocer la diferencia entre el tipo de accidente y número de ingresos en un hospital de la Ciudad de México. El estudio se realizó bajo la perspectiva teórica del Modelo de Etapas de Componentes Múltiples de Werch y DiClemente (1994) (McMos). El diseño fue descriptivo correlacional, el muestreo fue por conveniencia en la serie del tiempo, la muestra fue de 120 pacientes, obtenida para una r_s de .20, nivel de confianza de 95% con límite de error de estimación de .05 para una potencia de .80.

Contribución y conclusiones: Se contribuye al conocimiento de la disciplina al verificar empíricamente las etapas de cambio según la perspectiva teórica del McMos. El consumo de alcohol fue de baja frecuencia y alta cantidad y se considero como consumo dependiente. La cerveza y el tequila fueron las bebidas de mayor preferencia. El 10.8 % reporto ser usuario de drogas y la mayor preferencia fue por cocaína y los medicamentos. El tiempo de consumo previo al accidente y lesión fue de 4.5 horas para ambas drogas. Los pacientes que consumieron alcohol se ubicaron en etapa de precontemplación el (20.8%), contemplación (24.2%), preparación (20.8%), acción (17.6%) y mantenimiento (15.8%). El 10.8% que consumió drogas ilícitas se ubicaron en la etapa de precontemplación (3.3%), contemplación (2.4%) y en preparación, acción y mantenimiento (1.7%) respectivamente. Se encontró correlación positiva de la edad de inicio de consumo de alcohol con la percepción de etapas de cambio de consumo de drogas ilícitas ($r_s = .35$, $p < .001$). La edad de inicio de consumo de drogas se asoció en forma negativa con la percepción de etapas de cambio de consumo de drogas ilícitas ($r_s = -.89$, $p < .001$). Los pacientes que consumen drogas tienen más de un ingreso al servicio de urgencias por accidentes y lesiones en el último año que los que consumen alcohol (X^2 de RV = 10.16, $p = .001$) y la causa principal de ingreso de quienes consumieron drogas ilícitas es por diversos tipos de accidentes no incluyendo los automovilísticos (X^2 de RV = 8.98, $p = .003$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



Capítulo I

Introducción

En el ámbito mundial los accidentes y lesiones por consumo de alcohol y otras drogas representan un serio problema de salud pública. La frecuencia de consumo es mayor en hombres que en mujeres en el grupo de 20 y 30 años de edad con aumento gradual hasta los 60 años (Celis, Rivas, Valencia & Salazar, 1994; & Rosovsky, 1992).

En América Latina el 60% de la mortalidad ocurre por accidentes de tránsito. En México según el Programa Nacional de Salud [PNS] en la última década, se reportó que cada año mueren 60,000 personas por estas causas; resultado directo e indirecto del consumo de alcohol y drogas. Esto además ocasiona pérdidas económicas por más de dos millones de pesos (Máyne, 1978; (Secretaría de Salud [PNS, 2001])).

Entre las principales causas de mortalidad general, los accidentes automovilísticos ocupan el cuarto lugar, y los homicidios por agresiones y lesiones el noveno lugar; estos últimos son la principal causa de muerte entre los hombres de 15 y 45 años de edad (PNS, 2001). En la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 1990), se reportó que las lesiones por consumo de alcohol fueron de 1.4 por mil habitantes; siendo mayor en hombres que en mujeres

Además se destaca que las caídas, accidentes de tránsito y violencias ocasionan pérdidas por más de un millón de años de vida saludable con grandes repercusiones en los servicios de salud y ámbito laboral (López & Rosovsky, 1998).

En la Ciudad de México, en los últimos 10 años se ha incrementado el uso de alcohol y drogas, ocasionando problemas de salud en la población de 15 a 64 años de edad. En este grupo, la tasa de mortalidad por accidentes y lesiones

en hombres fue de 72.8 y en mujeres 20.8 por cada 100.000 habitantes.

En el año 2000, en este mismo grupo de edad fallecieron por lesiones 4033 personas, por accidentes de vehículo de motor 576, homicidios 899, y por otros accidentes 1584, además el consumo de drogas pasó del 4% en 1986 al 39% en 1997. La cocaína, crack, heroína y las metanfetaminas son las preferidas por los consumidores adultos. El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo que origina accidentes y lesiones; estos se asocian además al consumo de otras drogas; la combinación hace que el alcohol actúe sinérgicamente y se potencialise su efecto (Secretaría de Salud [PNS, 2001]).

En la mayoría de los accidentes de tránsito, caídas, lesiones, ataques con armas de fuego, quemaduras, ahogamientos, homicidios, suicidios, riñas, asaltos y violencia domestica; participaron personas que ingirieron diversas cantidades de alcohol y otras drogas (Celis et al. 1994; López, 1998; López & Rosovsky, 1998; Rosovsky, 1992; Silva, 1972, Vilchis & Iturrios 1987).

Las drogas y los medicamentos son tema de estudio de varios autores que investigan el papel que estos juegan en la producción de accidentes, se señala que en Estados Unidos de América entre el 11 y 15% de los conductores que sufrieron accidentes de tránsito habían consumido drogas psicotrópicas antes del accidente. Reportan que la marihuana es una de las drogas que aumenta los errores producidos por el exceso de velocidad produciendo accidentes automovilísticos.

Se comprobó en 52 pacientes que habían consumido cerveza seis horas antes de tomar barbitúricos, que la capacidad de conducir automóviles disminuyó durante las siguientes 24 horas. En Nueva York, se estudio un total de 2500 accidentes, y a 129 conductores que presentaban síntomas de intoxicación; en todos se encontraron concentraciones de alcohol en sangre, 85 de ellos habían ingerido barbitúricos antes del accidente (Crancer, Doenick,

Finek, Kibrich, Smart citado por Vilchis & Iturrios 1987).

En un estudio realizado en México por el servicio médico forense se informó que de las autopsias realizadas el 29% de las víctimas se encontraban bajo los efectos del alcohol y otras drogas cuando ocurrió la muerte accidental o intencional (Rosovsky, 1992).

En la actualidad las lesiones constituyen la tercera causa del ingreso hospitalario, después del parto y afecciones obstétricas. Las principales causas de internamiento son fracturas, traumatismo craneoencefálicos y heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones son accidentes por vehículos de motor (49%), seguida de las caídas y agresiones a terceros (15%). Su magnitud ocasiona la presencia de 6000 pacientes diarios en los servicios de urgencias, de los cuales 600 terminan hospitalizados y 170 fallecen (Secretaría de Salud [PNS, 2001]).

En los servicios de urgencias, el personal que brinda atención en la mayoría de los casos no registra la frecuencia y cantidad de alcohol y drogas en los pacientes que ingresan y desconocen que los accidentes y lesiones representan un proceso de crisis o evento precipitado creando una ventana de oportunidad para que el paciente se motive a modificar la conducta en el 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 adoptar alternativas saludables (Dyehouse, 1998).

