UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

Director de Tesis

ME. TERESITA DE JESÚS CAMPA MAGALLÓN

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

Asesor Estadístico

MARCO VINIVIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2012

ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Aprobación de Tesis

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón

Director de Tesis

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón

Presidente

MCE. Santiaga Enriqueta Esparza Almanza

Secretario

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Facultad de Enfermería por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por ofrecerme la oportunidad de seguir superándome académicamente a través del apoyo económico durante los dos años de estudio.

A el MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, Director de la Facultad de Enfermería, por el apoyo y la confianza que me manifestó desde el inicio de mis estudios de posgrado. Así también por sus valiosas aportaciones para el enriquecimiento de ésta investigación.

A mi directora de tesis la ME. Teresita de Jesús Campa Magallón por su valioso tiempo, dedicación y guía en el presente estudio, así como compartir sus conocimientos y experiencias, por motivarme y confiar en mí.

A la MCE. Santiaga E. Esparza Almanza por sus enseñanzas a través de los dos años de la maestría, Así mismo por la dedicación y apoyo que me brindó durante la realización de este estudio.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería por su atención y apoyo recibido.

A el Hospital Universitario “José Eleuterio González”, principalmente al personal del departamento de Urgencias por el apoyo durante la elaboración de la investigación.

A cada uno de los Maestros que guiaron mi formación durante el posgrado, un reconocimiento a cada uno de ellos, especialmente a la Dra. Juana Edith Cruz,

ME. Guadalupe Martínez Márquez, Dra. Karla López, Dra. Guadalupe Moreno y la Dra. Yolanda Flores.

Así mismo a maestros que fueron personas claves en mi carrera, de los que recibí siempre el apoyo incondicional, principalmente de la MSP. Santa Angelita Luna López, la ME. Diana Ruvalcaba Rodríguez, el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo y el Dr. Milton Carlos Guevara Valtier.

A las secretarias de la Facultad de Enfermería: Jenny, Martha, Lucy, Anel, Nidia, Ana Cristina, Cristi, Vane por siempre tener una sonrisa y buen trato hacia mi persona.

Dedicatoria

A Dios por ponerme en el lugar, el momento y con las personas indicadas para poder logar mi objetivo de concluir la Maestría en Ciencias de Enfermería, por cuidarme, protegerme y contar siempre con él.

A mis padres el Profr. Arturo Amaro y la Profra. Amparo Hinojosa por darme la vida, quererme y enseñarme que la educación es la mejor herencia que pudieron haberme dado. A mis hermanas la Profra. Zulma Amaro y Profra. Ivonne Amaro por darme el mejor de los ejemplos y ser no sólo mis hermanas sino mis amigas, así como apoyarme en todo momento, gracias "Kiki", por hacerme reír.

A mi abuelita la Sra. Belen Hinojosa (+), mi tía la Sra. Ana Hinojosa, mi tío Profr. Emiliano Hinojosa y Sr. José María, mis primos Osvaldo Flores, Carlos Hinojosa y Cesar Flores, mí cuñado Ing. Roberto González por su ejemplo, apoyo y compañía.

A mis amigas Paulina Navarro, Edna Gómez, Patricia Soto por acompañarme en los buenos y malos momentos, por escucharme y siempre tener las palabras necesarias durante todo este tiempo, espero contar siempre con su amistad, gracias a la familia de cada una de ustedes, que de igual modo, siempre me brindaron su apoyo y palabras de aliento, cuando todo parecía no estar tan bien.

A cada uno de mis compañeros de la Maestría principalmente a mis compañeras de generación por los grandes momentos de aliento que hicieron que todo fuera más fácil, gracias Pau, Jessy, Chayito, Mario, Nelly, Yola, Ariana, Susy, Amelia, Lilia, Liz.

A las personas que no he mencionado, pero que contribuyeron a mi crecimiento no sólo profesional, sino personal, que me ayudaron a ser valiente y continuar a pesar de las dificultades que se me presentaron.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	14
Objetivos del Estudio	17
Capítulo II	
Metodología	18
Diseño del Estudio	18
Población, Muestreo y Muestra	18
Criterio de Inclusión	19
Criterio de Exclusión	19
Instrumentos	19
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	23
Estrategia de Análisis de Datos	25
Capítulo III	
Resultados	26
Consistencia Interna de los Instrumentos	26
Estadística Descriptiva	27
Prueba de Normalidad	34
Estadística Inferencial	35

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	54
Conclusiones	61
Recomendaciones	63
Referencias	65
Apéndices	
A Escala de Coma de Glasgow	72
B Cédula de Datos Personales	73
C Escala de Valoración de Cambio URICA de Alcohol	74
D Escala de Valoración de Cambio URICA de Drogas (marihuana y cocaína)	76
E Valoración de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud	78
F Oficio de Autorización de la Institución	81
G Consentimiento Informado	82

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Coeficiente de Confiablidad Alpha de Cronbach para los instrumentos	26
2. Factores personales (variables categóricas)	27
3. Motivo de ingreso	27
4. Consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	28
5. Tipo de bebida que consumió el paciente previo al ingreso	28
6. Frecuencia de consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	29
7. Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)	29
8. Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	30
9. Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas	31
10. Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)	32
11. Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	33
12. Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirrnov para las variables continuas	34

Lista de Tablas

Tablas Página

13. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de estreñimiento en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol) 36
14. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Baja autoestima situacional en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 37
15. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de violencia autodirigida en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 38
16. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de Traumatismo en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 40
17. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de intoxicación en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 41
18. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Ansiedad en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol) 42
19. U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Procesos familiares disfuncionales en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 44
20. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol) 45
21. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Descuido personal en pacientes que consumen drogas ilícitas
22. Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Mantenimiento inefectivo de la salud en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas 47

Lista de Tablas

Tablas Página

23. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio 49
24. Prueba U de Mann-Whitney para las etapas de cambio por sexo 50
25. Prueba U de Mann-Whitney para las etapas de cambio por motivo de ingreso 51
26. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso con índice de etapa precontemplación 52
27. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso con índice de etapa contemplación 53

Lista de Figuras

Figura Página

1. Representación gráfica de las variables del estudio 14

Capítulo I

Introducción

El consumo de drogas lícitas e ilícitas es considerado un problema de salud pública que afecta la salud física, mental y social de la población (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2010). Los daños a la salud provocados por el consumo de drogas incrementan la prevalencia de pacientes que solicitan atención en los servicios de salud y en particular en los servicios de urgencias. Una de las principales acciones del personal de enfermería es la elaboración de planes de cuidado para cada paciente que ingresan por problemas asociados al consumo de drogas con la finalidad de desarrollar diagnósticos de enfermería reales o de riesgo. Cabe señalar que en los servicios de urgencias, ésta situación no se realiza a menudo en personas que ingresan por un accidente o lesión relacionado al consumo de drogas (Fernández et al, 2009; Flores, Rodríguez & Guzmán, 2008; Reyes & Villar, 2004).

En países de América Latina, como Costa Rica se reportó que el 25% de los casos atendidos en salas de urgencias fueron por eventos traumáticos relacionados al consumo de drogas ingeridas seis horas previas al ingreso (Bejerano & Obando, 2002). En Argentina, el Operativo Argentino de Drogas (2009) refirió que el 9.4% de los ingresos a la sala de urgencias estaban relacionados al consumo de drogas, el 13.2% se relaciono con el consumo de alcohol, 1.4% marihuana y 0.4% con el consumo de cocaína.

En México uno de cada siete ingresos a la sala de urgencias se origina por lesiones relacionadas con el consumo de drogas. En Nuevo León, los motivos de ingreso a la sala de urgencias relacionados al consumo de drogas fueron por: accidentes automovilísticos y riñas, las principales sustancias consumidas por los pacientes fueron el alcohol, la marihuana y la cocaína (Oliva, Barcellos, Alonso & López, 2010). Se ha

documentado que en los servicios de urgencias ha sido posible identificar que un periodo postraumático (lesiones o accidentes) relacionado al consumo de drogas lícitas e ilícitas, representan una oportunidad para contribuir a que los pacientes cambien su conducta y disminuyan su patrón de consumo de drogas, ya que la literatura refiere que los pacientes se encuentran en una etapa de crisis y tienen disposición para reflexionar sobre su uso y/o abuso de drogas y muestran más sensibilidad al cambio de conducta (National Drug Intelligence Center [NDIC], 2010; Oliva et al., 2010; Fernández et al, 2008; Rangel, 2004).

En este sentido, las etapas de cambio son las fases que puede experimentar una persona cuando realiza una modificación de su conducta, sobre todo ante la presencia de conductas de riesgo como el consumo de drogas y eventualmente puede adoptar conductas saludables siempre y cuando se tenga la disposición o el deseo de un cambio de conducta, lo que constituye una oportunidad para que el profesional de enfermería de considerar la decisión de cambio del paciente y realice intervenciones enfocadas a sensibilizar a los pacientes respecto al cambio de conducta para disminuir o abstenerse del consumo de alcohol o de drogas ilícitas, considerando el Modelo Transteóretico de las Etapas de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente (1994) (Oliva et al., 2010; Alonso & Esparza, 2003; González, 2002).

El profesional de enfermería utiliza el Proceso de Atención de Enfermería como herramienta para determinar intervenciones, previamente se detectan y diagnostican los problemas de salud a través de una valoración en la persona, Así mismo, el modelo de etapas de cambio complementa la valoración que realiza enfermería para así determinar en conjunto con la persona los objetivos e intervenciones que beneficien la disminución o cese del consumo de drogas (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2009).

Diversos estudios abordan los diagnósticos de enfermería en pacientes que consumen drogas, entre los que se destacan: el desempeño inefectivo del rol, ansiedad, déficit de actividades recreativas, riesgo de lesión autodirigida, alteración del patrón del sueño, entre otros (NANDA, 2009; Álvarez, Cuervo, Espinal, & Castaño, 2008; Gómez et al, 2007). Sin embargo, existe escasa literatura donde se identifiquen los diagnósticos de enfermería en pacientes consumidores de drogas que ingresaron a salas de urgencia, que permita en un futuro establecer estrategias de intervención que mejoren el cuidado integral proporcionado por el profesional de la enfermería.

La relevancia de este estudio radica en identificar la disposición que tiene la persona para modificar su conducta de consumo de drogas. Así mismo, identificar los diagnósticos de enfermería, que podrán ser utilizados como una base para que el personal de enfermería realice intervenciones sobre el problema del consumo de drogas y no sólo lo relacionado a los signos y síntomas derivados de las consecuencias. Por lo tanto el propósito de investigación fue determinar la etapa de cambio y los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas que ingresan a una sala de urgencias de una institución pública de salud de tercer nivel de atención.

Marco de Referencia

El presente estudio se guió por el Modelo Transteórico de Cambio de Conducta, de Prochaska y Di Clemente, el concepto de Diagnósticos de Enfermería de NANDA y los conceptos de consumo de alcohol, marihuana y cocaína.

Las etapas de cambio de hábito son las situaciones a las que recurren las personas para modificar sus conductas promotoras de salud como el ejercicio regular y las prácticas de sexo seguro, así como el abandono hábito de consumo de drogas lícitas e ilícitas en pacientes adultos. Éstas se representan a través de la estructura del Modelo de

Etapas de Cambio de Prochaska y Di Clemente, mismas que son aplicables en el problema de consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (marihuana, cocaína) (Prochaska & Di Clemente, 1983).

Así mismo, Prochaska y DiClemente mencionan que el proceso de cambio va desde la etapa de precontemplación hasta la etapa de mantenimiento. La etapa de precontemplación, se caracteriza por no existir ninguna intención de modificar la conducta de consumo de sustancias en un futuro previsible; la etapa de contemplación ocurre cuando los pacientes están conscientes de que existe el problema del consumo de drogas y tienen la necesidad de un cambio de conducta, pero aún no asumen el compromiso para actuar.

La etapa de preparación se refiere al compromiso propio de la persona al realizar el cambio en un futuro inmediato. En la etapa de acción las personas consumidores de drogas, ya han modificado su conducta, sus experiencias o su entorno con el fin de limitar o abstenerse del consumo, involucra cambios conductuales más manifiestos que las etapas previas y requiere una mayor dedicación de tiempo y energía, las acciones tienden a ser más visibles, éstas suelen presentarse en un período no mayor a seis meses. La etapa de mantenimiento especifica que un cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de consumo sensato de alcohol y abstinencia de las drogas, y es en esta etapa dónde se trabaja activamente en la prevención de las recaídas y comúnmente se presenta en un tiempo mayor a seis meses, después de haber iniciado las acciones de cambio (DiClemente, Bellino & Neavinis, 1999; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1995).

El Proceso de Atención de Enfermería es un método dinámico y sistemático para brindar cuidados de enfermería, cuenta con cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; para éste estudio, sólo se abordaron las dos primeras etapas. La primera etapa consiste en un proceso organizado y sistemático

de recogida de datos objetivos y subjetivos, mismos que se recolectan a través de la entrevista y el examen físico, estos datos proceden de fuentes directas e indirectas (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Existen dos tipos de valoraciones: globalizadas y focales, que permiten generar diagnósticos de enfermería con precisión. Las valoraciones globales son aquellas que cubren todos los aspectos de un marco de valoración de enfermería, a través de once patrones funcionales de salud. Las valoraciones focalizadas son caracterizadas por centrarse en un punto o cuestión concreta (NANDA, 2009). Para este estudio se utilizó una valoración global a través de los once patrones funcionales de salud.

Un patrón funcional de salud es una expresión de integración psicosocial, que está influido por factores biológicos, de desarrollo, culturales, sociales y espirituales (Gordon, 2007). Dentro de los 11 patrones funcionales de salud se encuentran: 1) patrón de percepción y mantenimiento de la salud, se refiere a como el paciente percibe y controla su salud y bienestar ; 2) patrón nutrición metabólico describe el tipo de consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas; 3) patrón de eliminación describe el tipo de la función excretora (intestino, vejiga y piel) y la percepción del cliente de la regularidad de la misma; 4) patrón actividad y ejercicio incluye actividades de la vida diaria que requieren gasto energético; 5) patrón sueño - descanso comprende los períodos de sueño, reposo y relajación.

6) patrón cognitivo - perceptual incluye los modos sensoriales y las habilidades funcionales cognitivas como el lenguaje, contacto ocular, voz y habla; 7) patrón autopercepción - autoconcepto describe la percepción del estado de ánimo e incluye las actitudes hacia sí mismo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional; 8) patrón rol-relación incluye la percepción sobre los principales roles y responsabilidad acorde a la situación vital ; 9) patrón sexualidad reproducción describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el

patrón reproductivo; 10) patrón afrontamiento-tolerancia al estrés comprende la capacidad del individuo para manejar el estés; 11) patrón valores-creencias describe el patrón de valores, metas o creencias que guían las elecciones y decisiones de su vida (Gordon, 2007).

