

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS Y EL
CONSUMO DE ALCOHOL**

Por

LIC. NORA NELLY OLIVA RODRIGUEZ

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

MARZO, 2001

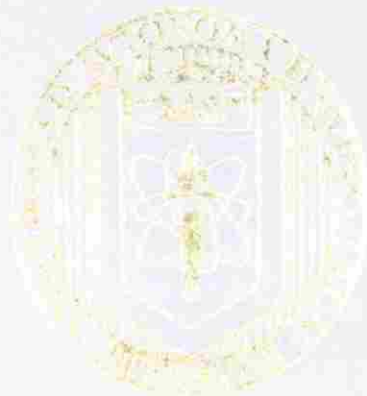
FM
HY5121

W
ACCCIDEBNTES AULTOMMOVILLSTICCOOS Y ELTTONMNOVILLSTICCOOS Y ELTTONMNOVILLSTICCOOS Y ELTTONMNOVILLSTICCOOS
SHTES
N. W. O. R.
CONSILIMO DEE ALCOOHOL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

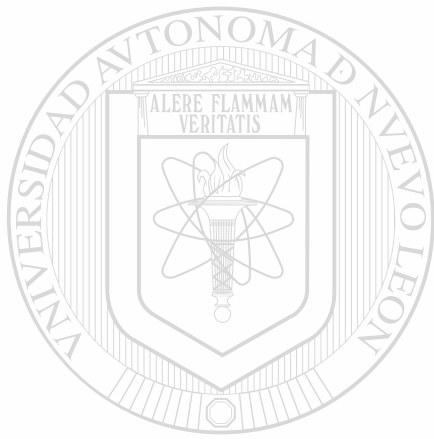
®

DR. ROSA NELLY OLIVA RODRIGUEZ

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

MARCO ZAM

TM
HV5121
.A4
05



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

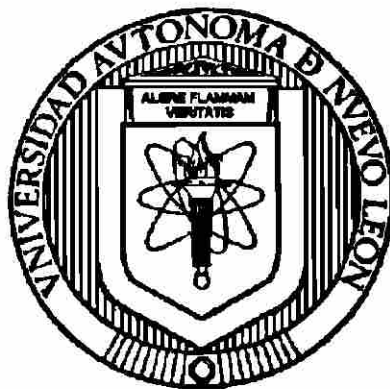
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

UANL

Por

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LIC. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

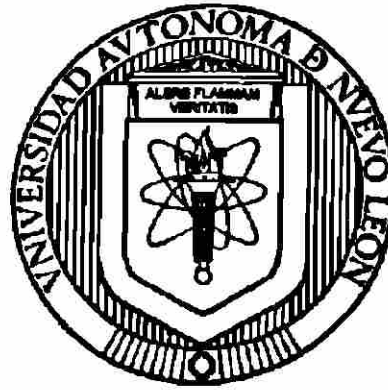
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Marzo, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

UANL

Por

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

LIC. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Director de Tesis

MSP. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

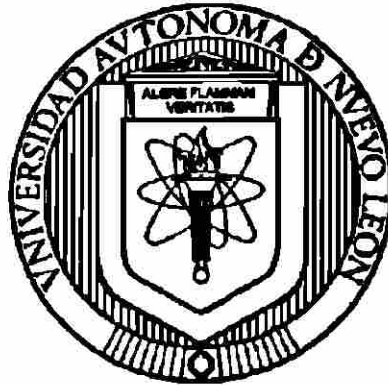
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Marzo, 2001

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EI CONSUMO DE ALCOHOL

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
LIC. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