Se ha reportado en un estudio de intervención breve que la mayoría de los pacientes después de una lesión relacionada con el consumo de alcohol refieren tener la intención de cambiar su patrón de consumo lo que permitió que los pacientes estuvieran abiertos y receptivos a proceso de cambio para disminuir su patrón de consumo (Alonso, et al, 2001) lo que representa para la disciplina una oportunidad de estudiar los accidentes y lesiones a través de los

conceptos del Modelo de Etapas de Componentes Múltiples de Werch & DiClemente (1994).

Por tal motivo, se realizó un estudio descriptivo con el propósito de identificar las etapas de cambio de hábito que percibe el paciente después de sufrir accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas, captados en la sala de urgencia de un hospital regional de la Ciudad de México.

Marco teórico

El presente estudio se desarrolló bajo la perspectiva teórica del Modelo de Etapas de Cambio de Componentes Múltiples (McMOS). Este es un marco conceptual basado en las etapas de cambio de conducta utilizado básicamente por investigadores que han estudiado el abandono de hábito de fumar, consumir alcohol y drogas en jóvenes estudiantes de primaria, secundaria, bachillerato y universitarios (Werch & DiClemente, 1994).

El McMOS propone un conjunto de 10 etapas que son paralelas, 5 de adquisición de hábito y 5 para el cambio de hábito; para el presente estudio, únicamente se abordaron las etapas de cambio de hábito.

Las etapas de cambio de hábito son definidas como actitudes no visibles y actividades visibles a las que recurren las personas para cambiar sus experiencias y ambientes, es decir, su conducta. Estas representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico de Prochaska, que ha sido utilizado en estudios que enfatizan las conductas promotoras de salud tales como ejercicio regular y prácticas de sexo seguro y dejar de fumar.

Werch & DiClemente (1994) realizaron una adaptación en contenido de las etapas de cambio de hábito para el estudio de alcohol y drogas. 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 a menudo no considera seriamente dejar el hábito. La etapa de contemplación se caracteriza por una consideración activa para el cambio. La persona sigue con su hábito, pero esta pensando dejarlo dentro de los próximos seis meses; comienza a buscar información relevante, reevaluar su conducta y busca la ayuda de otros que lo apoyen en un posible intento de dejar el hábito. En la etapa de preparación, la persona ya se ha propuesto objetivos y se compromete a dejar su hábito. En la etapa de acción, la persona esta modificando de forma activa su hábito y su medio. La etapa de mantenimiento se caracteriza por el cese del hábito por lo menos en los últimos seis meses, en esta etapa la persona es altamente susceptible a la recaída y debe estar continuamente alerta a los estímulos internos y externos que puedan provocar el retorno de la conducta adictiva (Richaud, Barrionuevo & Mussi, 2001).

Estudios relacionados

Los estudios relacionados se presentan en dos apartados: etapas de cambio de hábito de uso de alcohol y drogas y factores sociodemográficos relacionados con accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas.

Los conceptos de etapas de cambio del McMOS no se han estudiado en población con seguridad social de la ciudad de México en pacientes con lesiones y accidentes bajo la influencia del consumo de alcohol y drogas. Werch, Ross, Anzalone y Meers (1994), exploraron las etapas de adquisición y cambio de hábito de alcohol y drogas en 770 estudiantes universitarios seleccionados al azar; el 43% de los participantes que consumía alcohol, no estaban pensando en dejarlo, ubicándose en la etapa de precontemplación; el 7% estaba pensando en dejar el cigarro encontrándose en etapa de

contemplación. Relativamente pocos estudiantes se encontraron en las etapas de cambio de hábito de contemplación, preparación y acción de otras drogas como la marihuana y cocaína, aparte del alcohol y el cigarro.

López y Rosovsky (1998) estudiaron las causas de traumatismo en 1582 pacientes del servicio de urgencias en ocho hospitales de la ciudad de México. El 80% pertenecían al sexo masculino, 17% tenían entre 15 y 34 años de edad, con nivel de escolaridad de primaria y con ocupación de obreros. Las contusiones representaron 44%, cortaduras, raspaduras y heridas por arma punzocortante 31%, fracturas y dislocaciones 18%, caídas desde alguna altura 21%, asaltos y riñas 15%. El 36% dijo haber ingerido bebidas alcohólicas antes del suceso.

Meneses, Rea, Ruiz & Hernández (1993) estudiaron las características de las lesiones por causas externas registradas en cuatro hospitales de los servicios médicos del Distrito Federal en 10,191 lesionados, de los cuales 70.9% fueron hombres y 28.9% mujeres, hospitalizándose 14%,. el promedio de edad en hombres fue de 26.7 años, con una $DE = 15.1$, y 30.1 años para las mujeres con una $DE = 19.2$. Los tipos de lesiones que predominaron fueron las heridas en un 36%, contusiones 25.8%, fracturas 22%, politraumatismos 5% y esguinces 4%.

Borges, et al. (1999) estudiaron en 1,511 pacientes el consumo y abuso de alcohol entre los casos de urgencias médicas, accidentes y violencias atendidos en hospitales del Sector Salud. Los resultados obtenidos señalan que el 17.7% de los pacientes habían sufrido un accidente o habían sido víctimas de violencia, el 15% informó haber consumido alcohol seis horas previas al accidente.

Oliva (2001), estudió accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol y reportó que 71.8% de las personas accidentadas tenían entre 25 y 35 años de

edad, predominando los hombres en 95.54.%, respecto al estado civil 56.4% no tenía pareja, un 34.5% tenía hasta nueve años de estudio y 62.7%. eran empleados. En relación a los accidentes previos, 14.6% dijo haber sufrido otros accidentes. La edad promedio de inicio en el consumo de alcohol fue de 17 años los accidentados consumieron en promedio ocho copas en un periodo de cuatro a cinco horas previas al accidente.

Definición de términos

Para el presente estudio se consideraron los siguientes términos. Factores Sociodemográficos: son características propias del paciente que ha sufrido accidente o lesiones bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas. Se incluyen factores relacionados con los accidentes o lesiones; los factores personales estudiados fueron: sexo, edad en años cumplidos, años de estudio, estado marital y ocupación. Los factores respecto al accidente o lesión incluyen: edad de inicio en el consumo, tipo y horas de consumo antes del accidente, tipo, cantidad y frecuencia de bebidas alcohólicas y drogas, motivo de ingreso y tipo de lesión o trauma.

La percepción de etapa de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas: son las creencias, intenciones o deseos de cambiar o modificar la conducta adictiva después de presentar accidente y lesión que va desde no considerar dejar el consumo o precontemplación; pensar seriamente en dejar el consumo, contemplación; planear dejar el consumo en los siguientes seis meses o preparación; hacer intentos por dejar el consumo de alcohol cuando salga del hospital o acción; pensar en no volver a consumir por las consecuencias del accidente y lesión o mantenimiento. La estructura teórica empírica se presenta en el Apéndices A.