Para determinar los diagnósticos de enfermería, es preciso desarrollar la valoración completa de cada persona, de acuerdo a cada uno de los patrones antes mencionados, para así elaborar un análisis donde se identifican datos relevantes (son los que están presentes cuando existe enfermedad o hay riesgo de la misma) y en la síntesis, se realiza el razonamiento diagnóstico, a través de los tres niveles de la taxonomía II NANDA, la cual incluye dominios, clases y diagnósticos. En el dominio se reflejan los patrones funcionales de salud; a su vez, cada dominio posee una subdivisión que permite disminuir su grado de abstracción y son llamadas clases y finalmente se determinaron los diagnósticos de enfermería (NANDA, 2009).

El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico que elabora el personal de enfermería de un individuo, familia o comunidad ante problemas de salud reales o de riesgo ante los procesos vitales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la obtención de los resultados, que es responsabilidad del profesional de enfermería (NANDA, 2009).

De acuerdo a la clasificación NANDA los diagnósticos de enfermería pueden ser: de riesgo o reales. El diagnóstico de enfermería de riesgo está conformado por: a) la etiqueta diagnóstica, es la frase que proporciona un nombre al diagnóstico y representa una asociación de claves relacionadas y b) los factores de riesgo son los atributos que contribuyen a la aparición de un evento no saludable en el individuo, mismos que pueden ser ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos.

El diagnóstico de enfermería real se compone por: la etiqueta diagnóstica, factores relacionados y las manifestaciones (signos y síntomas) que presenta el individuo, familia o grupo ante una situación o un problema de salud. Con base a la determinación de los diagnósticos de enfermería se establecen estándares para planificar las estrategias de cuidado que guiarán al personal de enfermería para lograr la abstinencia o disminución del consumo de drogas lícitas e ilícitas en las personas consumidoras de drogas.

En relación al consumo de drogas, la droga es toda sustancia psicoactiva que al interior de un organismo puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o función motora (OMS, 2000). Las drogas lícitas son aquellas permitidas dentro del marco legal como el alcohol y las drogas ilícitas aquellas cuya finalidad de consumo no es médica y que están prohibidas por la ley, tales como marihuana y cocaína. Ambos tipos de drogas generan una gran cantidad de daños a la salud (Tapia, 2001; Secretaria de Salud [SS], 1999).

Dentro de las drogas lícitas se encuentra el alcohol etílico o etanol (CH3-CH2-OH) que es un agente psicoactivo y depresor del Sistema Nervioso Central (SNC). La concentración de alcohol varía de acuerdo al tipo de bebidas y se expresa en la graduación alcohólica, que mide el porcentaje de alcohol que contiene cada bebida. Cabe señalar que las unidades de bebida estándar equivalen a 10 y 12 gramos de alcohol (gramos de alcohol = cc x graduación x 0,8 [densidad del alcohol] / 100). Respecto al consumo de alcohol puede describirse en términos de la frecuencia y cantidad consumida en gramos de alcohol (Tapia, 2001).

Las manifestaciones observables en la fase aguda del consumo de alcohol se incluyen: cefalea, poliuria, mareo, hipertensión, disminución del apetito, nauseas. En la fase crónica las manifestaciones pueden ser: temblor de manos, marcha tándem, ángulo profundo de rodilla, arañas vasculares, circulación colateral, ginecomastia,

hipersensibilidad abdominal, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, daños congénitos, problemas hepáticos, entre otros. Así también, se asocia a lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, trastornos reproductivos, entre otros (Echeburúa, 2001).

Respecto a las drogas ilícitas las de mayor consumo son la marihuana y la cocaína. La marihuana se extrae de la planta Cannabis Sativa, la cual contiene más de 420 sustancias químicas, de los cuales 60 son cannainoides, el principal isómero responsable de los efectos es el delta-9-tetra-hidrocannabinol (THC).

Entre las manifestaciones a corto plazo presentes en el consumo de marihuana, se encuentran: taquicardia, vértigo, cefalea, aumento del apetito, ansiedad, agresividad verbal y motora, midriasis, sensibilidad a la luz, incremento de la agudeza visual y auditiva e intoxicaciones agudas. Así mismo provoca manifestaciones a largo plazo: intoxicaciones, pasividad y embotamiento, incapacidad para reflexionar, apatía, neoplasias pulmonares, trastornos en el sistema reproductor, entre otros (Tapia, 2001).

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas del arbusto de erytroxylon coca, su nombre químico es benzoilmetilecgonina, contiene 14 alcaloides psicoactivos. En relación a los signos y síntomas a corto plazo que producen, se incluyen: taquicardia, hipertensión arterial, disminución de apetito y agudeza mental, vasoconstricción, aumento de energía, hipertermia, dilatación pupilar, cabe destacar que la cocaína inyectada o fumada produce efectos más rápidos e intensos que la inhalada. Entre las manifestaciones que presentan los consumidores a largo plazo se encuentran: arritmias, disminución de la función sexual, dolor torácico, evento cerebro vascular, convulsiones, dolor abdominal y paro cardio respiratorio (Tapia, 2001).

Respecto a las manifestaciones que producen las drogas, se han identificado etiquetas diagnósticas reportadas por la NANDA relacionadas específicamente en grupos de pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas, los diagnósticos de

enfermería de riesgo, identificados son: 1) Riesgo de lesión es la consecuencia de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona; 2) Riesgo de traumatismo es al aumento del riesgo de lesión tisular accidental (herida, quemadura, fractura); 3) Riesgo de suicidio es el riesgo de lesión autoinfringida que pone en peligro la vida.

4) Riesgo de violencia autodirigida se refiere a la permanencia de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional, sexualmente perjudicial para sí misma; 5) Riesgo de violencia dirigida a otros son las conductas que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente perjudicial para otros; 6) Riesgo de intoxicación se define como el aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficientes para originar una intoxicación.

Entre los diagnósticos reales asociados al consumo de drogas, se identifican: 1) Descuido personal que implica uno a más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud, bienestar socialmente aceptables; 2) Procesos familiares disfuncionales, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas; 3) Desempeño inefectivo del rol son conductas y expresiones propias que no concuerdan con las normas, expectativas y el contexto en el que se encuentran.

4) Ansiedad, sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro; es una señal de alerta que advierte al individuo de un peligro inminente (NANDA, 2009; Gómez et al, 2007; Álvarez et al, 2008).

Estudios Relacionados

A continuación se describen los estudios relacionados con la temática de estudio. En los primeros cinco estudios se abordaron las variables etapas de cambio y su relación con los factores sociodemograficos en pacientes consumidores de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína) que ingresan a la sala de urgencias realizados en México, Korea y Estados Unidos. Los últimos dos estudios se refieren a los diagnósticos de enfermería en pacientes consumidores de alcohol y drogas realizados en Colombia y España.

Oliva et al. (2010) determinaron el tipo de consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos así como los motivos de ingreso a las salas de urgencias de un hospital de Monterrey, Nuevo León. Respecto a los factores sociodemográficos de los participantes, se encontró que un 83.3% fueron del género masculino, la media de edad de los participantes fue de 30.3 años. El nivel educativo presentó una media de 9.5 años de estudio, el 48.3% mencionó ser empleado y el 56.7% de los participantes tenían pareja. Los tipos de lesiones más frecuentes de ingreso fueron accidentes automovilísticos, caídas desde su propia altura (34.6% respectivamente) y riñas (31.6%).

El tipo de bebida alcohólica que consumieron los participantes antes de presentar el accidente o lesión fue la cerveza con un 89.2%, el 1.7% consumieron brandy y bebidas preparadas. En relación a las etapas de cambio los resultados mostraron que el 51.7% de los participantes se ubicaron en la etapa de contemplación y el 34.2% en la etapa de precontemplación. Respecto al consumo de drogas ilícitas que consumieron los participantes antes del accidente o lesión fue en mayor proporción la marihuana (12.5%), seguida de la cocaína (3.4%). De acuerdo al consumo de drogas ilícitas las etapas de cambio en que se ubicaron la mayoría de los pacientes fue en la etapa de precontemplación y contemplación con 52.9% y 23.5% respectivamente.

Blow et al. (2010) analizaron los predictores de la intervención de enfermería en los pacientes que resultaron positivos para los trastornos del uso de sustancias (alcohol y drogas) en un departamento de urgencias. La mayoría fueron pacientes del sexo masculino (62.3%), la media de edad fue de 33.2 años (*DE* = 10.3). El 27.3% con estudios de preparatoria, el 36 % trabajaba y el 75 % de los participantes no tenían pareja. Los motivos de ingreso a las sala de urgencia fueron lesiones y enfermedades relacionadas al consumo de alcohol y drogas. El 65% consumió alcohol, el 61% marihuana y el 20% cocaína en el último mes. Respecto a las etapas de cambio el 19% de los participantes se encontraron en etapa de precontemplación, el 45% en etapa de contemplación y el 37% en la etapa de acción.

Min et al. (2007) realizaron un estudio en Korea en 131 hombres hospitalizados en un centro de rehabilitación con tratamiento de alcohol, el objetivo fue investigar la disposición al cambio en los pacientes con dependencia del alcohol. Los resultados presentados muestran que la media de edad de los participantes fue de 47.6 años (*DE*= 7.1), el 41.2% contaban con una educación hasta preparatoria, el 76.3% trabajaba, el 61.8% de participantes refirió no tener pareja. El 49.6% se encontraban en la etapa de contemplación y el 39.7% en la etapa de acción. Se encontró una diferencia significativa entre la etapa de acción y la edad (M= 50.3; F= 6.42, p= 0.002). Además, la posibilidad de estar en la etapa de acción se incrementa con la edad (β= 1.143, p< 0.05).

Mondragón, Borges, Avilés & Casanova (2005) realizaron un estudio en México con el objetivo de conocer la motivación al cambio del consumo de alcohol en bebedores que ingresaron por un accidente a los servicios de urgencias en un hospital. El 83% fueron del sexo masculino, respecto a la edad el 71% pertenecían a los rangos de 18-29 años. Los motivos de ingreso de mayor prevalencia fueron accidentes y lesiones con un 66%. El 46.3% de los pacientes refirieron encontrarse en la etapa de precontemplación (71.4% eran mujeres). El 22% se encontraba en la etapa de acción, el

17% se ubicaron en la etapa de cambio de preparación y el 14.6% reportó encontrarse en la etapa de contemplación.

Rangel (2004) identificó la etapa de cambio del consumo de alcohol en la que se ubicó el paciente después del accidente y lesión por consumo de alcohol. El 75.9% de los participantes fueron del sexo masculino, tenían una edad promedio de 38 años. El 60.3% mencionó ser empleado y el 64.5% tenían pareja. La bebida de mayor consumo fue la cerveza (56.8%). El 39.7% ingresó por caídas de su propia altura, el 35.5% por accidentes automovilísticos, el 36.9% por traumatismo craneoencefálico, el 29.1% por fracturas y el 24.8% riñas.

Los resultados revelaron que la mayor proporción de los participantes se ubicaron en la etapa de precontemplación (53.2%) seguida por la etapa de contemplación (29.8%). Así mismo se encontró que los años de escolaridad presentaron una relación positiva y significativa con la etapa de precontemplación (r_s = .22, p<.01) y mantenimiento (r_s = .23, p<.01). El tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión mostró relación negativa y significativa con la etapa de acción (r_s = -.30, p<.01).

A continuación se presentan los estudios que abordan los diagnósticos de enfermería. Gómez et al. (2007) identificaron los diagnósticos de mayor prevalencia en pacientes internados en un hospital de España y diagnosticados como Patología Dual según la Taxonomía II NANDA. El 70.5% de los participantes eran de sexo masculino, el promedio de edad fue de 41.4 años. Las etiquetas diagnósticas reportadas en este grupo de población fueron: afrontamiento inefectivo (70.1%), deterioro del patrón del sueño (29.3%), déficit de autocuidado: baño e higiene (9.6%), alteraciones en procesos familiares (8.6%) y riesgo de violencia dirigida a otros (7%).

Álvarez et al. (2008) determinaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes y el perfil social y clínico en 50 jóvenes en un centro de rehabilitación de consumidores

de drogas en Medellín, Colombia. El 74% fueron del sexo masculino, el promedio de edad fue 17.6 años y la escolaridad corresponde en un 50% al nivel primaria. La droga de mayor consumo en los jóvenes fue la marihuana con 46% y cocaína con un 18%. Entre los diagnósticos de enfermería más frecuentes se encontraron desempeño inefectivo del rol (88%), ansiedad (77%), déficit de actividades recreativas (70%), deterioro del patrón del sueño (60%) y riesgo de lesión autodirigida (56%).

Es síntesis, la literatura revisada coincide en que existen estudios donde los motivos de ingreso relacionados al consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína) fueron: lesiones, accidentes y riñas; la población masculina es quien predomina, la edad de estos pacientes oscila de 32 a 38 años. Las etapas de cambio de mayor prevalencia son: precontemplación, contemplación y acción.

Cabe destacar que se reporta relación positiva y significativa entre las etapas de cambio (precontemplación y mantenimiento) y los años de escolaridad. Sin embargo existe escasa literatura donde sea posible observar la relación entre los factores sociodemográficos y las etapas de cambio de la conducta en consumidores de drogas ilícitas (Oliva et al., 2010; Min et al., 2007; Mondragón, Borges, Avilés & Casanova, 2005, Rangel, 2004; Blow et al).

Referente a los diagnósticos de enfermería, la literatura encontrada fue en población de adultos entre 18 y 42 años que tienen dependencia al consumo de drogas lícitas (alcohol) y /o drogas ilícitas (marihuana y cocaína), los diagnósticos de mayor prevalencia que se reportaron fueron: el desempeño inefectivo del rol, ansiedad, déficit de actividades recreativas, deterioro del patrón del sueño y riesgo de lesión autodirigida, afrontamiento inefectivo, déficit de autocuidado y alteración en los procesos familiares (Álvarez et al., 2008; Gómez et al., 2007).

En la figura uno se muestran las variables del estudio. Etapas de cambio y Diagnósticos de Enfermería.

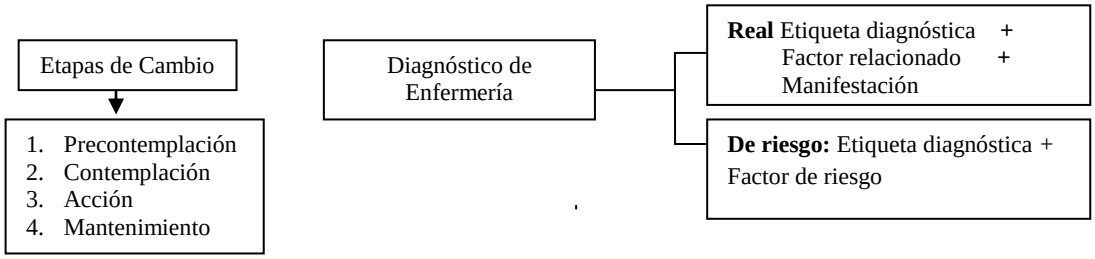

Figura 1. Representación gráfica de las variables del estudio

Definición de Términos

Para el presente estudio se consideraron los siguientes términos

Factores sociodemográficos son las características propias del paciente que ha sufrido accidentes y/o lesiones por violencia bajo la influencia de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y/o cocaína). Incluyen a los factores personales y factores relacionados con el accidente o lesión por violencia.