®

**Asesor Estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD**

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

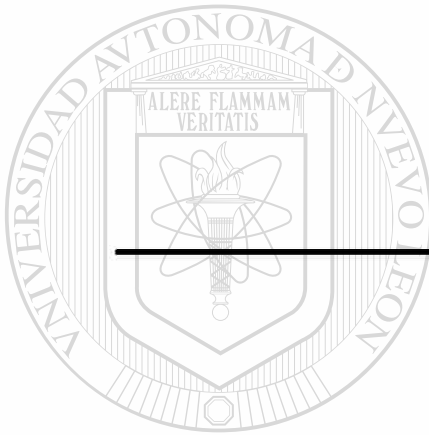
Marzo, 2001

**ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EL
CONSUMO DE ALCOHOL**

Aprobación de Tesis



**M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Director de Tesis**



**M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Presidente**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**Marco Vinicio Gómez Meza PhD
Secretario**



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Vocal**



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
SubDirector de Posgrado e Investigación**

AGRADECIMIENTOS

Cada ser humano se traza un propósito en la vida.

Gracias Dios por darme la fortaleza e iluminar mi camino para poder llegar a este momento.

Agradezco al M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar; Maestro y Amigo, gracias por su paciencia, acertada asesoría, por compartir sus conocimientos y reconocer en este tiempo su gran calidad humana. Así como mi más sincera gratitud y admiración a M.S.P. Magdalena Alonso Castillo; Maestra Gracias por creer en mi y darme la oportunidad de lograr un sueño.

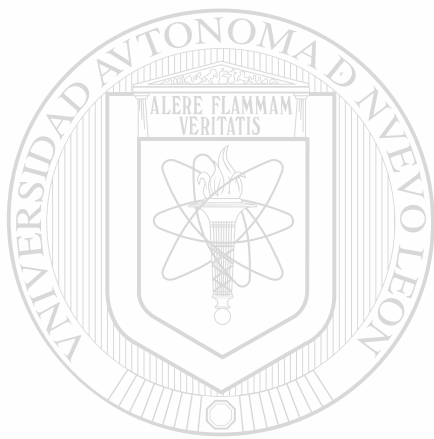
A Marco Vinicio Gómez Meza Ph D Gracias por su amistad, su apoyo profesional y sus múltiples consejos.

A la Lic. Ana María Castillo y Víctor Treviño; Quienes se han preocupado desinteresadamente demostrando con ello su gran valor humano, Gracias por brindarme su amistad y contar con ustedes a cada momento.

A mis Maestros quienes siempre fueron un ejemplo en mi vida profesional: M.E. Guadalupe Martínez Directora de la Fac. de Enfermería, Bertha Cecilia Salazar Ph D, M.E. Velia M. Cárdenas, M.E. Refugio Duran, M.S.P. Dora Elia Silva, Esther Gallegos Ph D, M.E. María De Los Ángeles Paz, y M.S.P. Angelita Luna.

Agradezco al Dr. Salvador B. Valdovinos Chávez Coordinador de Investigación Medica IMSS Delegación N. L., por sus facilidades para el desarrollo de la Investigación.

Al personal administrativo y operativo del Hospital de Especialidades de Traumatología y Ortopedia N° 21; Jefa de Enfermeras Lic. Edna Alfaro Piña, al Jefe de enseñanza Dr. Alberto Quiroz Piña, a la Subjefe de enseñanza Lic. Guadalupe López Núñez, a la enfermera Gloria Flores Sifuentes; Gracias por su atención y facilidades.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DEDICATORIAS

Gracias a mis padres: Ignacio y Vicenta; a quienes Amo y Admiro, ellos son el ejemplo que han guiado mis acciones.

A mis hermanos Aarón, Consuelo, Esthela, Amelia, Imelda, Santiago y Roberto; Quienes me demostraron su amor y su apoyo incondicional.

A mis cuñados; Hipólito De La Rosa, Eladio Valadez, José Mauro Dávila Elva Gloria López y Claudia Vélez; Gracias por su apoyo y comprensión.

A todos mis sobrinos; en especial a Polo, Narcí, Noé, Géron, Eladio y Eliud; que siempre estuvieron pendientes de lo que necesitaba y por su amor.

MCE. María Inés Peña Mijangos; Hermanita gracias, por ayudarme a encontrar mi camino, por contar contigo a cada instante, por tus consejos, tu apoyo incondicional y tu valiosa amistad, porque sé que parte de mi familia vive en Campeche.