Objetivos

1. Describir los factores sociodemográficos de los pacientes accidentados y lesionados por tipo de droga consumida que ingresaron al servicio de urgencias de un Hospital de la Ciudad de México.
2. Identificar las etapas de cambio en las que se ubicaron los pacientes que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de drogas que ingresaron al servicio de urgencias de un hospital de la Ciudad de México.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias entre el tipo de accidentes por consumo de alcohol y drogas ilícitas con el número de ingresos al servicio de urgencias de los pacientes accidentados y lesionados?.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se aborda el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, se incluye el instrumento, el procedimiento de recolección de datos, estrategia de análisis y las consideraciones éticas.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999) porque se describieron las características y relaciones sociodemográficas y las variables consumo de alcohol y de drogas ilícitas además de identificar la etapa de cambio posterior al accidente o lesión.

Población, muestreo y muestra

La población de estudio la conformaron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, accidentados y lesionados que consumieron previo al accidente alcohol y drogas, que ingresaron al servicio de urgencias de un Hospital de la Ciudad de México. El tipo de muestreo fue por conveniencia en la serie de tiempo. El tamaño de la muestra se estimó para una potencia de .80, con límite de error de estimación de .05 y un nivel de confianza del 95% para una correlación alternativa de .20. El total de la muestra fue de 120 pacientes.

Procedimiento de recolección de datos

El proyecto se presentó a las comisiones de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para su revisión y aprobación; posteriormente se solicitó por escrito la autorización de la

institución donde se llevo acabo el estudio (Apéndice B). Se asistió al servicio de urgencias en donde se revisó la libreta de registro y se elaboró un listado de los pacientes que ingresaron accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas y que se encontraran internados. Se revisaron los expedientes clínicos para conocer el diagnóstico de ingreso y seleccionar a los pacientes; se verificó que el paciente cubriera los criterios de inclusión. La recolección de los datos se realizó a través de una entrevista a las 24 horas de su ingreso aplicando un cuestionario. Se solicitó su participación de manera voluntaria en el estudio a través de la carta de consentimiento informado (Apéndice C).

Se proporcionaron las condiciones de privacidad al paciente; aislando con cortinas o biombos, para que estuviera cómodo y se expresara libremente. Se procedió a la aplicación del instrumento, en el siguiente orden; sección A. Factores sociodemográficos, sección B Percepción de cambio de hábito.

Medición

Para la recolección de los datos se utilizo el Cuestionario de Etapas de Cambio Hábito en Accidentes y Lesiones por Consumo de Alcohol y Drogas ilícitas (CECH) (Apéndice D), el cual fue adaptado de la encuesta de alcohol y salud de los jóvenes (Werch, 2000), en lo referente a etapas de cambio y del cuestionario (AUDIT) identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (De la Fuente & Kershenobich, 1992) el cuestionario (Apéndice D) contiene dos secciones. La sección A corresponde a los factores sociodemográficos divididos en dos apartados. El primer apartado incluye los factores personales: edad, sexo, años de estudio, estado marital y ocupación. El segundo apartado corresponde a factores respecto al accidente o lesión por consumo de alcohol y drogas o ambas, que incluye 10 preguntas: edad de inicio del consumo de alcohol, drogas o ambas, consumo antes del accidente, tiempo

de consumo antes del accidente y lesión, tipo de bebidas alcohólicas y tipo de drogas que consumió antes del accidente, frecuencia y cantidad de consumo de alcohol y frecuencia de consumo de drogas. El número de ingresos al servicio de urgencias, motivo de ingreso, y tipo de trauma que sufrió.

La sección B corresponde a la percepción de cambio de hábito después del accidente y lesión. Consta de dos preguntas, una para identificar la percepción de cambio de hábito por consumo de alcohol y otra para la percepción de cambio de hábito por consumo de drogas, ambas con una escala de cinco opciones de respuesta: 1 no he considerado dejar el alcohol y nunca lo haré, 2 he pensado seriamente dejar el alcohol en los siguientes dos a tres años, 3 planeo dejar el consumo de alcohol en los siguientes seis meses, 4 intentaré dejar el consumo de alcohol saliendo del hospital, 5 con lo que me pasó en el accidente y lesión no volveré a consumir alcohol. Las mismas opciones de respuesta se consideraron para identificar la percepción de cambio de hábito por consumo de drogas.

Para poder correlacionar las dos variables categóricas se asignó el valor del 1 al 5 a las etapas de cambio, donde el valor de 5 es el más alto y significa el deseo de cambiar.

Estrategia de análisis

Los resultados se procesaron en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 10.0). El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial. El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión.

Para el objetivo uno se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para describir las características sociodemográficas de los participantes así como para describir las etapas de

cambio de hábito que percibe el paciente. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a las variables continuas para determinar la normalidad de los datos

Para el objetivo dos se aplicó estadística inferencial con el coeficiente de correlación de Spearman. Para la pregunta de investigación se aplicó la Chi cuadrada de Razón de Verosimilitud y la Chi cuadrada de Pearson.

Consideraciones éticas

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

Artículo 13, en todo momento se consideró el respeto a su dignidad, protección a sus derechos y bienestar. De igual manera se protegió su privacidad aislando al paciente en el momento de recabar la información; se consideró previo a la entrevista que no se le hubiera realizado algún procedimiento que le ocasionara dolor.

Artículo 14, fracción VI y VII se contó con el consentimiento informado y por escrito del paciente, se le explicó en forma sencilla y clara en qué consistiría el estudio, lo que le permitió aceptar o rechazar voluntariamente su participación.

Artículo 17, el presente estudio se consideró sin riesgo por que no se realizaron pruebas o procedimientos fisiológicos o psicológicos, únicamente se aplico un cuestionario mediante la entrevista.

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 básica y se aclararon dudas.

Artículo 21, fracción VI, VII y VIII se aseguró al participante al momento de

la entrevista el derecho a retirarse del estudio en el momento que lo considerará, y se hizo de su conocimiento que la información obtenida se mantendría en absoluta confidencialidad por lo que no se registró su nombre, manteniéndolo en el anonimato.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados de la percepción de etapas de cambio de hábito en pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas los datos se presentan en el siguiente orden: factores sociodemográficos personales de los participantes, factores relacionados con el accidente y lesión y percepción de etapas de cambio de hábito.

Estadística descriptiva

Tabla 1

Factores sociodemográficos personales de los pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas

Personales	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	107	89.2
Femenino	13	10.8
Estado marital		
Con pareja	90	75.0
Sin pareja	30	25.0
Ocupación		
Empleado	102	85.0
Obrero	13	10.8
Comerciante	2	1.7
Labores del hogar	1	0.8
Sin empleo	2	1.7

Fuente: CECH

$n = 120$

En la tabla 1 se observa que el porcentaje mayor fue para el sexo masculino, en relación al estado marital el porcentaje más alto fue para los que tenían pareja, en cuanto a la ocupación se encontró que los empleados representaron la mayoría.