Los factores personales comprenden edad, sexo, estado marital, escolaridad y ocupación.

Edad son los años cumplidos que refiere tener el paciente que ingresa a la sala de urgencias y que en horas previas al accidente y/o lesión por violencia consumió drogas licitas e ilícitas

Sexo es el género que refiere el paciente, en términos de masculino o femenino

Estado marital es el estado conyugal en el que se encuentra el paciente, y se consideró con pareja (casado o unión libre) y sin pareja (soltero, viudo o divorciado)

Escolaridad son los años de estudio formales que ha cursado el paciente.

Ocupación se refiere a las actividades realizadas por el paciente en términos de trabaja, estudia, trabaja y estudia ó no trabaja.

Los factores relacionados al consumo de drogas se refieren a la edad de inicio de consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína); el tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión por violencia, tipo de bebida alcohólica y /o droga y motivo de ingreso (accidente o lesión por violencia).

Accidente es un evento no deseado inesperado que puede presentar el paciente a consecuencia del consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y pueden ser accidentes automovilísticos, caídas de su propia altura ó atropellamientos.

Lesiones por violencia son los daños en el organismo (traumatismos craneoencefálicos, politraumatizados, policontundidos, fracturas, heridas de tejidos blandos, contusión y laceración) de los pacientes consumidores de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) como consecuencia de riñas y asaltos.

Consumo de drogas es considerado la ingesta de la droga lícita (alcohol) y/o el uso de drogas ilícitas (marihuana y cocaína) por parte del paciente previo a su ingreso a la sala de urgencias.

Etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas, se refiere a la percepción de los pacientes respecto a para cambiar o modificar su conducta de consumo de alcohol o drogas después de presentar un accidente o lesión por violencia. Esta etapa puede ser la precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

La etapa de precontemplación es cuando el paciente que ha sufrido un accidente o lesión por consumo de drogas no ha considerado hasta el momento disminuir ó dejar su consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína)

La etapa de contemplación cuando el paciente está consciente de que existe el problema de consumo de drogas lícitas y/o ilícitas y tienen la necesidad de un cambio de conducta, pero aún no asume el compromiso para cambiar.

La etapa de acción cuando el paciente que ha sufrido un accidente o lesión por consumo de drogas lícitas e ilícitas ya realizó cambios en su consumo de drogas y lo demuestra a través de acciones que reflejan una disminución o abstinencia de consumo.

La etapa de mantenimiento específica que el paciente que ha sufrido un accidente o lesión por consumo de drogas lícitas y/o ilícitas y presentó un cambio inicial y se encuentra manteniendo la conducta de abstinencia o disminución de consumo, el cambio es observable y es en esta etapa puede o no haber recaídas.

Valoración se refiere a la obtención de datos subjetivos a través de la escala de valoración de enfermería los patrones funcionales de salud.

Diagnósticos de enfermería corresponde al juicio clínico emitido por la autora del estudio a través de la identificación de los datos relevantes (determinación del el dominio y la clase) ante las manifestaciones (signos y síntomas) referidas por los pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y cocaína), y que estaban internados en la sala de urgencias a causa de un accidente o lesión por violencia.

Estos se clasifican en diagnósticos reales y de riesgo. Los diagnósticos de enfermería reales son los diagnósticos identificados presentes al momento de valorar a los pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas. Los diagnósticos de enfermería de riesgo, corresponden a aquellas situaciones que pueden presentarse en un futuro

Factor de riesgo es el atributo que incrementó la vulnerabilidad del paciente para ingresar a la sala de urgencia (consumo drogas lícitas e ilícitas previo al accidente o lesión por violencia).

Factor relacionado es la presencia de uno o más factores de riesgo en el paciente que incrementan la presencia de uno o más diagnósticos de enfermería reales.

Las manifestaciones de un diagnóstico corresponden a los signos y síntomas claves observables en el paciente.

Objetivos del Estudio

1. Determinar la etapa de cambio en la que se ubican los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención.
2. Identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II, NANDA, más frecuentes en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención.
3. Determinar la relación que existe entre las etapas de cambio y los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso) de los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención
4. Determinar el efecto que existe entre las variables edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el motivo de ingreso y las etapas de cambio precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño de estudio, la población, muestreo y muestra, instrumentos, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño de estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 2000), descriptivo por que permitió observar las características sociodemográficas, la etapa de cambio y los diagnósticos de enfermería; y correlacional por que se determinó la relación entre las etapas de cambio y los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el motivo de ingreso) en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/ó cocaína).

Población, Muestreo y Muestra

La población se conformó por pacientes mayores de 18 años que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia (Polit & Hungler, 2000).

El tamaño de la muestra fue de 83 participantes, la muestra fue calculada a través del paquete estadístico n´Query Advisor V4.0, se realizó en base a la estimación del

modelo de regresión múltiple para variables independientes con un límite de error de estimación del .05, una potencia del 90% y un Coeficiente de determinación de .13.

Criterio de Inclusión

Pacientes que cumplieran con 15 puntos en la Escala de Coma de Glasgow (Apéndice A).

Criterio de Exclusión

Pacientes que han sido legalmente privados de su libertad.

Instrumentos

Para identificar si los pacientes cumplían con el criterio de inclusión el presente estudio se utilizó la Escala de Coma de Glasgow fue elaborada por Tintinalli, Ruiz y Krome (1997) y es un método para el registro y monitorización del nivel de conciencia de pacientes con traumatismo craneoencefálico, se divide en tres grupos que se evalúa de manera independiente: la apertura de ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 puntos y la respuesta motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima de 3. Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un puntaje Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 8 y grave es menor o igual a 8 puntos, se mostró una discriminación de 0.82-0.84 con un IC= 95% en pacientes que ingresaron a tres salas de urgencias en Quebec, Canadá (Lynne, Lavoie & Camden, 2006).

La Cédula de Datos Personales (Apéndice B) dividida en dos apartados; el primero corresponde a factores personales como edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado marital. El segundo apartado corresponde a los factores relacionados al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) se indagó motivo de ingreso, la edad de inicio de consumo y la frecuencia de consumo de drogas lícitas

(alcohol) e ilícitas (marihuana y/o cocaína), tipo de bebida alcohólica y el tiempo que transcurrió entre el consumo de drogas lícitas e ilícitas y el accidente o lesión.

Además, se utilizó la Escala de Valoración de Cambio URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) realizada por McConnaughy, Prochaska y Velicer, (1983) y modificada por McConnaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, (1989), ésta escala ha sido utilizada para determinar la etapa de cambio respecto a diversas conductas, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. Está compuesta por 32 preguntas, con una escala tipo likert, el patrón de respuesta es de 1 a 5 puntos, donde uno corresponde a totalmente en desacuerdo y cinco totalmente de acuerdo. La escala de escala de valoración de cambio se aplicó para valorar las etapas de cambio de acuerdo al consumo de alcohol (Apéndice C) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína) (Apéndice D).

La escala mide cuatro etapas, los reactivos 1,5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31 valoran la etapa de precontemplación, los reactivos 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24 corresponden a la etapa de contemplación, el 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30 valoran la etapa de acción y por último a la etapa de mantenimiento le corresponden los reactivos 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32, cada subescala tiene un valor mínimo de 8 y máximo de 40. La consistencia interna reportada osciló entre .70 a .87 del Coeficiente del Alpha de Cronbach en las cuatro subescalas en pacientes que ingresaron a una sala de urgencias de una institución hospitalaria de Nuevo León (Oliva, et al., 2001; Rangel, 2004).

El instrumento de la Valoración de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud (Apéndice E) elaborada por Jones y Barret (1997), es un instrumento que se aplica en forma de entrevista y está conformado por 58 reactivos, que tienen cuatro tipos de respuesta, uno = nunca ocurre a cuatro = rutinariamente ocurre la mayor parte del tiempo. Los patrones funcionales de salud se valoran con los siguientes reactivos: patrón de percepción y mantenimiento de la salud, 11, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 41, 46, 47, 48, 54, 58; nutrición metabólico, 12, 14, 33, 34; eliminación, 44 y 45; actividad y ejercicio, 1, 2,

50 y 52; sueño-descanso, 3 y 15; enfrentamiento al estrés, 5, 22, 40, 43, 55, 57; autopercepción-autoconcepto, 4, 13, 16, 17, 18, 28 y 53, cognitivo – perceptual, 19, 20, 29, 30, 31, 32, 49, 56; rol-relación, 6, 35, 36, 37, 38, 39, 51, 42; sexual- reproductor, 7 y 9, finalmente, valores-creencias, 8 y 10.

El valor del puntaje oscila entre 58 y 232, el puntaje más bajo indica deficiente estado en la salud funcional del paciente, mientras que un mayor puntaje indica mejor estado de salud funcional, el Coeficiente del Alpha de Cronbach se reportó en .70 en adolescentes hospitalizados de Nuevo León (Romero, 2004).

Dicha valoración permitió la elaboración de los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los 13 dominios (promoción de la salud, nutrición, eliminación, actividad - reposo, percepción-cognición, autopercepción, rol-relaciones, sexualidad, afrontamiento - tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad protección, confort, desarrollo) que corresponden al nivel 1 de la Taxonomía II de NANDA. En base a los 13 dominios se determinó el nivel 2 que pertenecen a 47 clases que son subdivisiones de cada dominio.

El nivel 3 incluye los diagnósticos aprobados para cada uno de los dominios y clases; por último se determinó la etiqueta y la definición que apoyó la identificación del diagnóstico de enfermería, mismo que se determinó de la siguiente forma; si aparece un factor riesgo en el diagnóstico de riesgo es aceptable dicho diagnóstico y si aparece un factor relacionado y dos características definitorias en el diagnóstico real, éste se considera como admisible.

La taxonomía NANDA tiene una validez de contenido a través del la técnica Delphi y el método de Fehring, el coeficiente ponderado de claridad de la etiqueta fue de 0.6-0.79, el coeficiente ponderado de claridad de la definición reportó un 0.79-0.8 y el coeficiente ponderado de coherencia va desde 0.6-0.79. Para determinar la metodología del diagnóstico se utilizó el proceso de la taxonomía II: dominios y clases (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería [AENTDE], 2005).

Procedimiento de Recolección de Datos

El estudio se realizó previa autorización de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Así mismo se solicitó la aprobación por escrito de las autoridades correspondientes de la Institución de Salud de tercer nivel de atención donde se realizó la investigación (Apéndice F).

La identificación de las personas se realizó en el área de urgencias de una institución hospitalaria de tercer nivel de atención, el investigador acudió en el periodo de julio a octubre del año 2011, los días lunes, martes, jueves, viernes, sábado a domingo en un horario de 8:00 a 11:00 hrs, para revisar la lista de ingreso a la sala de pacientes, se seleccionó a las personas que no cumplían con el criterio de exclusión y se procedió a la selección de los participantes. Ya identificado el nombre y el lugar donde se encontraba el posible participante, el investigador se reportó con el personal de enfermería de ese departamento y solicitó el número de habitación y unidad del paciente, si se encontraba aún en el área de urgencias se abordaba ahí mismo y se procedió a visitarlo.

A la persona se le solicitó su autorización verbal para poder valorar su nivel de conciencia a través de la Escala de Coma de Glasgow, los pacientes que obtuvieron un puntaje de 15 puntos, fueron candidatos a ser participantes. En la unidad del paciente se le informó sobre los objetivos del estudio y se le cuestionó si deseaba participar, si accedía, se le proporcionaba y solicitaba su autorización a través del consentimiento informado (Apéndice G). En el caso de que tuviera el paciente alguna pregunta se les resolvió en el momento, con el fin de que tuviera clara su participación en el estudio.

Una vez que el participante firmó su consentimiento informado se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: primero la Cédula de Datos Personales, La

Escala de Valoración de Cambio URICA, la Valoración de los Patrones Funcionales de Salud, mismos que se aplicaron en forma de entrevista, el tiempo estimado para la aplicación de los instrumentos fue de 30 minutos. Cuando el participante manifestará fatiga, no disposición, con llanto o estar incómodo con alguna de las preguntas se le indicó que se podía posponer por un momento la entrevista y si lo deseaba, podría dar por terminado el estudio, sin embargo, es importante resaltar que estas situaciones no se presentaron.

El desarrollo de las entrevistas no interfirió con los cuidados y actividades que se realizaron por el personal de salud dentro de la institución. Para conservar la privacidad de la información que proporcionaba la persona, se estableció un espacio privado a través de medidas como: hablar en tono medio a bajo, cerrar las cortinas entre las camas contiguas del paciente, así como observar que no se encontraran familiares o personal médico durante las entrevistas. Si por alguna circunstancia alguna de las condiciones no se cumplían, se solicitó a las autoridades de los departamentos un espacio privado.

La confidencialidad de los datos se estableció al omitir el nombre del participante en los instrumentos. Por último se les agradeció la participación a los pacientes y se les reiteró que los resultados de la información que proporcionaron serían dados a conocer de forma general y no de forma personal. Así mismo, se notificó que la información se resguardará por el investigador seis meses posteriores a la entrevista, posteriormente será destruida.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en los principios bioéticos por Beaucham y Childress; así como de la Ley General de Salud en Materia de

Investigación para la Salud (Comisión Nacional de Bioética, 2010; Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1987).

Para la realización del estudio se contó con previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Institución Pública de tercer nivel de atención, donde se llevó a cabo la investigación (Artículo 14, fracción VII).

En el estudio prevaleció la protección a los principios bioéticos de la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona, se brindó a la persona la libertad de elegir si deseaba o no participar en el estudio (Art. 13, Art. 25).

Se explicaron de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento para dar respuesta a la recolección de los datos mediante la entrega de un consentimiento informado por escrito, se reiteró que tenía la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo creyera conveniente. Así mismo, se aclararon dudas para que el participante tuviera suficiente información, lo que permitió aceptar o rechazar su participación en el estudio (Art. 14, fracción I, VI, V, VI y VIII; Art. 20, Art. 21, fracción I, II, III, VI y VII, Art. 22, fracción I, II, III).

Cabe destacar que los datos que identificaban al participante, como el nombre no fueron registrados para esta investigación. Para cuidar la privacidad de la información del participante se estableció un espacio privado a través de medidas como: hablar en tono medio a bajo, cerrar las cortinas entre las camas contiguas a la del paciente, así como observar que no se encontraran familiares del paciente o personal médico durante las entrevistas (Art.16; Art. 21, fracción VIII).

La investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que en una de las escalas se abordaron aspectos sensibles de la conducta del participante, como es el consumo de drogas. Sin embargo, se le reiteró que si alguna pregunta lo hacía sentirse incómodo podía concluir con la entrevista, hasta que él se encontrara dispuesto a volver a

contestar, o bien si deseaba retirar su participación del estudio (Art. 17, fracción II, Art. 18).