MCE. Jorge Arturo Zamora Víquez; Gracias güero por demostrarme que sos un verdadero amigo, por estar conmigo cuando más necesitaba tu amistad, por permitirme conocer a un gran ser humano y porque se ahora que mi hogar también se encuentra en Costa Rica.

ME. Francisco Cadena; Amigo gracias por regalarme tu amistad y por permitirme compartir buenos momentos.

MCE Myrna Vázquez; Amiga gracias por hacer que la distancia sea tan corta, por tus palabras de apoyo y por estar al pendiente de mí.

A la Lic. Victoria Barcenás Jefe del Departamento de Enfermería UMF N° 5; Gracias Vicky por alentar mis planes educativos, por tu apoyo incondicional y por tu amistad.

Lic. Laura Gamez; Gracias Laurita pues tus consejos fueron acertados y muy valiosos.

Al personal de Urgencias de UMF N° 5; muy en especial a Martha Leticia Duarte, Carmen J. Gutiérrez, Martina Venegas, Ofelia Gallegos, Silvia Magallanes, Carmen González. y Blanca Flores; quienes hicieron mas sencillo mi preparación educativa, siempre encontré en ellas una palabra de aliento, Gracias por su amistad, por hacerme sentir que contaba con ustedes a cada instante y por ser las mejores compañeras.

A los Doctores Alfonso Sandoval y Bertha Salas; Gracias por su paciencia, comprensión y apoyo, pues a cada momento estuvieron en la mejor disposición de darme su ayuda y amistad.

A mis amigas quienes son parte de mi vida; María de Jesús García, Leticia Míreles, Adriana Treviño, Elizabeth Rangel, Graciela Rojas, Martha Alvarez y a la Lic. Ana María Martínez.

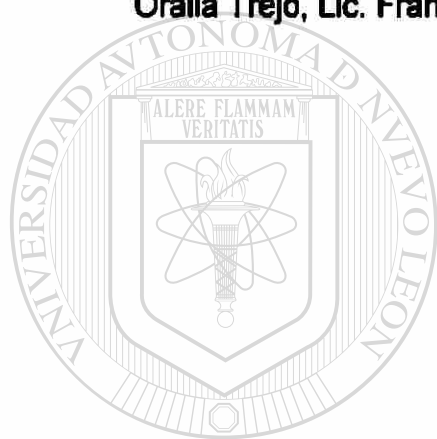
A mis amigos Marisela, Polo y Eduardo; Gracias por preocuparse por mi, por tenderme la mano cuando los necesite y por su amistad de años.

A mis grandes amigas; Yamira Pérez, María de Jesús Elizondo, Angeles García y Maribel Medrano quienes me han demostrado que ni la distancia ni el tiempo rompe una verdadera amistad.

A Verónica Urdiales, Carmelita Guerra, María Cruz, Elizabeth Verastegui, Guadalupe Heredia y Cesar Humberto Rosas; Gracias amigos por contar con ustedes a cada momento.

A mis nuevos amigos y compañeros de maestría; M.C.E. Santiago Esparza, M.C.E. Yolanda Flores, M.C.E. Rosalinda Escamilla, M.C.E. Guadalupe Moreno, M.C.E. Dolores Corona, Lic. Virginia López, Lic. Guadalupe Martínez, Lic. Norma Sáenz, Lic. Karina Muñoz, M.C.E. Graciela Rojas, Lic. Francis Velásquez, Lic. Edith Cruz, Lic. Juan Carlos García, Lic. Oralia Trejo, Lic. Francisco Guzmán y Lic. Karla López.