Tabla 2

Factores sociodemográficos personales de los pacientes accidentados y lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas

Personales	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	DE
Edad	19	72	38.6	38.00	0.95
Años de estudio	5	18	9.8	9.00	7.94

Fuente: CECH

$n = 120$

En la tabla 2 se muestra que la media de edad de los pacientes accidentados o lesionados por consumo de alcohol y drogas ilícitas fue de 38.6 y para los años de estudio de 9.8 años.

En la tabla 3 se reporta que la media de edad fue de 38.6 años y respecto al consumo de otras drogas se encontró que la media fue de 19.1 años. En relación al tiempo transcurrido entre el consumo de alcohol y el accidente se reportó una media de 4.5 horas.

Tabla 3

Edad de inicio en el consumo de alcohol y drogas ilícitas y horas de consumo antes del accidente y lesión

Edad de inicio de consumo y horas	n_i	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	DE
Alcohol	107	10	26	17.8	18.0	2.6
Drogas	13	14	35	19.1	18.0	5.4
Horas de Consumo antes del accidente y lesión.		1	10	4.5	4.0	1.7

Fuente: CECH

 $n = 120$

En la tabla 4, se observa el tipo de consumo de los participantes, el mayor porcentaje lo ocuparon los pacientes que consumieron bebidas alcohólicas y el menor porcentaje consumieron únicamente drogas. 10 de cada 100 participantes consumieron alcohol y drogas ilícitas.

Tabla 4

Consumo de alcohol y drogas ilícitas antes del accidente y lesión

Variable	f	%
Bebidas alcohólicas	107	89.2
Drogas	1	0.8
Ambas	12	10.0
Total	120	100

Fuente: CECH

 $n = 120$

Tabla 5

Bebidas alcohólicas y drogas ilícitas consumidas por el paciente antes del accidente y lesión

Bebidas alcohólicas	<i>f</i>	%
Cerveza	64	53.4
Tequila	23	19.2
Brandy	25	20.8
Whisky	4	3.3
Pulque	3	2.5
No consume	1	0.8
Drogas ilícitas		
Mariguana	2	1.7
Cocaína	5	4.2
Éxtasis, tachas, crack	1	1.8
Medicamentos	5	4.2
No consume	107	89.2

Fuente: CECH

$\underline{n} = 120$

En la tabla 5, se observa el tipo de bebidas y drogas que consumieron antes del accidente y lesión, el mayor porcentaje correspondió a bebidas alcohólicas como cerveza, brandy y tequila. Respecto a las drogas ilícitas el porcentaje más alto de consumo fue la cocaína y medicamentos sin prescripción médica.

En la tabla 6 se observa que en relación a la frecuencia de consumo de alcohol y drogas el mayor porcentaje correspondió a una vez al mes o menos.

Tabla 6

Frecuencia en el consumo de alcohol y drogas ilícitas por los pacientes
accidentados y lesionados.

Frecuencia de consumo	Alcohol		Drogas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Nunca	1	0.8	107	89.2
Una vez al mes o menos	97	80.9	11	9.2
Dos o cuatro veces al mes	15	12.5	1	0.8
Dos o tres veces por semana	3	2.5	-	-
Cuatro o más veces por semana	4	3.3	1	0.8
Total	120	100	120	100

Fuente: CECH

n = 120

Tabla 7

Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas antes del accidente y lesión

Número de copas	<i>f</i>	%
1 a 2	18	15.0
3 a 4	47	39.2
5 a 6	43	35.8
7 a 9	3	2.5
10 o más	8	6.7
No consume	1	0.8
Total	120	100

Fuente: CECH

n = 120

En la tabla 7 se observa que la cantidad de alcohol consumido antes del accidente y lesión correspondió de tres a cuatro copas. seguido de los que tomaron de 5 a 6.

Tabla 8

Motivo de ingreso del paciente al servicio de urgencias

Motivo de ingreso	<i>f</i>	%
Accidente automovilístico	50	41.8
Ataque con arma de fuego o punzo cortante	12	10.0
Riña o asalto en la vía pública	28	23.3
Violencia en el hogar	1	0.8
Intento de suicidio	4	3.3
Caída de su propia altura	25	20.8
Total	120	100

Fuente: CECH

$n = 120$

En la tabla 8 se muestra que los principales motivos de ingreso fueron los accidentes automovilísticos seguido de las riñas o asaltos en la vía pública y el menor porcentaje lo ocupó la violencia en el hogar.

En la tabla 9 se observa que las fracturas fueron el principal tipo de trauma que sufrió el paciente, seguido de las contusiones y heridas en tejidos blandos. En relación al número de ingresos se encontró que más del 25% ha ingresado más de una vez al servicio de urgencias.

Tabla 9

Tipo de trauma y número de ingresos al servicio de urgencias del los pacientes accidentados y lesionados

Trauma	<i>f</i>	%
Fracturas	57	47.5
Contusiones	50	41.7
Heridas en tejidos blandos	13	10.8
No. de ingresos		
Uno	85	70.8
Dos	33	27.5
Tres	2	1.7

Fuente: CECH

 $n = 120$

Tabla 10

Etapas de cambio de hábito percibido por el paciente accidentado y lesionado por consumo de alcohol y drogas ilícitas

Etapas de cambio	Alcohol		Drogas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Precontemplación	25	20.8	4	3.3
Contemplación	29	24.2	3	2.4
Preparación	25	20.8	2	1.7
Acción	21	17.6	2	1.7
Mantenimiento	19	15.8	2	1.7
No consume	1	0.8	107	89.2
Total	120	100	120	100

Fuente: CECH

 $n = 20$

En la tabla 10 se observa que las etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas ilícitas que percibieron los pacientes en mayor porcentaje correspondió a la etapa de precontemplación seguida de la contemplación.

Tabla 11

Prueba de normalidad de Kolmogorov -Smirnov

VARIABLES	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	DE	D	Valor de p
Edad	19	72	38.6	38	10.9	.913	.37
Años de estudio	5	18	9.8	9.0	2.9	2.33	.00
Inicio de consumo de alcohol	10	26	17.8	18.0	2.6	1.65	.00
Inicio de consumo de drogas ilícitas	14	35	19.1	18	5.4	5.72	.00
Horas de consumo antes del accidente y lesión	1	10	4.5	4.0	1.7	2.25	.00
Percepción de etapas de cambio de consumo de alcohol	1	5	2.8	3.0	1.4	1.97	.00
Percepción de etapas de cambio de consumo de drogas ilícitas	1	5	2.6	2.0	1.5	.71	.69

Fuente: CECH

$n = 20$

En la tabla 11, se observa que la mayoría de las variables continuas no mostraron normalidad por lo que se aplicaron pruebas no paramétricas para el análisis inferencial.