Estrategia de Análisis de Datos

Para la captura de los datos se utilizó el programa estadísticos SPSS versión 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva permitió observar las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central de los objetivos uno, dos y tres. Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov para identificar la normalidad de las variables continuas.

Para dar respuesta al tercer objetivo se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, que permitió obtener la relación que se presentó entre las etapas de cambio y los factores sociodemográficos (edad, escolaridad, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión). Para conocer la asociación de las etapas de cambio y las variables sociodemográficas: sexo, estado marital, ocupación y motivo de ingreso se obtuvo la prueba de U de Mann-Whitney.

Respecto al cuarto objetivo se utilizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple que permitió establecer la predicción entre las variables dependientes (etapas de cambio) y las variables independientes (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso).

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados del estudio etapas de cambio y diagnósticos de enfermería en pacientes consumidores de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína), los datos se reportan en el siguiente orden, primeramente se muestra la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la estadística descriptiva de las variables del estudio, prueba de normalidad y estadística inferencial.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos

Instrumentos	Reactivos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Valoración de Etapas de Cambio (URICA)	1-32	32	.82
Valoración de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud	1-58	58	.82

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos: Escala de Valoración de Etapas de Cambio (URICA) y Valoración Enfermería de Parones Funcionales de Salud, mismos que reportaron un Alpha de Cronbach de .82 para cada uno de ellos, por lo que la consistencia interna de los instrumentos se considera aceptable para ambas escalas (Polit & Hungler, 2000).

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Factores personales (variables categóricas)

Variables	*f*	%
Género		
Masculino	79	95.2
Femenino	4	4.8
Ocupación		
Trabaja	54	71.1
Estudia	4	4.8
Trabaja y estudia	1	1.2
No trabaja	19	22.9
Estado Marital		
Con pareja	34	41.0
Sin Pareja	49	59.0

En la tabla 2 se muestran los factores personales de los participantes del estudio. Respecto al género se observa que la mayor proporción de los participantes fueron del sexo masculino (95.2%); en relación a la ocupación el 71.1% de los participantes refirieron trabajar, mientras que el 22.9% reportó no trabajar; en lo que se refiere al estado marital el 59% mencionó no tener pareja. La media de edad de los participantes fue de 30.30 años (*DE*= 9.04), respecto a la media de escolaridad se presentó con 9.18 años (*DE*= 2.13).

Tabla 3

Motivo de ingreso

Variables	*f*	%
Lesiones por violencia		
Riña	42	50.6
Asalto	13	15.7
Accidentes		
Accidente automovilístico	19	22.9
Caída de propia altura	7	8.4
Atropellamiento	2	2.4

En la tabla 3 se muestra el motivo de ingreso de los participantes, siendo el principal motivo de ingreso de lesiones por violencia la riña con un 50.6% y el tipo de accidente de mayor frecuencia fue el automovilístico con 22.9%.

Tabla 4

Consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)

Variables	*f*	%	*IC* al 95%	
			LI	*LS*
Consumo de drogas				
Alcohol	71	85.5	78	93
Marihuana	7	8.5	2	15
Cocaína	2	2.4	1	6
Policonsumidor	3	3.6	-	7

Nota: IC= Intervalo de confianza; LI= límite inferior, LS= límite superior

En la tabla 4 se observa que el consumo de drogas fue mayor para drogas lícitas (alcohol) con un 85.5% (IC=78-93), el consumo de marihuana fue del 8.5% (IC=2-15), el consumo de cocaína fue de 2.4% (IC=1-6) y el policonsumo (marihuana y alcohol) fue de 3.6% (IC= 0-7).

Tabla 5

Tipo de bebida que consumió el paciente previo al ingreso

Variables	*f*	%
Cerveza	73	98.6
Vino	1	1.4

En la tabla 5 se observa que la bebida de mayor consumo previo al ingreso fue la cerveza con un 98.6%.

Tabla 6

Frecuencia de consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)

Frecuencia de consumo	Alcohol		Marihuana		Cocaína	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Diario	8	10.8	4	40.0	2	100.0
Cada tercer día	5	6.8	2	20.0	-	-
Cada siete días	46	62.2	1	10.0	-	-
Cada quince días	9	12.2	1	10.0	-	-
Cada treinta días	6	8.1	2	20.0	-	-

En la tabla 6 se observa que la frecuencia de consumo de alcohol fue primordialmente cada fin de semana con un 62.2%. De los pacientes que refirieron ser consumidores de marihuana y cocaína se reportó un consumo diario del 40% (n= 4) y 100% (n= 2) respectivamente.

Para dar respuesta al primer objetivo que señala; Determinar la etapa de cambio en la que se ubican los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína), se obtuvieron frecuencias y proporciones, mismas que se muestran en las tablas 7 y 8.

Tabla 7

Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)

Variables	*f*	%
Precontemplación	12	16.2
Contemplación	46	62.2
Acción	7	9.5
Mantenimiento	9	12.1

Nota: Fuente URICA n=74

En la tabla 7 se presentan las etapas de cambio de conducta al consumo de alcohol de los participantes, la etapa de mayor proporción fue la de contemplación al cambio con un 62.2%, siguiendo la etapa de precontemplación con un 16.2% y por último las etapas de mantenimiento y acción con un 12.1% y 9.5% respectivamente.

Tabla 8

Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)

Variables	*f*	%
Contemplación	7	77.8
Acción	2	22.2

Nota: Fuente URICA n= 9

En la tabla 8 se muestran que la etapa de cambio sobre el consumo de drogas ilícitas de mayor prevalencia fue la etapa de contemplación con un 77.8%, la etapa de acción con un 22.2%. Cabe señalar que no se presentaron las etapas de precontemplación y mantenimiento.

Para dar respuesta al segundo objetivo que señala identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II NANDA más frecuentes en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) se muestran en las tablas 9 a la 11.

Tabla 9

Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas

Variables	Si		No	
	f	%	*f*	%
Riesgo estreñimiento	50	60.2	33	39.8
Baja autoestima situacional	47	56.6	36	43.4
Riesgo de violencia autodirigida	47	56.6	36	43.4
Riesgo de traumatismo	46	55.4	37	44.6
Riesgo de intoxicación	46	55.4	37	44.6
Ansiedad	45	54.2	38	45.8
Procesos familiares disfuncionales	43	51.8	40	48.2
Desempeño inefectivo del rol	42	50.6	41	49.4
Descuido personal	42	50.6	41	49.4
Mantenimiento ineficaz de la salud	42	50.6	41	49.4
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	42	50.6	41	49.4
Afrontamiento ineficaz	41	49.4	42	50.6
Estrés por Sobrecarga	40	48.2	43	51.8
Desequilibrio nutricional: Ingesta superior a la necesidades	40	48.2	43	51.8
Riesgo de Suicidio	38	45.8	45	54.2

En la tabla 9 se presentan los diagnósticos de enfermería más frecuentes identificados en los participantes que consumen drogas lícitas e ilícitas, los de mayor proporción fueron: riesgo de estreñimiento con 60.2%, baja autoestima situacional y riesgo de violencia autodirigida con un 56.6% respectivamente, riesgo de traumatismo (55.4%) y riesgo de intoxicación (55.4%).

Tabla 10

Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)

Variables	Si		No	
	f	%	*F*	%
Riesgo estreñimiento	43	58.1	31	41.9
Baja autoestima situacional	41	55.4	33	44.6
Riesgo de violencia autodirigida	39	52.7	35	47.3
Riesgo de traumatismo	38	51.4	36	48.6
Riesgo de intoxicación	38	51.4	36	48.6
Desempeño inefectivo del rol	38	51.4	36	48.6
Mantenimiento ineficaz de la salud	39	51.4	36	48.6
Ansiedad	37	50.0	37	50.0
Estrés por sobrecarga	37	50.0	37	50.0
Procesos familiares disfuncionales	36	48.6	38	51.4
Afrontamiento ineficaz	35	47.3	39	52.7
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	35	47.3	39	52.7
Desequilibrio nutricional: Ingesta	34	45.8	40	54.1
superior a la necesidades	33	44.6	41	55.4
Descuido personal				
Conocimientos deficientes	33	44.6	41	55.4

Nota: n=*74*

En la tabla 10 se muestran los diagnósticos más frecuentes en pacientes que consumieron alcohol, se identificó el riesgo de estreñimiento con un 58.1%, baja autoestima situacional con un 55.4%, riesgo de violencia autodirigida con un 52.7%, riesgo de intoxicación, riesgo de traumatismo, desempeño inefectivo del rol y mantenimiento ineficaz de la salud con un 51.4% para cada uno de ellos.

Tabla 11

Diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)

Variables	Si		No	
	f	%	*f*	%
Descuido personal	9	100.0	-	-
Gestión ineficaz de la propia salud	9	100.0	-	-
Ansiedad	8	88.9	1	11.1
Riesgo de traumatismo	8	88.9	1	11.1
Riesgo de intoxicación	8	88.9	1	11.1
Riesgo de violencia autodirigida	8	88.9	1	11.1
Riesgo de suicidio	7	77.8	2	22.1
Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	7	77.8	2	22.1
Procesos familiares disfuncionales	7	77.8	2	22.1
Riesgo de estreñimiento	7	77.8	2	22.1

Nota: n= 9

En la tabla 11 se muestran los diagnósticos de enfermería identificados en los participantes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína), los más frecuentes fueron: descuido personal y gestión ineficaz de la salud se presentaron en un 100%; ansiedad, riesgo de traumatismo, riesgo de intoxicación y riesgo de violencia autodirigida con un 88.9%, respectivamente.

Prueba de Normalidad

Tabla 12

Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables continuas

Variables	*n*	*M*	*Mdn*	*DE*	*Val. min.*	*Val. Máx.*	*D*	*p*
Edad	83	30.30	29.00	9.04	18.00	54.00	.944	.335
Escolaridad	83	9.18	9.00	2.13	0.00	16.00	1.942	.001
Edad de inicio de consumo alcohol	74	17.21	17.00	3.51	7.00	31.00	2.147	.000
Edad inicio consumo de marihuana y cocaína	9	14.77	15.00	2.77	10.00	18.00	.368	.999
Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión	83	4.77	5.00	2.25	1.00	9.00	1.170	.129
Escala URICA drogas lícitas								
Precontemplación	74	49.32	50.00	14.13	15.67	81.25	.103	.052
Contemplación	74	62.31	68.75	17.00	15.63	96.88	.102	.055
Acción	74	46.57	43.75	20.94	3.13	96.88	.106	.040
Mantenimiento	74	53.75	54.68	21.24	6.25	93.75	.089	.200
Escala URICA drogas ilícitas								
Precontemplación	9	35.76	37.50	13.89	15.63	59.38	.112	.200
Contemplación	9	80.90	81.25	12.14	65.63	100.00	.165	.200
Acción	9	75.95	71.87	14.90	53.13	100.00	.222	.200
Mantenimiento	9	65.27	65.62	14.94	43.75	84.38	.138	.200

Nota: URICA= Escala de Valoración de Cambio de Conducta

En la tabla 12, se muestra la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, la edad de inicio de consumo de alcohol se presentó con una media de 17.21 años (*DE*=3.51), la media de edad de inicio de consumo de drogas (marihuana y cocaína) se reportó a los 14.77 años (*DE*= 2.77), referente a la media del tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión fue de 4.77 hrs. (*DE*= 2.25). Por otra parte el índice más alto de la escala URICA para consumo de alcohol fue para la etapa de contemplación con una media de 62.31

(*DE*= 17.00); la escala URICA para consumo de drogas ilícitas, la etapa de contemplación presentó una media de 80.90 (*DE*=12.14). Así mismo, se muestra que las variables no presentaron una distribución normal por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Estadística Inferencial

Para responder al segundo objetivo que fue identificar los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II NANDA más frecuentes en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína), se realizó una diferencia de medias a través de la prueba U de Mann-Whitney entre los factores de riesgo y las manifestaciones de los diez principales diagnósticos de enfermería encontrados en pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas, las cuales se muestran en las tablas 13 a la 22.

Tabla 13

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de estreñimiento en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol)

	Si			No				*Valor*
Factores de riesgo (F)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
F1 No tengo suficiente energía para mis actividades diarias	50	2.94	3.00	33	3.42	3.00	533.500	.003
F2 No hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces a la semana o más	50	2.02	2.00	33	2.73	3.00	504.500	.002
F3 No me siento descansado cuando hago ejercicio	50	2.08	2.00	33	2.67	3.00	537.500	.005
F4 Intencionalmente no limito mi consumo diario de grasa	50	1.94	2.00	33	2.82	3.00	389.000	.001
F5 No tomo de 5-6 porciones de frutas y vegetales cada día	50	1.94	2.00	33	2.67	3.00	454.500	.001
F6 No tomo de 6 a 8 vasos de agua al día	50	2.68	2.50	33	3.24	3.00	419.500	.003

En la tabla 13 se muestra que los factores de riesgo del diagnóstico de riesgo de estreñimiento que presentaron las medias y medianas más altas son no tener suficiente energía para realizar actividades de la vida diaria (*M*= 2.94, *Mdn*= 3.00) y no tomar de 6 a 8 vasos de agua al día (*M*= 2.68, *Mdn*= 3.00).

Tabla 14

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Baja autoestima situacional en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr 1 No tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	47	2.21	2.00	36	3.06	3.00	422.000	.001
Fr 2 Las prácticas religiosas o espirituales no dan significado a mi vida	47	2.28	2.00	36	2.78	3.00	606.500	.021
Fr 3 No estoy satisfecho con lo que hago de trabajo	47	2.77	3.00	36	3.44	3.00	438.500	.001
Ma 1 No me siento bien conmigo mismo	47	2.40	2.00	36	3.50	4.00	240.000	.001
Ma 2 No puedo enfrentar el estrés en mi vida	47	2.45	2.00	36	3.19	3.00	432.000	.001
Ma 3 Tengo insomnio	47	2.64	3.00	36	3.17	3.00	583.500	.011
Ma 4 No tengo esperanzas en el futuro	47	2.55	3.00	36	3.22	3.00	467.500	.001
Ma 5 No siento que estoy en el control de mi vida	47	2.19	2.00	36	3.25	3.00	276.000	.001
Ma 6 No me gusta la manera en que luzco	47	2.79	3.00	36	3.25	3.00	570.500	.007
Ma 7 No estoy feliz con mi vida	47	2.60	2.00	36	3.42	4.00	394.000	.001
Ma 8 No me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	47	2.34	2.00	36	3.28	3.50	362.000	.001
Ma 9 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	47	2.79	3.00	36	3.19	3.00	574.000	.006

En la tabla 14 se muestra que los factores relacionados del diagnóstico de baja autoestima situacional que presentaron las medias y medianas más altas son el no estar satisfecho con lo que se hace de trabajo (*M*= 2.77, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó las siguientes manifestaciones: tener problemas familiares que encuentra difíciles de manejar (*M*= 2.79, *Mdn*= 3.00), le disgusta la manera en que luce (*M*= 2.79, *Mdn*= 3.00), tener insomnio (*M*= 2.64, *Mdn*= 3.00) y no tener esperanzas en el futuro (*M*= 2.55, *Mdn*= 3.00).