Gracias



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. Introducción	1
1.1 Planteamiento de Problema	1
1.2 Propósito General	6
1.3 Importancia del Estudio	6
1.4 Limitaciones del Estudio	7
1.5 Marco Teórico	7
1.5.1 Modelo de Promoción de la Salud Nola J. Pender (1996)	7
1.5.2 Ubicación del Problema de Investigación en el Modelo de Promoción de la Salud	12
1.5.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica	12
1.6 Definición de Términos	15
1.7 Estudios Relacionados	16
1.7.1 Conducta Previa Relacionada	16
1.7.2 Factores Personales	17
1.7.3 Percepción del Estado de Salud	18
1.7.4 Autoeficacia Percibida	18
1.8 Hipótesis	20

Capítulo II

2.	Metodología	21
2.1	Diseño de Investigación	21
2.2	Universo	21
2.3	Plan de Muestreo y Muestra	21
2.4	Criterios de Inclusión	22
2.5	Material	22
2.5.1	Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS)	23
2.5.2	Cuestionario de Conducta Previa Relacionada al Patrón de Consumo de Alcohol (CCPRCA)	23
2.5.3	Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS)	24
2.5.4	Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	25
2.5.5	Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	26
2.6	Procedimiento	28
2.7	Ética del Estudio	30
2.8	Estrategia de Análisis	31

Capítulo III

3.	Resultados	32
3.1	Confiabilidad de los Instrumentos	32
3.2	Datos Descriptivos de los Factores Personales Biológicos y Socioculturales	34
3.3	Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov	38

3.4	Correlación Entre las Variables de Estudio	39
3.5	Estadística Inferencial	46

Capítulo IV

4.	Discusión	55
4.1	Conclusiones	59
4.2	Recomendaciones	61

	Referencias	62
--	--------------------	-----------

	Apéndices	69
--	------------------	-----------

	Apéndice A Operacionalización de Variables	70
--	---	-----------

	Apéndice B Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS)	72
--	--	-----------

	Apéndice C Cuestionario de Conducta Previa Relacionada al Patrón del Consumo de Alcohol (CCPRCA)	74
--	---	-----------

	Apéndice D Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS)	76
--	--	-----------

	Apéndice E Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ)	79
--	---	-----------

	Apéndice F Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	82
--	---	-----------

	Apéndice G Escala Gráfica del (MOS y SCQ)	84
--	--	-----------

	Apéndice H Escala de Coma de Glasgow	87
--	---	-----------

	Apéndice I Consentimiento Informado	90
--	--	-----------

	Apéndice J Datos Descriptivos de los Cuestionarios (CCPRCA, MOS, SCQ y AUDIT)	91
--	--	-----------

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Coefficiente Alpha de Cronbach del Cuestionario Conducta Previa Relacionada (CCPRCA)	32
2	Coefficiente Alpha de Cronbach del Cuestionario Percepción del Estado de Salud (MOS)	33
3	Coefficiente Alpha de Cronbach del Cuestionario Confianza Situacional (SCQ)	33
4	Coefficiente Alpha de Cronbach de la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)	34
5	Factor Personal Biológico del Paciente que Sufrió Accidente Automovilístico	35
6	Factores Personales Sociodemográficos del Paciente que Sufrió Accidente Automovilístico	35
<hr/>		
7	Edad de Inicio, Cantidad y Tiempo Transcurrido Entre el Inicio de Consumo de Alcohol y el Momento del Accidente Automovilístico	36
8	Tipo de Consumo de Alcohol	37
9	Tipo de Trastornos por Uso de Alcohol	37
10	Prueba de Normalidad para las Variables Continuas de los Cuestionarios Conducta Previa, Percepción del Estado de Salud, Confianza Situacional y AUDIT	38
11	Coefficiente de Correlación de Spearman de las Variables Conducta Previa con Consumo de Alcohol	39
12	Coefficiente de Correlación de Spearman de las Variables Percepción del Estado de Salud con Consumo de Alcohol	40
13	Coefficiente de Correlación de Spearman de las Variables Autoeficacia Percibida con Consumo de Alcohol	43