Estadística inferencial

Tabla 12

Correlación de Spearman de variables continuas y percepción de etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas ilícitas

Variables	Percepción de etapas de Cambio de Consumo de Alcohol	Percepción de Etapas de Cambio de Consumo de Drogas Ilícitas
Edad	.024	.024
Valor p	.791	.799
Años de Estudio	.054	-.074
Valor p	.559	.422
Edad de inicio de consumo de alcohol	-.059	.358
Valor p	.052	.001
Edad de inicio de consumo de drogas	.037	-.898
Valor p.	.689	.001
Horas de consumo antes del accidente	.157	.051
Valor p	.087	.570

Fuente : CECH

n = 120

En la tabla 12, se observa la correlación positiva entre edad de inició de

consumo de alcohol con la etapas de cambio de consumo de drogas ilícitas y la correlación negativa entre edad de inicio de consumo de drogas con la percepción de etapas de cambio de consumo de drogas.

Tabla 13

Chi cuadrada de Razón de Verosimilitud y de Pearson para consumo de alcohol y drogas antes del accidente y número de ingresos

Variables	gl	X ² de Pearson	Valor de p	X ² Razón de Verosimilitud	Valor de p
Consumo de alcohol y drogas y número de ingresos	1	11.32	.001	10.16	.001

Fuente: CECH

n = 120

La tabla 13 muestra diferencia significativa entre consumo de alcohol y drogas con el número de ingresos por accidentes y lesiones ($p < .01$). Para verificar la diferencia, se presenta la tabla 14.

Tabla 14

Consumo de alcohol y drogas y número de ingresos

Ingreso al servicio de urgencias	Consumo antes del accidente				Total	
	Bebidas alcohólicas		Drogas		f	%
	f	%	f	%		
1ª. vez	81	75.7	4	30.8	85	70.8
Más de una vez	26	24.3	9	69.2	35	26.2
Total	107	100.0	13	100.0	120	100.0

Fuente: CECH

n = 120

En la tabla 14 se observa que los pacientes que consumieron drogas ilícitas antes del accidente y lesión ingresaron por más de dos ocasiones al servicio de urgencias que aquellos que solo consumieron bebidas alcohólicas.

Tabla 15

Chi cuadrada de Razón de Verosimilitud y de Pearson de ingresos por consumo de alcohol y drogas ilícitas por tipo de accidente

VARIABLES	gl	X ² de Pearson	Valor de p	X ² Razón de Verosimilitud	Valor de p
Accidentes Automovilísticos	1	1.61	.204	1.39	.238
Otros accidentes	1	9.44	.002	8.90	.003

Fuente CECH

n =120

La tabla 15 reporta diferencia significativa en ingresos por consumo de alcohol y drogas ilícitas solo en otros accidentes ($p < .01$).

Para verificar la tabla anterior se presenta la tabla 16 que muestra que los pacientes que sufrieron otros accidentes por consumo de alcohol y drogas ilícitas presentaron el mas alto porcentaje de ingresos al servicio de urgencias en comparación con los que tuvieron accidentes automovilísticos.

Tabla 16

Tipo de accidentes por consumo de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas por número de ingreso al servicio de urgencias

Tipo de accidente y número de ingresos	Consumo antes del accidente			
	Bebidas alcohólicas		Consumo de drogas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Automovilístico				
Primera vez	36	78.3	2	50%
Más de una vez	10	21.7	2	50%
Total	46	100	4	100.0
Otros accidentes				
Primera vez	45	73.8	2	22.2
Más de una vez	16	26.2	2	77.8
Total	61	100	9	100.0

Fuente: CECH

$n = 120$

Capítulo IV

Discusión

Los resultados permitieron verificar empíricamente las etapas de cambio según la perspectiva teórica del McMos en personas que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas. Además fue posible establecer diferencias en relación al tipo de accidente y número de ingresos al servicio de urgencias

Con respecto al primer objetivo se pudo ratificar que los hombres consumen mas alcohol y drogas que las mujeres, dato que coincide con lo reportado por López y Rosovsky, (1998); Meneses et al. (1993) y Oliva (2001). En relación al estado marital el porcentaje mas alto lo ocupan los participantes que tienen pareja lo cual discrepa con lo señalado por Oliva (2001) quien encontró que las personas accidentadas en su mayoría no tenían pareja.

El mayor porcentaje esta representado por empleados y obreros similar a lo reportado por López y Rosovsky, (1998) y Oliva, (2001). La media de edad fue 38.6 años superior a lo informado por López y Rosovsky, (1998); Meneses et al. (1993) y Oliva (2001); quienes encontraron que la edad de las personas accidentadas fue de 15 a 35 años, estos datos probablemente se deban a un efecto de la tolerancia al alcohol, en virtud del tiempo que tiene de consumo alcohol (edad de inicio en el consumo de alcohol y edad actual). Además la frecuencia y cantidad de consumo (dosis - respuesta). Por otra parte el alcohol es un depresor del sistema nervioso central lo que determina que los centros nerviosos termorreguladores se perturben en su funcionamiento reduciendo la coordinación motora, la autocritica, el estado de alerta y el sentido de responsabilidad predisponiendo la ocurrencia de accidentes y lesiones (Silva, 1972; Tapia , Medina y Cravioto, 2000). Los años de estudio arrojaron una

media de 9.8 similar a lo reportado por Oliva, (2001) esto difiere con lo reportado por López y Rosovsky, (1998) quienes señalaron que en su mayoría las personas accidentadas tenían 6 años de escolaridad que corresponde al nivel primaria. Probablemente estas diferencias se deben a que el estudio fue realizado en una institución de seguridad social que da servicio a una población mejor preparada y con empleo. Otros estudios que se han realizado en instituciones de salud que atienden a población abierta, que generalmente tienen menor nivel de estudios y empleo no calificado.

En relación a la edad de inicio de consumo de alcohol y drogas y su relación con accidentes y lesiones la media de edad para alcohol fue de 17.8 años y para drogas de 19.1 años de edad en promedio. La frecuencia y cantidad de consumo fue una vez al mes o menos, consumiendo de 3 a 6 copas con un intervalo de tiempo entre el consumo y el accidente de 4.5 horas. El tipo de bebidas alcohólicas consumidas antes del accidente fueron la cerveza en primer lugar, seguida de el brandy y el tequila, el consumo fue de alta cantidad y baja frecuencia. Respecto a las drogas la cocaína y los medicamentos fueron los mas consumidos con baja frecuencia. Estos datos coinciden con los reportados en el PNS, (2001) donde se señala que el uso y abuso de alcohol se ha incrementado en los últimos 10 años. La cocaína es la preferida por los consumidores; de igual forma Borges et al. (1999); López y Rosovsky (1998) y Oliva (2001) reportaron que las personas habían consumido ocho copas con un promedio de 4 a 6 horas previas al accidente y lesión.