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de violencia autodirigida en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores de riesgo (F)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
F1 No me siento bien conmigo mismo	47	2.40	2.00	36	3.50	4.00	240.000	.001
F2 No puedo enfrentar el estrés en mi vida	47	2.55	2.00	36	3.06	3.00	566.500	.006
F3 No tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	47	2.21	2.00	36	3.06	3.00	414.500	.001
F4 No me siento a gusto con mi sexualidad	47	3.43	3.00	36	3.72	4.00	601.000	.009
F5 No me siento a gusto con mi peso	47	2.57	3.00	36	3.06	3.00	574.000	.008
F6 No tengo esperanzas en el futuro	47	2.53	3.00	36	3.25	3.00	422.00	.001
F7 No siento que estoy en el control de mi vida	47	2.30	2.00	36	3.11	3.00	410.500	.001

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de violencia autodirigida en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas (continuación)

	Si			No				*Valor p*
Factores de riesgo (F)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	
F8 No me gusta la manera en que luzco	47	2.79	3.00	36	3.25	3.00	570.500	.007
F9 No me siento bien por las decisiones que tomo	47	2.47	2.00	36	2.94	3.00	571.000	.006
F10 No estoy feliz con mi vida	47	2.66	3.00	36	3.33	4.00	437.000	.001
F12 No estoy satisfecho con mi vida social	47	2.64	3.00	36	3.39	3.50	392.000	.001
F13 No me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	47	2.38	2.00	36	3.22	3.00	412.500	.001
F14 Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	47	3.13	3.00	36	3.56	4.00	584.000	.008
F15 Tengo dificultad para controlar mi ira	47	2.48	2.00	36	3.25	3.00	394.000	.001
F16 Me siento en riesgo de daño físico	47	2.85	3.00	36	3.47	4.00	484.500	.001
F17 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	47	2.77	3.00	36	3.22	3.00	543.000	.002

En la tabla 15 se muestra que los factores de riesgo del diagnóstico de riesgo de violencia autodirigida que presentaron las medias y medianas más altas fueron sentirse en riesgo de daño físico (*M*= 2.85, *Mdn*= 3.00), tener problemas familiares difíciles de manejar (*M*= 2.77, *Mdn*= 3.00), no estar feliz con su vida (*M*= 2.66, *Mdn*= 3.00).

Tabla 16

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de traumatismo en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores de riesgo (F)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
F1 No uso el cinturón de seguridad	46	1.54	1.00	37	3.22	3.00	165.000	.001
F2 No puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	46	2.89	3.00	37	3.24	3.00	636.000	.032
F3 Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco	46	3.35	4.00	37	3.95	4.00	645.500	.005
F4 Tengo dificultades de la visión	46	3.23	4.00	37	3.86	4.00	552.500	.001
F5 Temo por mi seguridad	46	3.11	3.00	37	3.54	4.00	652.500	.045

En la tabla 16 se muestra que los factores de riesgo del diagnóstico de riesgo de traumatismo que presentaron medias y medianas más altas fueron consumir drogas recreativas (*M*= 3.35, *Mdn*= 4.00), tener dificultades de la visión (*M*= 3.23, *Mdn*= 4.00).

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Riesgo de intoxicación en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores de riesgo (F)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
F1 No me siento bien conmigo mismo	46	2.67	2.50	37	3.14	3.00	586.500	.010
F2 No tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	46	2.11	2.00	37	3.16	3.00	316.000	.001
F3 No tengo esperanzas en el futuro	46	2.54	3.00	37	3.22	3.00	468.500	.001
F4 No siento que estoy en el control de mi vida	46	2.26	2.00	37	3.14	3.00	383.500	.001
F5 No me siento bien por las decisiones que tomo	46	2.46	2.00	37	2.95	3.00	569.500	.005
F6 No estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	46	2.41	2.00	37	2.89	3.00	573.000	.006
F7 No estoy feliz con mi vida	46	2.52	2.00	37	3.49	4.00	331.000	.001
F8 Las elecciones que tomo acerca de mi vida no concuerdan con mis valores	46	2.46	2.00	37	3.11	3.00	469.500	.001
F9 No me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	46	2.43	2.00	37	3.14	3.00	488.000	.001
F10 Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco	46	3.37	4.00	37	3.92	4.00	681.500	.021
F11 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	46	2.65	3.00	37	3.35	3.00	412.500	.001

En la tabla 17 se muestra que los factores de riesgo del diagnóstico de riesgo de intoxicación que presentaron medias y medianas más altas fueron consumir drogas recreativas (*M*= 3.37, *Mdn*= 4.00), tener problemas familiares difíciles de manejar (*M*= 2.65, *Mdn*= 3.00) y no tener esperanzas en el futuro (*M*= 2.54, *Mdn*= 3.00).

Tabla 18

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Ansiedad en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol)

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr1 No me siento bien conmigo mismo	45	2.56	2.00	38	3.26	3.00	460.000	.001
Fr2 No puedo enfrentar el estrés en mi vida	45	2.44	2.00	38	3.16	3.00	443.000	.001
Fr3 No tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	45	2.20	2.00	38	3.03	3.00	425.500	.001
Fr4 No estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	45	2.44	2.00	38	2.84	3.00	617.000	.018
Fr5 No estoy en excelente salud	45	2.49	2.00	38	3.00	3.00	546.500	.003
Fr6 No puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	45	2.76	3.00	38	3.39	4.00	447.500	.001
Fr7 No puedo aprender nueva información con facilidad	45	2.87	3.00	38	3.53	4.00	396.000	.001
Fr8 Las elecciones que tomo acerca de mi vida no concuerdan con mis valores	45	2.44	2.00	38	3.11	3.00	449.000	.001

Tabla 18

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Ansiedad en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol) (continuación)

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr9 No estoy satisfecho con lo que hago de trabajo	45	2.80	3.00	38	3.37	3.00	507.000	.001
Fr10 No estoy satisfecho con mi vida social	45	2.67	3.00	38	3.32	3.50	621.000	.021
Fr11 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	45	2.76	3.00	38	3.21	3.00	551.500	.002
Ma1 Tengo insomnio	45	2.44	2.00	38	3.37	4.00	349.000	.001
Ma2 No siento que estoy en el control de mi vida	45	2.29	2.00	38	3.08	3.00	426.500	.001
Ma3 No me siento bien por las decisiones que tomo	45	2.42	2.00	38	2.97	3.00	538.000	.002
Ma4 No estoy feliz con mi vida	45	2.67	3.00	38	3.29	4.00	507.000	.001
Ma5 Me preocupo mucho	45	2.44	2.00	38	2.76	3.00	643.500	.034

En la tabla 18 se muestra que los factores relacionados del diagnóstico ansiedad que presentaron las medias y medianas más altas fueron no poder aprender nueva información con facilidad (*M*= 2.87, *Mdn*= 3.00), no estar satisfecho con lo que hace de trabajo

(*M*= 2.80, *Mdn*= 3.00) y tener problemas familiares difíciles de manejar (*M*= 2.76, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó la siguiente manifestación: no estar feliz con mi vida (*M*= 2.67, *Mdn*= 3.00).

Tabla 19

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Procesos familiares disfuncionales en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr 1 No puedo enfrentar el estrés en mi vida	43	2.54	2.00	40	2.97	3.00	636.000	.030
Fr 2 No estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	43	2.28	2.00	40	3.00	3.00	412.500	.001
Fr 3 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	43	2.74	3.00	40	3.20	3.00	575.000	.004
Ma 1 No Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	43	2.07	2.00	40	3.13	3.00	317.500	.001
Ma 2 No siento que estoy en el control de mi vida	43	2.30	2.00	40	3.03	3.00	452.000	.001
Ma 3 No me siento bien por las decisiones que tomo	43	2.47	2.00	40	2.90	3.00	589.500	.008
Ma 4 No me siento cómodo con el papel que desempeño en mi familia	43	2.53	2.00	40	3.28	3.00	435.500	.001
Ma 5 No participo en actividades de cuidados de los miembros de mi familia	43	1.74	2.00	40	2.48	2.00	473.500	.001
Ma 6 Tengo dificultad para controlar mi ira	43	2.65	2.00	40	3.00	3.00	645.000	.036

En la tabla 19 se muestra que el factor relacionado del diagnóstico de procesos familiares disfuncionales que presentó las medias y medianas más altas fue tener problemas familiares difíciles de manejar (*M*= 2.74, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó las siguientes manifestaciones: tener dificultad para controlar su ira (*M*= 2.65, *Mdn*= 2.00), no sentirse cómodo con el papel que desempeña en su familia (*M*= 2.53, *Mdn*= 2.00) y no sentirse bien con las decisiones que toma (*M*= 2.47, *Mdn*= 2.00).

Tabla 20

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol en pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol)

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr 1 No puedo enfrentar el estrés en mi vida	42	2.38	2.00	41	3.17	3.00	407.000	.001
Fr 2 No puedo hacer cambios en el estilo de vida para mejorar mi salud	42	2.62	3.00	41	3.17	3.00	559.000	.004
Fr 3 No siento que estoy en el control de mi vida	42	2.33	2.00	41	2.98	3.00	501.500	.001
Fr 4 No estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	42	2.43	2.00	41	2.83	3.00	639.000	.024
Ma 1 No puedo ajustarme a los cambios en mi vida	42	2.52	3.00	41	3.20	3.00	473.000	.001
Ma 2 Las elecciones que tomo acerca de mi vida no concuerdan con mis valores	42	2.45	2.00	41	3.05	3.00	500.000	.001
Ma 3 No me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	42	2.55	2.00	41	2.95	3.00	658.000	.047
Ma 4 No siento que puedo comunicarme fácilmente con otros	42	2.64	3.00	41	3.07	3.00	608.000	.013
Ma 5 Tengo dificultad para controlar mi ira	42	2.59	2.00	41	3.04	3.00	578.500	.006

En la tabla 20 se muestra que el factor relacionado del diagnóstico de desempeño inefectivo del rol que presentó las medias y medianas más latas fue no poder hacer cambios en el estilo de vida para mejorar la salud (*M*= 2.62, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó las siguientes manifestaciones: sentir que no puede comunicarse fácilmente con otros (*M*= 2.64, *Mdn*= 3.00) y no poderse ajustar a los cambios en su vida (*M*= 2.52, *Mdn*= 3.00).

Tabla 21

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Descuido personal en pacientes que consumen drogas ilícitas

	Si			No				*Valor p*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	
Fr 1 No me siento bien conmigo mismo	42	2.60	2.00	41	3.17	3.00	536.00	.002
Fr 2 No tengo esperanzas en el futuro	42	2.57	3.00	41	3.12	3.00	549.500	.002
Fr 3 No busco atención inmediata por cambios en mi salud	42	2.50	2.50	41	3.02	3.00	574.500	.005
Fr 4 Siento estés, tensión o presión	42	3.12	3.00	41	3.56	4.00	597.500	.008
Fr 5 Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco	42	3.24	4.00	41	4.00	4.00	553.500	.001
Fr 6 Fumo cigarrillos	42	2.64	3.00	41	3.51	4.00	451.00	.001
Ma 1 No hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces a la semana o más	42	2.07	2.00	41	2.54	3.00	638.00	.035
Ma 2 No puedo hacer cambios en el estilo de vida para mejorar mi salud	42	2.62	3.00	41	3.17	3.00	557.500	.003
Ma3 No puedo seguir las recomendaciones de mi proveedor de cuidados	42	2.24	2.00	41	2.78	3.00	569.00	.004
Ma4 No estoy en excelente salud	42	2.36	2.00	41	3.10	3.00	433.00	.001

En la tabla 21 se muestra que los factores relacionados del diagnóstico de Descuido personal que presentaron medias y medianas más altas fueron consumir drogas recreativas (*M*= 3.24, *Mdn*= 4.00), sentir estrés, tensión o presión (*M*= 3.12, *Mdn*= 3.00) y fumar cigarrillos (*M*= 2.64, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó la siguiente manifestación: no poder hacer cambios en los estilos de vida para mejorar su salud (*M*= 2.62), no estar en excelente estado de salud (*M*= 2.36, *Mdn*= 3.00).

Tabla 22

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Mantenimiento inefectivo de la salud en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Fr 1 No tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	42	2.31	2.00	41	2.85	3.00	585.500	.008
Fr 2 No siento que estoy en el control de mi vida	42	2.36	2.00	41	2.95	3.00	520.000	.001
Fr 3 No puedo ajustarme a los cambios en mi vida	42	2.55	3.00	41	3.17	3.00	481.000	.001
Fr 4 Tengo dificultad para controlar mi ira	42	2.54	2.00	41	3.09	3.00	524.000	.001
Ma 1 Mi salud no es importante para mí	42	3.19	3.00	41	3.66	4.00	519.000	.001
Ma 2 No sano con facilidad	42	3.00	3.00	41	3.46	4.00	521.500	.001
Ma 3 Tengo insomnio	42	2.52	2.00	41	3.22	3.00	480.500	.001
Ma 4 No busco atención inmediata por cambios en mi salud	42	2.48	3.00	41	3.05	3.00	536.500	.001

Tabla 22

Prueba U de Mann-Whitney para el diagnóstico: Mantenimiento inefectivo de la salud en pacientes que consumen drogas lícitas e ilícitas (continuación)

	Si			No				*Valor*
Factores Relacionados (Fr) y Manifestaciones (Ma)	*n*	*M*	*Mdn*	*n*	*M*	*Mdn*	*U*	*p*
Ma 5 No me hago un examen anual de salud	42	1.45	1.00	41	2.24	2.00	416.500	.001
Ma 6 No estoy en excelente salud	42	2.31	2.00	41	3.15	3.00	377.000	.001
Ma 7 No me considero sano	42	2.62	3.00	41	3.41	3.00	362.000	.001

En la tabla 22 se muestra que el factor relacionado del diagnóstico de mantenimiento inefectivo de la salud que presentó las medias y medianas más altas fue no poder ajustarse a cambios en su vida (*M*= 2.55, *Mdn*= 3.00). Este diagnóstico presentó las siguientes manifestaciones: no ser importante la salud para la persona (*M*= 3.19, *Mdn*= 3.00), no sanar con facilidad (*M*= 3.00, *Mdn= 3.00*) y no buscar atención inmediata en su salud (*M*= 2.48, *Mdn*= 3.00).

Para responder al tercer objetivo que fue determinar la relación que existe entre las etapa de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y los factores sociodemograficos (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el motivo de ingreso). Se obtuvo el Coeficiente de Correlación de Spearman. Los resultados se muestran en la tabla 23.