14	Coeficiente de Correlación de Spearman de las Variables Conducta Previa con Autoeficacia Percibida	44
15	Coeficiente de Correlación de Spearman de las Variables Percepción del Estado de Salud con Autoeficacia Percibida	45
16	Regresión Lineal Simple Efecto de la Conducta Previa en el Consumo de Alcohol (AUDIT)	46
17	Efecto de La Conducta Previa en el Consumo de Alcohol (AUDIT)	46
18	Regresión Lineal Múltiple Efecto de los Factores Personales Biológicos y Socioculturales sobre el Consumo de Alcohol	48
19	Efecto de los Factores Personales Biológicos y Socioculturales sobre el Consumo de Alcohol	48
20	Regresión Lineal Simple Efecto de la Percepción del Estado de Salud sobre el Consumo de Alcohol	49
21	Efecto de la Percepción del Estado de Salud sobre el Consumo de Alcohol	49
22	Regresión Lineal Simple Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	51
23	Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	51
24	Regresión Lineal Múltiple Efecto de la Conducta Previa y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	52
25	Efecto de la Conducta Previa y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	53
26	Regresión Lineal Múltiple Efecto de Percepción del Estado de Salud y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	53
27	Efecto de la Percepción del Estado de Salud y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol	54

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Modelo de Promoción de la Salud (N. J. Pender, 1996)	11
2	Ubicación del Problema de Estudio en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) Pender (1996).	13
3	Esquema de Operacionalización de Variables del Estudio	14
4	Gráfica de Dispersión de las Variables Conducta Previa y Consumo de Alcohol	47
5	Gráfica de Dispersión de las Variables Percepción del Estado de Salud y Consumo de Alcohol	50
6	Gráfica de Dispersión de las Variables Autoeficacia Percibida y Consumo de Alcohol	52

RESUMEN

NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Fecha de Graduación

Marzo del 2001

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EL
CONSUMO DE ALCOHOL**

Número de Páginas: 94

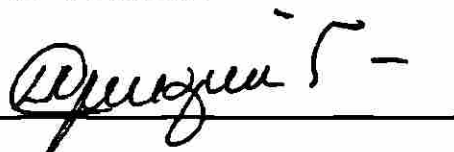
**Candidato para el Grado de Maestría
en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria**

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue determinar el efecto que tiene la Conducta Previa, los Factores Personales Biológicos y Socioculturales, la percepción del Estado de Salud y la Autoeficacia Percibida con el Consumo de Alcohol en personas que sufrieron accidentes automovilísticos. El estudio fue basado bajo la perspectiva teórica del Modelo Promoción de la Salud (MPS) (Pender, 1996). El tipo de muestreo fue aleatorio en un segmento en el tiempo, con un límite de error de estimación .05 y un nivel de confianza 95 %, cuando el parámetro a estimar es una proporción. Los instrumentos utilizados mostraron consistencia interna aceptable.

Contribución y Conclusiones: los resultados obtenidos permitieron verificar proposiciones teóricas del MPS al reportar efecto significativo la Conducta Previa con el Consumo de Alcohol ($F_{cal} = 62.07$, $p = .001$, $R^2 = 36 \%$), la Percepción del Estado de Salud con el Consumo de Alcohol ($F_{cal} = 22.87$, $p < .001$, $R^2 = 17 \%$) y la Autoeficacia Percibida con el Consumo de Alcohol ($F_{cal} = 60.62$, $p < .001$, $R^2 = 36 \%$). Así mismo la Conducta Previa y la Autoeficacia Percibida ($F_{cal} = 54.30$, $p < .001$, $R^2 = 50 \%$) y la Percepción del Estado de Salud y la Autoeficacia Percibida ($F_{cal} = 33.60$, $p < .001$, $R^2 = 38 \%$) afectaron en forma significativa el Consumo de Alcohol. El 55 % de los sujetos tienen un Consumo de Alcohol excesivo, el 47.3 % son dependientes y 58.2 % tienen daño por su forma de beber. La media en la edad de inicio de Consumo de Alcohol fue de 17.65 años, las copas ingeridas antes del accidente reportó una media de 8.3 y el tiempo transcurrido entre el inicio de Consumo de Alcohol y el momento del accidente reportó una media de 4.3 horas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Las lesiones provocadas en gran parte por el aumento de accidentes automovilísticos ha sido planteado como uno de los retos emergentes que el país enfrenta como resultado de los procesos de industrialización y urbanización (Frenk, Lozano & González, 1994).