La alta cantidad de bebidas consumidas por los participantes de este estudio y según el AUDIT mostraron un consumo dependiente lo que probablemente influya en la relación del patrón de consumo con la ocurrencia de accidentes y lesiones que sufrieron los pacientes. En cuanto al intervalo de tiempo entre el consumo de alcohol y drogas y el accidente y lesión tiene

relación a lo señalado por Silva, (1972) que refiere que el alcohol se absorbe en 30 minutos y casi el 90% de la cantidad ingerida ya circula en la sangre. Las primeras copas surten efecto en ese tiempo y la absorción completa tiene efecto en dos horas aproximadamente lo que probablemente influya para que se presentará el accidente y la lesión.

En relación a los motivos de ingreso al servicio de urgencia se encontró que el mayor porcentaje fueron accidentes automovilísticos seguido de riñas o asaltos en la vía pública. Los tipos de trauma que predominaron en los participantes fueron fracturas en 47.5%, contusiones 41.7%, heridas de tejidos blandos 10.8% y mas del 25% habían ingresado mas de una ocasión. Estos datos concuerdan con López y Rosovsky, (1998); Meneses et al. (1993) y Oliva (2001) quienes reportaron como principales motivos de ingreso los accidentes automovilísticos y lesiones ocasionándoles traumas diversos como fracturas, contusiones y heridas. Además señalan que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de reingreso al hospital.

Con respecto al segundo objetivo que fue identificar las etapas de cambio de hábito que percibe el paciente accidentado y lesionado por tipo de droga consumida que ingresa al servicio de urgencias, se encontró en el presente estudio que el mayor porcentaje de los pacientes que consumieron alcohol se encontraban en etapa de contemplación seguida de la etapa de precontemplación, en tanto que los que consumieron drogas ilícitas se encontraron en mayor porcentaje en las etapas de precontemplación preparación acción y mantenimiento, estos resultados no coinciden con lo reportado por Werch et al. (1994) que señalan que los consumidores de alcohol estaban en la etapa de precontemplación y los que consumieron drogas se ubicaron en la etapa de contemplación. La diferencia de estos resultados probablemente obedece a que el presente estudio fue realizado en población

adulta que sufrieron accidentes y lesiones en tanto que Werch et al. (1994) realizaron el estudio en población de bachillerato y universitarios, sin embargo coincide con lo reportado por Alonso et al. (2001) Deyhause (1995) quienes encontraron que la mayoría de los pacientes que sufrieron accidentes por consumo de alcohol estaban en etapa de contemplación seguida de la etapa de preparación.

En relación a la pregunta de investigación planteada ¿existe diferencia entre el tipo de accidente y lesión por consumo de alcohol y drogas con el número de ingresos al servicio de urgencias? se encontró diferencia significativa del consumo de alcohol y drogas con el número de ingresos, en donde los participantes que consumieron drogas ilícitas antes del accidente y lesión presentaron mayor número de ingresos que aquellos que sólo consumieron bebidas alcohólicas. Por otra parte el tipo de accidentes con arma de fuego y punzo cortante, riñas o asaltos en la vía pública, caída de propia altura, intentos de suicidio y violencia en el hogar fueron causa de mayor ingreso.

Por lo tanto los efectos de las drogas o dosis respuesta provocan mayor modificación de la conciencia determinada por el tipo de droga ya que se sabe que la marihuana y los estimulantes no eliminan las causas fisiológicas de fatiga sino que las ocultan. Los sedantes prolongan el tiempo de reacción y producen un estado de entorpecimiento, inmovilidad y falta de destreza (Vilchis & Iturrios ,1987).

Conclusiones

El estudio permitió identificar los factores sociodemográficos de las personas accidentadas y lesionadas por consumo de alcohol y drogas ilícitas los hombres son mayores consumidores de bebidas alcohólicas y drogas, la

media de edad de los participantes fue de 38 años, con una media de 9 años de escolaridad, la mayoría fueron empleados y tienen pareja, los participantes que consumen drogas presentaron mayor número de ingresos al servicio de urgencias que aquellos que solo consumieron alcohol.

Los motivos de ingreso a la sala de urgencias fueron en mayor proporción los accidentes automovilísticos, riñas o asaltos en la vía pública y caídas de su propia altura, ocasionando en su mayoría contusiones, fracturas y heridas de tejidos blandos. La edad de inicio del consumo de alcohol en promedio fue de 17 años y para drogas 19 años de edad. Las bebidas alcohólicas que consumieron con mayor frecuencia antes del accidente y lesión fueron cerveza, brandy y tequila, las drogas de mayor consumo fue cocaína, medicamentos y la marihuana, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y drogas ilícitas fue una vez al mes o menos y consumieron de 3 a 6 copas, con intervalo de tiempo entre el consumo y el accidentes de 4.5 horas.

El estudio permitió verificar el concepto teórico de etapas de cambio de hábito que manifestó el paciente accidentado y lesionado por consumo de alcohol y drogas ilícitas, la etapa de contemplación fue la que se percibió en mayor proporción en relación al consumo de alcohol y la etapa de precontemplación de los que consumieron drogas ilícitas

Recomendaciones

Realizar estudios cualitativos con el propósito de enriquecer los resultados obtenidos en relación a las etapas de cambio de hábito.

Realizar la replica del estudio en instituciones privadas para conocer el comportamiento de las variables utilizadas en el presente estudio.

Continuar utilizando el instrumento a fin de mejorar su confiabilidad.

Continuar aplicando los conceptos teóricos del McMos etapas de

adquisición y cambio de hábito de consumo de drogas ilícitas en accidentes y lesiones.

Referencias

Alonso, M., Rodríguez, L., Esparza, S., Martínez, T., Oliva, N., Rodríguez, F., & López, K. (2001). Prevención de accidentes relacionados al consumo de alcohol por intervención breve. Informe de investigación no publicado, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Borges, G., Medina, E., Cherpitel, C.H., 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 (1).

Celis, A., Rivas, M., Valencia, N., & Salazar J. (1994). Alcohol y muerte traumática en Jalisco. Salud Pública de México, 36 (3), 269-274.

De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Facultad de Medicina UNAM, 35 (2), 47-51.

Dyehouse, J. & Sommers, M. (1995). Intervención breve como estrategia de práctica avanzada para víctimas de traumas múltiples seriamente lesionados AACN, Clinical Issues, 1 (6), 53-62.

Dyehouse, J. (1998). Previniendo lesiones vehiculares con la intervención breve 32-64.

López, J. (1998). Validez del autoinforme en el consumo de bebidas alcohólicas. Revista Mexicana de Psicología, 15 (1), 19-25.

López, J.& Rosovsky, 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), 32-38.

Máyne,S. (1978). Muerte y ejes viales [En red]Disponible en:
Infolatina.com 1 / 2.