Tabla 23

Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Edad	_							
2. Escolaridad	-.169 (.127)	_						
3. Edad de inicio de consumo	.168 (.128)	-.061 (.586)	_					
4. Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión	.082 (.460)	-.144 (.195)	.033 (.768)	_				
5. Índice Precontemplacion	.051 (.644)	-.389** (.001)	-221* (.044)	-.009 (.933)	_			
6. Índice Contemplación	-.048 (.668)	-.214 (.052)	-.033 (.767)	-.245* (.026)	.039 (.727)	_		
7. Índice Acción	-.140 (.206)	-.073 (.510)	.008 (.941)	-.185 (.094)	-.159 (.151)	.502** (.001)	_	
8. Índice Mantenimiento	-.037 (.738)	-.222* (.043)	.106 (.342)	-.131 (.238)	.133 (.232)	.732** (.001)	.454** (.001)	_

Nota: ** La correlación es significativa al nivel de p<.01, * La correlación es significativa al nivel de p<.05

En la tabla 23 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman de las variables del estudio, los años de escolaridad mostraron una relación negativa y

significativa con la etapa de precontemplación (r_s= -389, p=.001) y la etapa de mantenimiento (r_s= -.222, p=.043), lo que indica que a menor años de escolaridad mayor presencia de resistencia al cambio y recaídas. Por otra parte se presentó una relación negativa y significativa entre el índice de precontemplación y la edad de inicio de consumo (r_s= -.221, p=.044), lo que se refiere a que menor edad de inicio de consumo menor probabilidad de considerar un cambio en su conducta de consumo de drogas.

El tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión mostró tener una relación negativa y significativa con la etapa de contemplación (r_s=-.245, p=.026), lo que supone que a menor cantidad del tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión mayor posibilidad de ubicarse en la etapa de contemplación.

Tabla 24

Prueba U de Mann-Whitney para las etapas de cambio por sexo

Etapas de Cambio	*n*	*M*	*Mdn*	*DE*	*U*	*Valor p*
Precontemplación						
Masculino	79	47.3	46.8	14.6	76.5	.083
Femenino	4	58.5	56.2	9.6		
Contemplación						
Masculino	79	69.0	71.8	16.2	49.0	.017
Femenino	4	44.5	50.0	20.1		
Acción						
Masculino	79	50.8	53.1	21.5	49.5	.017
Femenino	4	23.4	26.5	14.5		
Mantenimiento						
Masculino	79	56.1	56.2	20.0	71.0	.065
Femenino	4	32.8	26.5	27.7		

En la tabla 24 se muestra la diferencia de medias y medianas de las etapas de cambio por sexo, se observaron diferencias significativas demostrando que los hombres

se ubican mayormente en la etapa de contemplación *(U*=49.0 *p*=.01) y en la etapa de acción *(U*=49.5 *p*= .01).

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para las etapas de cambio por motivo de ingreso

Etapa de Cambio	*n*	*M*	*Mdn*	*DE*	*U*	*Valor p*
Precontemplación						
Accidentes	28	46.8	46.8	14.6	742.5	.790
Lesiones	55	48.3	50.0	14.7		
Contemplación						
Accidentes	28	64.6	68.7	18.7	664.5	.308
Lesiones	55	69.4	68.7	16.1		
Acción						
Accidentes	28	42.6	40.6	22.1	554.5	.038
Lesiones	55	53.0	56.5	21.3		
Mantenimiento						
Accidentes	28	50.0	51.5	21.8	615.0	.135
Lesiones	55	57.5	62.5	20.0		

En la tabla 25 se muestra la diferencia de medias y medianas de las etapas de cambio por motivo de ingreso, se observó diferencia significativa demostrando que los pacientes que ingresan por lesiones por violencia a la sala de urgencias se ubican mayormente en la etapa de acción (*U*=554.5 *p*=038).

Es importante señalar que no se encontró asociación entre las etapas de cambio y las variables sociodemográficas ocupación y estado marital.

Para responder el objetivo cuatro que se refiere a determinar el efecto que existe entre las variables edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el motivo de ingreso y las etapas de cambio precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados se muestran en las tablas de la 26 y 27.

Tabla 26

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso con índice de etapa precontemplación

Modelo I	*Suma de Cuadrados*	*Cuadrado Medio*	*gl*	*Fcal*	*p*
Regresión	3367.45	420.93	8	2.18	.038
Residual	14248.32	192.54	74		
R^2=.19					

Variables	*B*	*ES*	*t*	*Valor p*
Edad	-.040	.187	-2.17	.829
Sexo	12.40	8.05	1.539	.128
Estado marital	-2.48	3.41	-.728	.469
Escolaridad	-1.68	.602	-2.803	.006
Ocupación	-2.31	3.87	-.509	.552
Edad de inicio de consumo	.732	.445	1.645	.104
Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión	-3.13	.695	-.450	.654
Motivo de ingreso	2.20	3.51	.628	.532

En la tabla 26 se observa que el modelo total fue significativo (F=2.18, p=.038, R^2=19%). Sin embargo se observa que la variable que contribuyo de manera significativa fue escolaridad (β=*-1.68*, p= < .01).

Tabla 27

Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso con índice de etapa contemplación

Modelo I	*Suma de Cuadrados*	*Cuadrado Medio*	*gl*	*Fcal*	*p*
Regresión	4594.27	575.28	8	2.18	.038
Residual	19419.98	262.43	74		
R^2=.19					
Variables	*β*	*ES*	*t*	*Valor p*	
Edad	-.285	.213	-1.307	.195	
Sexo	-23.45	9.40	-2.493	.015	
Estado marital	.562	3.98	.141	.888	
Escolaridad	-1.18	.702	-1.680	.097	
Ocupación	-1.80	4.52	-.399	.691	
Edad de inicio de consumo	.324	.519	.625	.534	
Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión	-1.47	.812	-1.816	.073	
Motivo de ingreso	-.220	.812	-.054	.957	

En la tabla 27 se observa que el modelo total fue significativo (F=2.18, p=.038, R^2=19%). Sin embargo se observa que las variable que contribuyo de manera significativa fue sexo (β=-23.45, p=.01).

Cabe destacar que no se encontró efecto en el Modelo de Regresión Múltiple para las variables etapas de cambio (acción y mantenimiento) y los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso (p>.05).

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio permitió identificar las etapas de cambio y los diagnósticos de enfermería en pacientes consumidores de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína) y que sufrieron un accidente o lesión por violencia.

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes del estudio se encontró que una mayor proporción fueron del sexo masculino y que no contaban con pareja, éste resultado es similar con lo reportado por Min et al. (2007) y Blow et al. (2010), quienes refieren la presencia de accidentes con predominio en el sexo masculino, lo anterior está asociado a que el consumo de drogas predomina en este género.

La media de edad de los participantes se presentó a los 30.3 años y la media de escolaridad fue de 9.18 años. Más del 50% de los participantes refirió trabajar, dicho perfil es similar al reportado por Oliva et al. (2010) y Rangel, 2004, el hecho de que los pacientes que sufrieron accidente o lesiones por consumo de drogas cuenten con un trabajo remunerado refleja un mayor poder adquisitivo para la compra de drogas lícitas e ilícitas.

El motivo de ingreso de mayor prevalencia en los pacientes que refirieron consumir drogas lícitas e ilícitas fueron las lesiones por violencia como riñas y asaltos, en segundo lugar se presentaron los accidentes automovilísticos, resultados que difieren de lo reportado por Mondragón et al. (2005) y Oliva et al. (2010) en donde predominaron los accidentes automovilísticos, cabe la posibilidad que esta situación sea el reflejo de la violencia social que se vive en la cuidad en los últimos años, entre los que se encuentran conflictos colectivos, asesinatos, acciones del crimen organizado relacionado con el tráfico y distribución de drogas (Concha, 2002, NDIC, 2010).

Respecto al consumo de drogas lícitas, se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor consumo por los pacientes que sufrieron lesiones por violencia y accidentes con un 89.2%, posiblemente esta situación pueda deberse a los efectos del alcohol en el organismo como la disminución de reflejos y falta de coordinación motora disminuye la capacidad de la persona de reaccionar adecuada y oportunamente ante las situaciones de riesgo e incrementa la posibilidad de sufrir accidentes.

En relación con el consumo de drogas ilícitas previas al ingreso hospitalario, la marihuana (12%) fue la de mayor consumo entre los participantes del presente estudio, seguida por la cocaína (2.40%), resultados que concuerdan con la Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA), (2008), así mismo por lo reportado por Oliva et al (2010) donde se manifestó que la droga lícita de mayor preferencia por la población mexicana fue el alcohol y como drogas ilícitas de mayor consumo fueron la marihuana y la cocaína, el consumo de estas drogas puede deberse a la facilidad y disponibilidad de las mismas en los contextos donde se desenvuelven los participantes de este estudio (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2008).

La edad promedio de consumo de alcohol fue a los 17 años resultados similares a los encontrados por Oliva et al. (2010); la media de edad de inicio de consumo de drogas ilícitas fue de 14 años resultados similares a lo reportado por la ENA (2008) en donde se reportó que la edad de inicio de estas drogas se presentó antes de los 17 años, es importante señalar que estos resultados difieren con Oliva et al. (2010) quienes mencionan que la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas fue a los 17años, esto quizá pueda relacionarse con los diversos factores de acceso a las drogas a temprana edad, como el incremento de la disponibilidad de las mismas, situación que podría derivarse de las nuevas estrategias de comercialización, distribución y tráfico de drogas en el contexto.

Referente al primer objetivo que fue determinar las etapas de cambio en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas lícitas e ilícitas. Se identificó que la etapa de mayor prevalencia tanto para las drogas lícitas e ilícitas fue la de contemplación al cambio, resultados similares a los presentados por Oliva, et al. (2010), Blow et al. (2010) y Min, et al. (2007), situación que se puede atribuir a que los pacientes después de un período postraumático agudo como lo son los accidentes y/o lesiones por violencia reflexionan sobre un cambio de conducta con respecto al consumo de drogas que posiblemente fue uno de los factores que puede estar asociado con el ingreso a la sala de urgencias.

Sin embargo Prochaska y Di Clemente señalan a esta etapa como un estado de ambivalencia, ya que la persona puede reconocer tener un problema con le consumo de drogas pero aún no esta decidido a disminuir su consumo; por lo tanto el personal de enfermería tiene una gran oportunidad para desarrollar acciones que motiven el cambio de conducta de éstas personas.

En relación al segundo objetivo que fue identificar los diagnósticos de enfermería en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas e ilícitas. Se encontró que los diagnósticos de mayor prevalencia para el consumo de alcohol fueron las siguientes: 1) Riesgo Estreñimiento, al respecto López et al. (2006) refieren que el consumo de una sustancia tóxica como el alcohol afecta la motilidad intestinal, aunado a la ingesta de una dieta alta en grasa, insuficiente consumo de agua y hábitos de vida sedentaria, lo que incrementa el riesgo de tener estreñimiento; el diagnostico puede deberse a que los factores del riesgo de estreñimiento están presentes en la población del este estudio.

2) Baja autoestima situacional, fue otro de los diagnósticos de enfermería encontrados. En este sentido Inglés et al. (2007) mencionaron que la embriaguez ocasional y la dependencia del alcohol son factores de riesgo para la baja autoestima,

situación que puede ser explicada con el hecho de que los participantes del presente estudio mostraron situaciones que pueden favorecer la disminución del autoestima, como es el consumo de alcohol de forma semanal, además de factores que pueden asociarse a éste, como el no sentirse bien consigo mismo, el no poder enfrentar el estrés en la vida y no estar satisfecho consigo mismo, lo anterior denota que éstos pacientes pueden tener una conducta de consumo de alcohol como forma de evitar sentimientos negativos.

3) Riesgo de violencia autodirigida, cabe mencionar que Cáceres et al. (2006) refieren que el consumo de alcohol es un predictor para la generación de la violencia, por lo que es importante señalar que éste riesgo posiblemente se presentó por que el accidente o lesión que atenuó factores de riesgo como el no sentirse bien con las decisiones que se toman, sentirse culpable por consumir alcohol, tener dificultades para controlar la ira.

4) Riesgo de Traumatismo, al respecto la Organización Mundial de la Salud (2008), quien menciona que el alcohol produce consecuencias secundarias como traumatismos no intencionales; así mismo por Casanova, Borges, Mondragón, Medina, Cherpitel (2001) quienes sugieren que el consumo episódico de alcohol trae consigo un riesgo elevado de sufrir accidentes de vehículo de motor en forma inmediata, situación que puede ser explicada porque los participantes de éste estudio mencionaron tener hábitos como no usar el cinturón de seguridad, usar drogas recreativas y tener dificultades de visión, factores que influyen para presentar éste tipo de accidente o lesión (caídas, riñas, accidentes).

5) Riesgo de Intoxicación este resultado refleja lo estudiado por Izquierdo (2002), quien menciona que la intoxicación aguda se produce por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y por la cantidad superior a la tolerancia individual de la persona, situación que se refleja en los participantes del presente estudio quienes

reportaron un consumo en poca frecuencia, pero gran cantidad, reflejo del patrón de consumo en la zona norte del país.

6) Desempeño Inefectivo del Rol, resultado que puede comparase con lo mencionado con López y López (2007), quienes afirman que las conductas disociales, la angustia de separación, trastorno por déficit de atención, oposicionismo, falta de apego a las reglas y problemas con la autoridad están relacionados con el consumo de alcohol, situación que se aprecia en los participantes de este estudio, ya que refieren no poder ajustarse a los cambios en su vida, tener dificultades para comunicarse con otros, tomar decisiones que no concuerdan con sus valores, así como no estar satisfechos con la capacidad de resolver sus problemas.

Este estudio también permitió conocer los diagnósticos de enfermería para pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína) como fueron:
1) Descuido Personal y Gestión Inefectivo de la Propia Salud, esta situación pudo haberse presentado, ya que los participantes de este estudio refirieron el consumo de marihuana, sustancia asociada a afectar la capacidad de realizar tareas entre las que se encuentran: aprender, conducir o cuidar la salud, situación que se ve reflejada en las manifestaciones presentes en los participantes como no hacer cambios en los estilos de vida para mejorar su salud, no buscar atención inmediata por cambios en su salud, no seguir las recomendaciones de su proveedor de cuidados y por la falta de sensibilización a realizar cambios en conductas no saludables como el consumo de drogas (Schweinsburg, Brown & Tapert, 2008).

2) Ansiedad, en este sentido Musitu y Herreo (2003), Cáceres et al. (2006) y Álvarez et al. (2008) refieren que la ansiedad se relaciona con el consumo de drogas, cabe destacar que este resultado se puede atribuir a que los participantes posiblemente consumían drogas para modificar sentimientos asociados al malestar emocional, mitigar la tensión y el estrés, afrontar cambios, entre otros.

3) Riesgo de Traumatismo, diagnóstico que alude a lo referido por Vadillo & Rodríguez (2009), quienes señalan que los consumidores de marihuana y cocaína presentan riesgos de traumatismos. Así mismo O'Malley y Johnston (2007) y Richer y Bergeron (2009), refieren que una persona intoxicada por drogas ilícitas tiene una mayor probabilidad de estar involucrada en un accidente y ser responsable del mismo. Puede deberse éste riesgo a que los participantes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína) se encontraron en la etapa de de contemplación al cambio, lo que no asegura que van a dejar de consumir drogas y éstas pueden por sus efectos afectar su organismo y lo lleve a reincidir en un accidente o lesiones por violencia.