A nivel mundial los accidentes de tipo automovilísticos son la causa principal de mortalidad, en 1980 fallecieron dos millones de personas por esta causa. En América Latina el 60 por ciento de la mortalidad ocurre por accidentes automovilísticos, en México estos se han incrementado en forma importante (Glizer, 1993). En Monterrey los accidentes automovilísticos por causa del alcohol representan un serio problema de Salud Pública (SS, 2000); los programas preventivos como el conductor designado y el operativo antialcohólico no han sido del todo efectivos ya que los accidentes automovilísticos por causa del consumo de alcohol continúan en aumento.

El consumo de alcohol es un estilo de vida que se asocia con la ocurrencia de accidentes automovilísticos, pues ante ciertos niveles de concentración de alcohol en la sangre, se alteran distintos aspectos psicomotores del conductor,

por lo que éste pierde su capacidad para desarrollar las numerosas habilidades necesarias en la conducción del automóvil (Rosovsky, 1993). Otras consecuencias que produce son alteraciones en su salud y en la familia ya que los accidentes automovilísticos generan secuelas físicas y psicológicas con repercusiones económicas en la familia y en las instituciones (Sainz, Bautista, Corella, Cortina & González, 1999).

El consumo de alcohol ha sido estudiado como una conducta no saludable y como un factor de riesgo en todos los tipos de accidentes particularmente los automovilísticos. En la mayoría de las investigaciones de accidentes reportan que del 30 a 40 por ciento de los accidentes automovilísticos están relacionados con el alcohol Dyehouse y Sommers (1995).

Rojas (1979) reporta que el consumo de alcohol puede tener implicaciones legales pues los sujetos que ingieren bebidas alcohólicas pueden incurrir con frecuencia en conductas delictuosas como ser autores de accidentes de tránsito, suicidio, o tienen la probabilidad de ser víctimas de algún delito de violación y robo, entre otros.

Rivera, Jukovich y Gurney (1993) reportaron que los pacientes intoxicados por alcohol y que sufrieron lesiones tienen un riesgo relativo 2.5 veces mayor de readmisión al hospital por lesiones que aquellos no intoxicados.

Glizer (1993) menciona que por lo general las víctimas de los accidentes son adolescentes y adultos jóvenes que viven rodeados por campañas publicitarias que día a día amenazan a la población, invitándolos a que consuman alcohol para verse y sentirse mejor como una moda actual.

Martínez (1985) refiere que de acuerdo a lo establecido en Medicina Legal cualquiera que haya sido la cantidad de alcohol ingerida por el sujeto esta se elimina dentro de 24 horas después de su ingestión, por lo que el sujeto que lo

haya consumido corre el riesgo de tener accidentes durante el transcurso de ese tiempo.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó que el 66 por ciento de la población urbana entre 12 y 65 años consumen alcohol, el 77 por ciento son hombres, el 57.5 por ciento son mujeres, el 41.6 por ciento consumen alcohol ocasionalmente pero en cantidades grandes de 5 copas por ocasión (OPS, 1998).

Caraveo, Colmenares y Saldivar (1999) reportó que la edad de inicio de consumo de alcohol ocurre entre los 16 y 18 años de edad y que el 95 por ciento de la población ha consumido por lo menos una copa de alcohol en su vida.

Boreges, Medina, Cherpitel, Casanova, Mondragón y Romero (1999) y López (1998) reportaron diferencias significativas de la edad, sexo, estado civil, nivel educativo y la ocupación de los accidentados con los patrones de consumo de alcohol en sujetos atendidos en salas de urgencias en tres instituciones hospitalarias.

La experiencia previa que posee el individuo sobre el consumo de alcohol es parte del desarrollo psicosocial y se socializa por medio de modelos de consumo, por las actitudes y expectativas de la familia y amigos. Además en los grupos donde se llega sin restricción a la ebriedad es más fácil adoptar conductas inapropiadas hacia el consumo de alcohol que en aquellos que lo consumen sensatamente, así los individuos aprenden a consumir alcohol en un principio por medio de la observación, por comentarios de los amigos y posteriormente por experiencias propias (Barriga, 1999).