Meneses, F., Rea, R., Ruiz, C., & Hernández M. (1993). Accidentes y lesiones en cuatro hospitales generales del Distrito Federal. Salud Pública de México, 35 (5), 1-11.

Oliva, R. N. (2001). Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Polit, F. D. & Hungler, P. B. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud (Sexta edición). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Richaud, M., Barrionuevo, D., Mussi, C., (2001). Estilos de afrontamiento en relación con los estadios de cambio de la conducta adictiva. [En Red]
Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>

Rosovsky, H. (1992). Prevención de accidentes y violencias: el consumo de alcohol como factor de riesgo. Psicología y Salud, 48-53.

Secretaría de Salud, Encuesta Nacional de Salud [ENS]. (1990).

Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud [PNS]. (2001-2006).

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Silva, M., (1972). Alcoholismo y accidentes de tránsito. Salud Pública de México XIV, (6), 809-828.

Statistical Package for Social Sciences.[SPSS]Ime., Base 10 para windows 2000.

Tapia, C. R., Medina, M. E. & Cravioto, Q. P. (2001). Epidemiología del consumo de alcohol. Tapia, C. R. (Ed.), Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (pp. 127-138). México, D.F.: Manual Moderno.

Tapia, C.R., Medina, M. E., Cravioto, Q. P., Kuri, M. P. & Rosovsky, H. (1998). Tercera Encuesta Nacional de Adicciones. [En red]. Disponible en: cisma@imp.edu.mx.

Vilchis, H. & Iturrios, P. (1987). Alcohol y otros factores humanos condicionantes de accidentes de tránsito. Salud Pública de México, 29 (4), 322-330.

Werch, C.E., & Diclemente, C. (1994). Modelo de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con la etapa de uso de los jóvenes. Health Education Research Theory And Practice, 9 (1), 39-46.

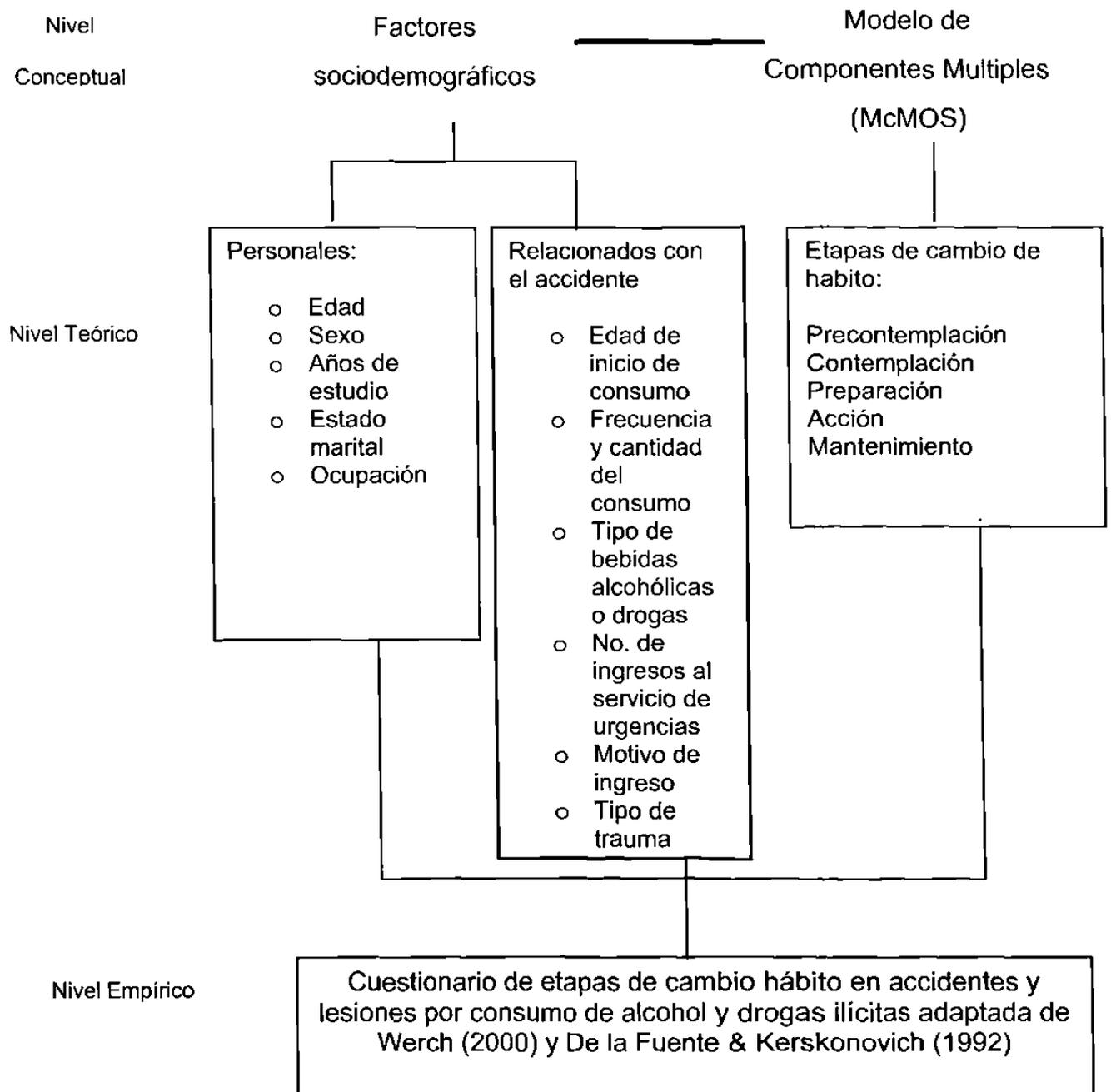
Werch, Ross, C, Anzalone D & Meers,B.W. (1994). Intervenciones preventivas de alcohol basadas en un modelo de etapas de adquisición. Health Values,18, (6), 40-48.

Werch, C. E. (2000). Encuesta de alcohol y salud de los jóvenes. University of north Florida.

Apéndices

Apéndice A

Estructura conceptual teórica empirica



Apéndice B

Autorización de la institución



Instituto de Investigación
y Servicios Educativos
de los Estados Unidos
Mexicanos

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
SUBDELEGACIÓN MÉDICA ZONA OTE,
HOSP. REG. "GRAL. T. ZARAGOZA"
COORD. DE CAP., INV. Y DES.
C.E. 321/2002

México, D.F., a 7 de Junio del 2002.

LIC. MA. IRISA GARCÍA VELASCO
DIRECTORA DE LA ESEP DEL I.P.N.
P r e s e n t e

Tengo el gusto de informarle que revisamos el Protocolo, que para titulación presentó la LIC. ANGLA E. GONZÁLEZ JUÁREZ y fue aprobado para realizarse de acuerdo a Cronograma establecido en el mismo.