4) Riesgo de Intoxicación, fue otro de los diagnósticos encontrado, en este sentido Vadillo & Rodríguez (2009) indican que existe un mayor riesgo de intoxicación cuando se consumen drogas ilícitas (cocaína o marihuana) y se incrementa éste riesgo cuando se consumen en forma conjunta con alcohol, mismo que aumentan los efectos tóxicos en el organismo. 5) Riesgo de Violencia Autodirigida, en relación a este resultado Vadillo & Rodríguez (2009) y Álvarez (2008) señalan que un periodo de abstinencia, puede generar conductas que dañen la integridad física de la persona, algunos de los participantes debido al tipo de lesión permanecieron internados por una cantidad mayor a quince días y éstos tenían una frecuencia diaria de consumo de marihuana y/o cocaína, lo que favorece a tener un síndrome de abstinencia que produce irritabilidad, ansiedad y riesgo de daño a su integridad física como de otras personas.

6) Riesgo de Suicidio al respecto García (2006), refirió que el consumo de drogas ilegales como la marihuana y la cocaína presentaron un mayor riesgo de suicido, este resultado puede ser reflejo de cómo los trastornos depresivos efectos del consumo de marihuana, pone en riesgo al paciente a un intento de suicidio.

Respecto al tercer objetivo, que fue determinar la relación que existe entre las etapas de cambio con los factores sociodemograficos (edad, sexo, estado marital,

escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo, tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso) de los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención.

Se encontró una relación negativa y significativa entre la etapa de precontemplación y los años de escolaridad; resultados que coinciden con lo reportado por Rangel (2004); lo que significa que a menor escolaridad, mayor posibilidad de resistencia al cambio, así también las variables etapa de mantenimiento y la escolaridad presentaron una correlación negativa y significativa, esta situación puede refleja que a menor escolaridad mayor predisposición a las recaídas, esta situación puede deberse a que un mayor nivel de estudios, crea habilidades de pensamiento en que las personas que favorece a que perciban los daños a la salud que provoca el consumo de drogas.

Por otra parte se encontró una diferencia entre la etapa de cambio de contemplación y acción con el sexo, una mayor proporción de varones se identificaron en éstas etapas estos resultados difieren de Min et al (2007) y Oliva et al. (2010) dicho comportamiento puede ser explicado por que predominó el sexo masculino, lo que puede deberse a que las prevalencias de consumo e ingreso a las salas de urgencias son principalmente del sexo masculino.

Se encontró una relación negativa y significativa entre la etapa precontemplación y la edad de inicio de consumo, situación que difiere de Mondragón et al. (2005) y Min et al. (2007), lo que podría reflejar que a menor edad de consumo, menor compromiso a modificar el patrón de consumo de drogas, lo cuál puede estar asociado a los procesos de tolerancia y dependencia a las drogas.

Así también se correlacionó de forma negativa y significativa la etapa de contemplación y el tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión,

lo que significa que a mayor tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión mayor resistencia al cambio; resultado que difiere de Rangel (2004) quien mencionó que las horas transcurridas entre el primer consumo y el ingreso a la sala de urgencias se correlacionaron con la etapa de acción.

La etapa de acción y el motivo de ingreso (lesiones por violencia) mostró una asociación significativa, resultados que no concuerdan con Mondragón et al. (2005) y Min et al. (2007), posiblemente la situación se presentó porque los pacientes que sufrieron este tipo de lesiones, fueron consumidores y a su vez víctimas de terceras personas (riñas y asaltos) y no fue el consumo de drogas lo que provocó esta condición, lo que supone que ellos se encontraban realizando acciones para disminuir su consumo o abstinencia.

Respecto al cuarto objetivo que fue determinar el efecto que existe entre las variables independientes (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y el tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el ingreso y el motivo de ingreso) y como variable dependiente las etapas de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) se encontró un efecto significativo entre las variables escolaridad y etapa de precontemplación, así mismo entre la etapa de contemplación con la variable sexo.

Conclusiones

En base a los resultados encontrados, se concluye que la etapa de cambio donde se ubican los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención fue la etapa de contemplación al cambio.

Los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía II NANDA más frecuentes fueron: riesgo de estreñimiento relacionado con no tener suficiente energía para realizar actividades de la vida diaria y no tomar de 6 a 8 vasos de agua al día. Baja autoestima situacional relacionado al no estar satisfecho con lo que se hace de trabajo manifestado por tener problemas familiares que encuentra difíciles de manejar, le disgusta la manera en que luce, tener insomnio y no tener esperanzas en el futuro.

Riesgo de violencia autodirigida relacionado con sentirse en riesgo de daño físico, tener problemas familiares difíciles de manejar, no estar feliz con su vida. Riesgo de traumatismo relacionado a consumir drogas recreativas y tener dificultades de la visión. Riesgo de intoxicación relacionado con consumir drogas recreativas, tener problemas familiares difíciles de manejar y no tener esperanzas en el futuro. Ansiedad relacionado con no poder aprender nueva información con facilidad no estar satisfecho con lo que hace de trabajo y tener problemas familiares difíciles de manejar manifestado por no estar feliz con mi vida.

Procesos familiares disfuncionales relacionado por tener problemas familiares difíciles de manejar manifestado por tener dificultad para controlar su ira, no sentirse cómodo con el papel que desempeña en su familia y no sentirse bien con las decisiones que toma. Desempeño inefectivo del rol relacionado por no poder hacer cambios en el estilo de vida para mejorar la salud manifestado por sentir que no puede comunicarse fácilmente con otros y no poderse ajustar a los cambios en su vida. Descuido personal relacionado con consumir drogas recreativas, sentir estrés, tensión o presión y fumar cigarrillos manifestado por no poder hacer cambios en los estilos de vida para mejorar su salud y no estar en excelente estado de salud.

Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con no poder ajustarse a cambios en su vida manifestado por no ser importante la salud para la persona , no sanar con facilidad y no buscar atención inmediata en su salud.

Se identificó una correlación negativa y significativa entre las variables: años de escolaridad y la edad de inicio de consumo con la etapa de precontemplación. El tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión se relacionó negativa y significativamente con la etapa de contemplación. Se encontró diferencia entre la etapa de contemplación por género, los hombres presentaron mayor índice de la etapa contemplación que las mujeres, así mismo se encontró diferencia entre la etapa de acción por género, los hombres presentaron mayor índice de acción que las mujeres; se encontró diferencia entre la etapa de acción y motivo de ingreso, los participantes que ingresaron por lesiones por violencia presentaron mayor índice de la etapa de acción que los que sufrieron accidentes.

Se presentó un efecto significativo entre la variable escolaridad y etapa de cambio precontemplación. Así mismo, se encontró un efecto significativo entre el sexo y la etapa de contemplación. Los instrumentos Escala de Valoración de Cambio Urica y Valoración de Enfermería de los Patrones Funcionales de Salud reportaron consistencia interna aceptable.

Recomendaciones

Realizar una réplica del estudio en pacientes que ingresan a una sala de urgencias consumidores de drogas ilícitas (marihuana y cocaína) y considerar a los pacientes que consumen inhalables, ya que al realizar la identificación de participantes se encontró una muestra importante de consumidores de dicha sustancia.

Probar otros instrumentos para medir las etapas de cambio además del URICA, que sean específicos y concretos para la determinación de la etapa de cambio en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia asociado al consumo de drogas.

Se sugiere realizar otro estudio que utilice además de la Valoración de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud, se incluya la exploración física y test antidoping, ya que enriquecerá la determinación de los diagnósticos de enfermería, en pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas.

Se recomienda a los profesionales de enfermería de las salas de urgencias considerar los diagnósticos de enfermería encontrados en el presente estudio como una base para el desarrollo de acciones de enfermería en los pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas.

Debido a que la etapa de cambio en la que se encuentran los participantes fue la etapa de contemplación, se recomienda al personal de enfermería de salas de urgencias brindar cuidado que motive la transición a las etapas de acción y mantenimiento para abstenerse al consumo de drogas.

Referencias

Alonso, M., & Esparza, S. (2003). Intervención breve: estrategias para la disminución del consumo de alcohol en pacientes que sufrieron un accidente automovilístico. *Desarrollo Científico de Enfermería, 11* (1), 6-11.

Álvarez, M., Cuervo, M., Espinal, M., & Castaño, J. (2008). Diagnósticos de Enfermería, Perfil Social y Clínico en Adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín 2006. *Revista de Salud Mental Alcohol y Drogas, 1*(4),1-14.

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería. (2005) *Validación de la taxonomía NANDA II en España*. Recuperado de http://www.aentde.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3

Bejerano, J., & Obando, P. (2002). Trauma y consumo en pacientes admitidos en salas de emergencias en dos hospitales generales de Costa Rica. *Salud y Drogas, 2*(1), 47-60.

Blow, F.,Walton, M., Murray, R., Cunningham, R., Chermack, S., Barry, K., Llgen, M. & Sala, B. (2010). Intervention attendance among emergency department patients with alcohol-and drug-use disorders. *Jurnal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(5), 713.

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psychol. Bogotá, 5*(3), 521-534.

Casanova, L., Borger, G., Mondragón, L., Medina, M. E., & Cherpitel, Ch. (2001). El alcohol como factor de riesgo y accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental, 24*(5), 3-10.

Comisión Nacional de Bioética. (2010). *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Gobierno Federal, México.

Concha, A. (2002). Impacto social y económico en de la violencia en las Américas. *Rev. Biomédica, 22*(2), 347-361.

Consejo Nacional Contra las Adicciones, [CONADIC]. (2008). Encuesta Nacional de las Adicciones, tabaco, alcohol y otras drogas. México, recuperado el 28 de agosto de 2010, http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

DiClemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation of change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health, 23,* 86-92.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. (1ª ed). España, Madrid. Síntesis.

Fernández, E., Guerrero, F., Quintero, M., Ailed, E., Miñambres, E., Salinas, I., Rivera, R. & Galdos, P. (2008). Prevención secundaria en traumatizados relacionados con alcohol y drogas. *Medicina Intensiv, 33*(*7*), 321-326.

Flores, F. Rodríguez, L., & Guzmán, F. (2008). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios en salas de urgencias Tamaulipas México. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 1*(2), 1-14.

García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. Tesis para optar al Título de Psicólogo, Facultad de estudios superiores de Zaragoza, Universidad Nacional Autonoma de México, Distrito federal, México.

Gómez, M., Balaguer, J., González, J., Montia, J., Selva, F., Vilchez, M., Jiménez, M., Lluch, M., & Ugalde, M. (2007). Estudios de diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes consumidores habituales de sustancias tóxicas en una unidad de patología dual. *Revista de Psiquiatría, 17(3),* 1-8.

González, J. A. (2002). Etapas de cambio en pacientes que sufrieron accidentes y

lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11 ª ed.). España. McGraw-Hill/Interamerica.

Iyer, P., Taptich, B., & Bernocchi, D. (1997). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México. Mc Graw- Hill Interamericana.

Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García, J.M., Hidalgo, M.D., & García, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumode alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(2), 403-420.

Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcoholica aguda. *Adicciones, 14*(1), 175-193.

Jones, D., & Barret, F. (1997). FuctionalHealth Pattern Assessment Sceening Tool. *Boston College School of Nursing*

López, M. A., López, P. J., Cerdán, M. O., Ocaña, J. M., Celada, A., Solera, J., & Palomino, M. A. (2006). Estreñimiento en la población mayor de 50 años. *Revista Española de Enfermedades Digestivas, 98*(6), 455-459.

López, M. E., & López A. (2007). Relación del alcoholismo con los trastornos de la personalidad en una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 10(1), 1-15.*

Lynne, M., Lavoie, A., & Camden, S. (2006). Stadistical validation of the Glasgow coma score. *J Trauma, 60*, 1238-1244.

McConnaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J., & Velicer,W. (1989). Stages of change in psychotherapy: Afollow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 26*, 494-503.

McConnaughy, E., Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20,* 368-375.

Min, K., Sung, J., Jung, G., Soo, S., Gyu, J., Min, S., Ju, H., & Hoon, D. (2007). The Readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J. Korrean Med Sci, 22,* 453-458.

Mondragón, L., Borges, G., Avilés, K., & Casanova, L. (2005). Motivaciones al cambio en bebdores que ingresan a una sala de urgencias. R*evista Interamericana de Psicología, 39*(1), 169-176.

Musitu, G., & Herrero, J. (2003). El rol de el autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades, 8*(1), 285-306.

National Drug Intelligence Center. (2010). National drug threat assessment Washington , D.C., recuperado el 05 de febrero de 2010, http://www.justice.gov/ndic /pubs38/38661/38661p.pdf.

North American Nursing Diagnosis Association. [NANDA]. (2009). *Diagnósticos Definiciones y Enfermeros Clasificación 2009-2011*.España, S.L. ElSevier.

Oliva, N., Barcellos, M., Alonso, M., & López, K. (2010). Accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas en pacientes atendidos en una sala de urgencias. *Rev. Latino-Am Enfermagem, 18,* 521-528.

O'Malley, P.M., & Johnston, L.D. (2007). Drugs and driving by American high school seniors, 2001–2006. *J Stud Alcohol Drugs, 68*(6), 834–842.

Operativo Argentino de Drogas [OAD]. (2009). *El uso indebido de drogas y consulta de emergencia*. (Cuarto estudio nacional). Argentina.

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2010). *Evaluación del progreso del control de drogas 2007-2009.* (OAS/Ser.L/XIV.2.48; CICAD/docx.1843/10).

México: Mecanismo de Evaluación Multilateral y Grupo de Expertos Gubernamentales. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2004.* Recuperado el 21 noviembre, 2008, de http://www.who.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Recuperado de http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4898s/9.html

Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6a ed). México D.F. McGraw-Hill Interamericana.

Prochaska, O., & DiClemente, C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal Consulting and ClinicalPsychology, 51,* 390-395.

Prochaska, O., & DiClemente, C. (1994). Modelo de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con a etapa de uso de los jóvenes. *Health Education Research Theory and Practice, 9* (1), 39-46.

Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1995). *Changing for good*. New York, USA: Quill Haper Collins

Rangel, M. (2004). Etapas de Cambio en pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Reyes, P., & Villar, M. (2004). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev. Latino-am Enfermagem, 12*, 420-426.

Richer, I., & Bergeron, J. (2009). Driving under the influence of cannabis: Links with dangerous driving, psychological predictors, and accident involvement. *Accid Anal Prev* , *41*(2), 299–307.

Romero, R.M. (2004). Metodología para la determinar necesidades de cuidado de enfermería en adolescentes. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Schweinsburg, A.D., Brown, S.A., & Tapert, S.F. (2008). The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents. *Curr Drug Abuse Rev*, *1*(1), 99–111.

Secretaria de Salud [SS]. (1999). *Norma Oficial Mexicana [NOM-28-SSA2-1999] para la prevención, tratamiento y control de adicciones*. Recuperado el 02 de junio del 2011 de http:// www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html02/06/11

Secretaria de Salud [SS]. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud* (7 ª ed.). México. Porrúa.

Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva* (2ª ed.). México, D.F. Manual Moderno.

Tintinalli, J., Ruiz, E., & Krome, R. (1997). *Medicina de Urgencias.* Escala de coma de Glasgow. México. McGraw-Hill Interamericana.

Vadillo, S., & Rodríguez, E. (2009). Diagnósticos en pacientes dependientes a cocaína. Interpsiquis, 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/40032/

Apéndices

Apéndice A

Escala de Coma de Glasgow

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 Instantánea	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 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	

Apéndice B

Cédula de Datos Personales

No de cuestionario ☐

Factores Personales

Edad: ☐ Sexo: **M** **F** Ocupación:

- Trabaja ☐
- Estudia ☐
- Trabaja y Estudia ☐
- Otros ☐

Años de escolaridad: _____

Estado marital: Con pareja ☐ Sin Pareja ☐

Motivo de ingreso: _____

Factores relacionados al consumo de drogas

Droga	Edad de inicio de consumo	Frecuencia	Tipo de bebida	Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína				

Apéndice C

Escala de Valoración de Cambio URICA de Alcohol

No. 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 en el futuro.

Hay CINCO posibles respuestas para cada una de las preguntas del cuestionario

1. Totalmente desacuerdo (TD)
2. En desacuerdo (ED)
3. Indeciso (I)
4. De acuerdo (DA)
5. Totalmente de Acuerdo (TA)

Pregunta	**TD**	**ED**	**I**	**DA**	**TA**
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 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	1	2	3	4	5

tiempo para usted porque el problema de beber no tiene que ver con usted					
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 piensa que debe trabajar en el para revolverlo	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 encuentran 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 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 estimulo ahora mismo para ayudarle a mantener cambios	1	2	3	4	5
23. Cree que sea parte del problema el beber alcohol, pero piensa que realmente lo sea	1	2	3	4	5
24. Espera que alguien en la terapia de apoyo le dé un buen consejo para usted	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablarle 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 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 podía 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 ¿Por qué 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

Apéndice D

Escala de Valoración de Cambio URICA de Drogas (marihuana y/o cocaína)

No. 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 en el futuro.

Hay CINCO posibles respuestas para cada una de las preguntas del cuestionario

1. Totalmente desacuerdo (TD)
2. En desacuerdo (ED)
3. Indeciso (I)
4. De acuerdo (DA)
5. Totalmente de Acuerdo (TA)

Pregunta	**TD**	**ED**	**I**	**DA**	**TA**
1. Cree usted no tener ningún problema con su forma de consumir drogas que requiera cambios	1	2	3	4	5
2. Piensa que podría estar listo para mejorar por usted mismo el consumo de drogas	1	2	3	4	5
3. Esta haciendo algo respecto a los problemas que le han estado preocupando por su forma de consumir drogas	1	2	3	4	5
4. Podría valer la pena que usted haga algo con su problema del consumo de drogas	1	2	3	4	5
5. Usted no tiene problema con drogas? Y no tiene sentido que esté en un programa para dejar de consumir drogas	1	2	3	4	5
6. Le preocupa que pueda recaer en el problema del consumo de drogas, que ya había cambiado y quisiera buscar ayuda	1	2	3	4	5
7. Actualmente ha estado trabajando algo en su problema de consumir drogas	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 consumir drogas, 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 drogas es difícil, pero está haciendo algo para resolverlo	1	2	3	4	5
11. Preocuparse por su forma de consumir drogas es una gran pérdida de tiempo para usted porque el problema de consumo	1	2	3	4	5

de drogas no tiene que ver con usted					
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 piensa que debe trabajar en el para revolverlo	1	2	3	4	5
14. Realmente está haciendo un gran esfuerzo por cambiar su forma de consumir drogas	1	2	3	4	5
15. Tiene un problema de consumo de drogas 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 de consumo de drogas	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre ha tenido éxito para cambiar, al menos está trabajando algo en su problema con drogas	1	2	3	4	5
18. Pensó usted que una vez que hubiera resuelto su problema con las drogas estaría libre de él, pero todavía se encuentran luchando con él.	1	2	3	4	5
19. Le gustaría tener más ideas sobre cómo resolver su problema de consumir drogas	1	2	3	4	5
20. Ha empezado a trabajar su problema de consumir drogas, pero le gustaría recibir ayuda	1	2	3	4	5
21. Quizá la terapia le puede ayudar a reflexionar sobre su problema con de consumir drogas	1	2	3	4	5
22. Puede que necesite un estimulo ahora mismo para ayudarle a mantener cambios	1	2	3	4	5
23. Cree que sea parte del problema de consumir drogas, pero piensa que realmente lo sea	1	2	3	4	5
24. Espera que alguien en la terapia de apoyo le dé un buen consejo para usted	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablarle acerca de cambiar, en realidad usted está haciendo algo respecto a su forma de consumir drogas	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 en la terapia de apoyo para evitar tener una recaída del problema drogas que pensó que ya había resuelto	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siente que podía estar teniendo una recaída de un problema con las drogas que pensó que ya había resuelto	1	2	3	4	5
29. Tiene preocupaciones, pero el resto de la gente también ¿Por qué pasar el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Está trabajando activamente en algo de su problema con las drogas	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 las drogas, de vez en cuando vuelve a perseguirlo.	1	2	3	4	5

Apéndice E

Valoración de Enfermería de Patrones Funcionales de Salud

Instrucciones: Abajo hay una serie de puntos diseñados para examinar las conductas que afectan su salud. Por favor indíqueme para cada respuesta que mejor se aplica a usted en las últimas cuatro semanas.

Definición de respuestas

1. Nunca ocurre o no ocurre
2. Algunas veces, u ocurre periódicamente
3. Con frecuencia Ocurre, sucede ocasionalmente, pero no rutinariamente
4. Rutinariamente, u ocurre la mayor parte del tiempo

Pregunta	**Nunca**	**Algunas veces**	**Con frecuencia**	**Rutinariamente**
1. Tengo suficiente energía para mis actividades diarias	1	2	3	4
2. Hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces a la semana o más	1	2	3	4
3. Me siento descansado cuando hago ejercicio	1	2	3	4
4. Me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4
5. Puedo enfrentar el estrés en mi vida	1	2	3	4
6. Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	1	2	3	4
7. Cuando estoy sexualmente activo, práctico sexo seguro	1	2	3	4
8. Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	1	2	3	4
9. Me siento a gusto con mi sexualidad	1	2	3	4
10. Mi salud es importante para mí	1	2	3	4
11. Puedo hacer cambios en el estilo de vida para mejorar mi salud	1	2	3	4
12. Intencionalmente limito mi consumo diario de grasa	1	2	3	4
13. Me siento a gusto con mi peso	1	2	3	4
14. Cuando me enfermo alivio con facilidad	1	2	3	4
15. Me duerno sin problemas	1	2	3	4
16. Tengo esperanzas en el futuro	1	2	3	4

17. Siento que estoy en el control de mi vida	1	2	3	4
18. Me gusta la manera en que luzco	1	2	3	4
19. Me siento bien por las decisiones que tomo	1	2	3	4
20. Estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	1	2	3	4
21. Busco atención inmediata por cambios en mi salud	1	2	3	4
22. Puedo ajustarme a los cambios en mi vida	1	2	3	4
23. Me hago un examen anual de salud	1	2	3	4
24. Puedo seguir las recomendaciones de mi proveedor de cuidados (médico, enfermera y otros)	1	2	3	4
25. Uso el cinturón de seguridad	1	2	3	4
26. Evito el sol o uso protector solar	1	2	3	4
27. Estoy en excelente salud	1	2	3	4
28. Estoy feliz con mi vida	1	2	3	4
29. Puedo oír con claridad	1	2	3	4
30. Puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	1	2	3	4
31. Puedo aprender nueva información con facilidad	1	2	3	4
32. Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	1	2	3	4
33. Tomo de 5-6 porciones de frutas y vegetales cada día	1	2	3	4
34. Tomo de 6 a 8 vasos de agua al día	1	2	3	4
35. Estoy satisfecho con lo que hago de trabajo	1	2	3	4
36. Me siento cómodo con el papel que desempeño en mi familia	1	2	3	4
37. Estoy satisfecho con mi vida social	1	2	3	4
38. Me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	1	2	3	4
39. Siento que puedo comunicarme fácilmente con otros	1	2	3	4
40. Tengo una rutina usual que realizó para ayudarme a relajarme	1	2	3	4
41. Me considero sano	1	2	3	4
42. Participo en actividades de cuidados de los miembros de mi familia	1	2	3	4
43. Experimento dolor que interrumpe mis actividades diarias	1	2	3	4
44. Siento estrés, tensión o presión	1	2	3	4
45. Tengo dificultades para orinar	1	2	3	4
46. Tengo problemas para defecar	1	2	3	4
47. Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	1	2	3	4

48. Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco	1	2	3	4
49. Fumo cigarros	1	2	3	4
50. Tengo dificultades de la visión	1	2	3	4
51. Mis capacidades físicas limitan mis actividades diarias	1	2	3	4
52. Tengo dificultad para controlar mi ira	1	2	3	4
53. Siento síntomas físicos poco úsales con la caminata	1	2	3	4
54. Me preocupo mucho	1	2	3	4
55. Me siento en riesgo de daño físico	1	2	3	4
56. Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	1	2	3	4
57. Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	1	2	3	4
58. Temo por mi seguridad	1	2	3	4

Apéndice F

Oficio de Autorización de la Institución

UANL FAEN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA □ SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN □

Oficio FAEN No. 279/2011

DR. SANTOS GUZMÁN LÓPEZ
Director del Hospital Universitario
"Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L.
Presente.-

At'n: Lic. Teresa Hernández Montoya
Coordinadora de Enfermería

Estimado Dr. Guzmán:

Por medio de la presente me es grato saludarle y a la vez solicitarle su autorización para que la estudiante **LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA,** quien cursa el **Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería,** pueda recolectar datos para la prueba final de su estudio de tesis titulado **"ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS".** El propósito del estudio es identificar la etapa de cambio y los diagnósticos de enfermería más frecuentes de personas que ingresan a un hospital por consecuencias generadas por el consumo de alcohol, marihuana y cocaína. De ser favorecida con esta petición, las actividades a realizar consistirían en la revisión del expediente clínico para ubicar a los pacientes con estas características y visitarlos en el área de urgencias adultos, medicina interna o cirugía. Una vez ubicado el paciente, se evaluaría el nivel de conciencia por medio de la Escala Glasgow, en la cual debe de obtener una puntuación de 15 para proceder con la aplicación del cuestionario de etapas de cambio y realizar un diagnóstico de enfermería. Cabe destacar que la muestra necesaria para la prueba final es de 138 pacientes y lo anterior se realizaría entre los meses de Julio a Octubre del presente año. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por las Comisiones de Ética y de Investigación de esta Facultad el día 26 de Mayo de 2011. Dicho trabajo está registrado bajo esta secretaría con el número **FAEN-M-857.**

Agradeciendo la atención a la presente, no me resta más que expresarle mi más alta consideración y respeto. Sin otro particular, y en espera de su favorable respuesta, le envío un cordial saludo.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey Nuevo León, a 17 de Junio de 2011

SECRETARIA DE INVESTIGACION

U.A.N.L. FACULTAD DE MEDICINA
Soma
27 JUN 2011
4:53
RECIBIDO
DIRECCION

Raquel Alicia Benavides Torres, Ph.D.
Secretaría de Investigación

c.c.p. archivo

UANL Institución de Calidad Educativa

Ave. Gonzalitos No. 1500 Norte C.P., 64460
Monterrey, Nuevo León, México
Tel. 83 48 89 43 Ext. 112 Fax: 83 48 89 43

"Educación de calidad, un compromiso social"

Apéndice G

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Titulo del Proyecto: Etapas de Cambio y Etiquetas Diagnósticas de Enfermería en Pacientes Consumidores de Drogas Lícitas e Ilícitas

Autor del estudio: Lic. Marily Daniela Amaro Hinojosa

Director de Tesis: ME. Teresita de Jesús Campa Magallon

Prologo:

Estamos interesados en conocer la conducta relacionada al consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana/cocaína) previo al ingreso a este hospital de tercer nivel de atención. Por lo cual, lo invitamos a participar en el presente estudio, mismo que forma parte de mi formación como estudiante de posgrado. Antes de aceptar su participación, necesita saber cuál es el propósito del estudio.

Propósito del Estudio:

El objetivo de este estudio es identificar la etapa de cambio y los diagnósticos de enfermería en pacientes que sufrieron un accidente o lesión (es) relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana o cocaína) que ingresaron a una institución de tercer nivel de atención de Monterrey, N.L.

Descripción del estudio/procedimiento:

- En caso de aceptar participar en el presente estudio se le aplicarán tres cuestionarios que tienen la duración de 30 minutos, esto se llevará a cabo durante su hospitalización, esta actividad se realizará en un horario que no interfiera con los cuidados o actividades que se realizan dentro de la institución (vista del médico, aplicación de medicamentos, hora de visita, entre otras). Donde se cuidará cuidara en todo momento su privacidad y anonimato.

- Es importante mencionar a usted que en caso de participar, usted tendrá la libertad de terminar su participación en cualquier momento del estudio. La información que se facilite no será proporcionada a ninguna persona, ni a la propia institución hospitalaria.

Riesgos e inquietudes:

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede dar por terminada la entrevista en el momento que usted así lo decida.

Beneficios esperados:

No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para el beneficio de los pacientes que consumen drogas lícitas (alcohol) e ílictas (marihuana y cocaína) y sufren accidentes o lesiones.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas pacientes que conocerán de su participación en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información facilitada durante la aplicación de los instrumentos será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentara información personalizada. Recuerde que la información que proporcione será completamente anónima y confidencial.

Preguntas:

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese con la responsable de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL] con la Dra. Raquel Alicia Benavidades Torres, que se puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 17 horas, Dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro.

Consentimiento:

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando mi participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre y Firma del Participante	Firma del Investigador Principal
Firma del testigo (1)	Firma del testigo (2)

Resumen Autobiográfico

Lic. Marily Daniela Amaro Hinojosa

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: Etapas de Cambio y Diagnósticos de Enfermería en Pacientes Consumidores de Drogas Lícitas e Ilícitas

Línea de generación y Aplicación de Conocimiento: Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en Monterrey Nuevo León., el 11 de marzo de 1988; hija del Profr. Arturo Amaro Morales y la Profra. María Amparo Hinojosa Hinojosa.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciado en Enfermería en el año 2009. Obtuvo el segundo lugar de generación en la Licenciatura en Enfermería, generación 2005-2009. Reconocimiento por la permanencia de 4 años en el Programa Talentos Universitarios; Miembro activo de la Sociedad de Honor de Enfermería Sigma Theta Tau, International, Capítulo Tau Alpha. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Experiencia profesional: Pasante en la jefatura de programas presenciales de pregrado de la Facultad de Enfermería, en el departamento de medicina interna (2009-2010)

e- mail: daniela1267304@hotmail.com