Quedo asuntado con el Registro I-L. IPN 08/02. Informo a Usted que estamos pendientes de los resultados para implementar programas educativos que de ellos se deriven en beneficio de nuestros derechohabientes.

Agradezco su atención y la saludo.

ATENTAMENTE

DR. GREGORIO U. VALENCIA GÓMEZ
Jefe de Investigación



DR. ENRIQUE GRANJA POSADA
Director

c.c.p. C. Dr. Enrique Granja Posada.-Director, Presente
c.c.p. C. Dr. José Antonio Trejo López.-Subdirector Médico, Presente
c.c.p. Acuse de recibo.
c.c.p. Minutario.

DR. EGP, DR. GIUP, o/ig

2002 JUN 10 10:00 AM

Apéndice C

Carta de consentimiento informado

La Lic. Angela González Juárez me ha solicitado participar en su estudio de investigación titulado “Etapas de Cambio en Accidentes y lesiones por consumo de alcohol y Drogas Ilícitas” que realiza para obtener su grado de Maestría en Enfermería. Me explico que el propósito del estudio es conocer y describir las etapas de cambio en las que se ubica el paciente accidentado y lesionado por consumo de alcohol y drogas ilícitas, captado en la sala de urgencias de un hospital de la ciudad de México.

Sé que voy a contestar unas preguntas acerca de mi consumo de alcohol y drogas; se me explicó que los datos sobre mi participación serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento en que yo lo decida.

La Lic. Angela González Juárez me ha informado que una vez finalizado el estudio dará a conocer los resultado a la institución con la finalidad de que sirvan de base y permitan en un futuro el diseño de estudios de intervenciones de enfermería que permitan ayudar a las personas con este tipo de problemas de salud.

Voluntariamente acepto participar en este estudio.

Firma

Fecha

Apéndice D

Cuestionario de Etapas de Cambio de Hábito en Accidentes y Lesiones por
Consumo de Alcohol y Drogas Ilícitas (CECH)

Instrucciones

El propósito de esta encuesta es determinar la etapa de cambio de hábito de consumo de alcohol y/o drogas ilícitas en la que se ubica el paciente que ha sufrido accidentes o lesiones. El entrevistador hará cada una de las preguntas marcando o escribiendo la respuesta que el entrevistado indique, asegurándose que no quede ningún espacio en blanco, que conteste cada pregunta con cuidado y que borre completamente para cambiar la respuesta.

Número de cuestionario: _____

Sección A: Factores sociodemográficos

Personales

1.- Sexo:

1. Masculino

2. Femenino

2.- Edad en años cumplidos _____

3.- Años de estudio _____

4.- Estado marital

1. Con pareja

2. Sin pareja

5.- Ocupación

- 1. Empleado
- 2. Obrero
- 3. Comerciante
- 4. Labores del hogar
- 5. Sin empleo
- 6. Otro (especificar)

Factores respecto al accidente o lesión por consumo de alcohol y drogas.

6. ¿A qué edad inicio el consumo? de:

- 1. Bebidas alcohólicas _____
- 2. Drogas _____
- 3. Ambas cosas _____

7. ¿Qué fue lo que consumió antes de que ocurriera el accidente y lesión?

- 1. Bebidas alcohólicas
- 2. Drogas
- 3. Ambas cosas

8. ¿Cuántas horas antes del accidente la (s) consumió? _____

9. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consumió antes del accidente?

Cerveza	<input type="checkbox"/>	Whisky	<input type="checkbox"/>
Tequila	<input type="checkbox"/>	Pulque	<input type="checkbox"/>
Brandy	<input type="checkbox"/>	No consume	<input type="checkbox"/>

10.- ¿Qué tipo de drogas consumió antes del accidente

Mariguana	<input type="checkbox"/>	Éxtasis, tachas	<input type="checkbox"/>
Inhalables	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	No consume	<input type="checkbox"/>

11. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?

- 1) Nunca
- 2) Una vez al mes o menos
- 3) 2 – 4 veces al mes
- 4) 2 – 3 veces por semana
- 5) 4 o más veces por semana

12. - ¿Con qué frecuencia consume drogas?

- 1) Nunca
- 2) Una vez al mes o menos
- 3) 2 - 4 veces por mes
- 4) 2 – 3 veces por semana
- 5) 4 o más veces por semana

13.- ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume al día cuando toma?

1 a 2 dosis	<input type="checkbox"/>	7 a 9 dosis	<input type="checkbox"/>
3 a 4 dosis	<input type="checkbox"/>	10 o mas dosis	<input type="checkbox"/>
5 a 6dosis	<input type="checkbox"/>	No consume	<input type="checkbox"/>

14.- ¿Cuántas veces a ingresado al servicio de urgencias por accidente o lesión a causa de consumo de alcohol y drogas?

15.- ¿Cuál es el motivo de su ingreso al servicio de urgencias

1. Accidente automovilístico
2. Ataque con arma de fuego o punzo cortante
3. Riña o asalto en vía pública
4. Violencia familiar
5. Intento de suicidio
6. Caída de su propia altura

Sección B: Percepción de cambio de hábito.

16. Después del accidente y lesión. ¿Cuál es su percepción de cambio de hábito en el consumo de alcohol?.

- 1) No he considerado dejar el alcohol y nunca lo haré.
- 2) He pensado seriamente dejar el alcohol en los siguientes 2 a 3 años.
- 3) Planeo dejar el consumo de alcohol en los siguientes 6 meses
- 4) Intentaré dejar el consumo de alcohol saliendo del hospital
- 5) Con lo que me pasó no volveré a consumir alcohol.

17.- Después del accidente y lesión. ¿Cuál es su percepción de cambio de hábito en el consumo de drogas ilícitas?

- 1) No he considerado dejar las drogas y nunca lo haré.
- 2) He pensado seriamente dejar las drogas en los siguientes 2 a 3 años
- 3) Planeo dejar el consumo de drogas en los siguientes 6 meses.
- 4) Intentaré dejar el consumo de drogas saliendo del hospital
- 5) Con lo que me pasó no volveré a consumir drogas.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

ANGELA EDIBERTA GONZÁLEZ JUÁREZ

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

Tesis: Etapas de cambio en personas que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas.

Área de estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en San Pedro Atlapulco, Edo de México el 4 de Enero de 1953, hija de Andres González Moreno y Herlinda Juárez Peña.

Educación: Egresada de la carrera de enfermería en 1974, Escuela de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional. Diplomado en Docencia en el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa, Título de Licenciatura en Enfermería 1983, ESEO del Instituto Politécnico Nacional.

Experiencia profesional: Enfermera General de 1974 a 1976 en el Hospital de México, Enfermera Industrial en Vidriera México S. A, Profesora del Hospital de Jesús de 1981 a 1985, y de 1981 a 1994 Profesora de Asignatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Profesora Titular B en la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del IPN desde 1986 a la fecha.

E-mail: aegj@hotmail.com



D. N. O.