Aas, Klepp, Laberg y Aaro (1995) reportaron que los que tienen mayor experiencia de consumo de alcohol poseen menor autoeficacia para dejar de beber.

Pender (1996) menciona que la conducta previa promotora de salud esta dada por la frecuencia de la misma conducta, conductas similares en el pasado, la formación de hábitos y fuerza del hábito, por lo que la conducta previa afecta directa o indirectamente en la probabilidad de realizar conductas promotoras.

La autoeficacia percibida influye en la selección de conductas, establecimiento de metas, esfuerzo para la realización de metas, y persistencia del esfuerzo frente a la dificultad. Los sujetos con creencias y convicciones de mantener un estilo de vida positivo ante la bebida son capaces de resistirse a beber en situaciones específicas (Skutle, 1999 & Trpp, 1997).

Duffy (1997) reporto que la autoeficacia percibida, la creencia en la competencia personal de uno para llevar a cabo una acción específica está positivamente relacionada a la realización de conductas promotoras de salud.

Skutle (1999) menciona que los paciente alcohólicos tienen significativamente menos confianza en lidiar con las situaciones interpersonales e intrapersonales de autoeficacia percibida para resistir el consumo de alcohol.

Bandura (1986) señala que las personas con un alto sentido de autoeficacia tienden a aproximarse más a tareas de cambio y a mantenerlas, realizar mayor esfuerzo y una larga persistencia ante los obstáculos, barreras y adversidades o estímulos estresantes que se les presentan.

Stein, Mulvey, Plough y Samet (1998) reportaron que los pacientes que consumen alcohol y drogas tienen puntuaciones más baja de percepción del estado de salud en forma significativa en comparación con los pacientes que

tienen enfermedad crónica; así mismo las mujeres califican menor la percepción del estado de salud que los hombres.

Estos estudios permiten conocer algunos factores que influyen en el consumo de alcohol y accidentes automovilísticos tales como la edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico, escolaridad y experiencias previas. La percepción del estado de salud y la autoeficacia percibida solo se ha estudiado en personas que buscan tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol y otras drogas (Aas, Klepp, Laverg & Aaro, 1995; Stein et al., 1998; Vega & Garrido, 2000; Skutle, 1999; Goldbeck, Myatt & Aitchison, 1997; Altisent, Córdoba, Delgado, Pico, Melús, Aranguren, Alvira, Barberá, Morán & Reixa, 1997; Fernández, Bermejo, Alonso, Herreros, Nieto, Novoa & Marcelo, 1997; Córdoba, Delgado, Pico, Altisent, Fores, Monreal, Frisas & López, 1998).

Sin embargo no se ha estudiado el consumo de alcohol como estilo de vida ni la influencia de la conducta previa, factores personales de tipo biológico, psicológico y sociocultural, y la autoeficacia percibida en conductores que sufrieron accidentes automovilísticos bajo el efecto del alcohol.

El consumo de alcohol es un estilo de vida dado que es una conducta aprendida por imitación un modo de vida culturalmente asociado a múltiples acontecimientos de la vida de la persona esta puede ser saludable o no, por lo tanto el Modelo Promoción de la Salud es una perspectiva que permite estudiar los estilos de vida a partir de sus conceptos para describir y explicar este fenómeno.

El Modelo Promoción de la Salud, Nola J. Pender (1996) como sustento teórico explica el consumo de alcohol como un estilo de vida a través de la conducta previa, los factores personales biológicos, socioculturales, psicológico

y la autoeficacia percibida en personas que sufrieron accidente automovilístico admitidos en la sala de urgencias de una institución hospitalaria.

Por otra parte el investigador en su práctica profesional en el servicio de urgencias ha participado en la atención de las lesiones físicas en los pacientes que sufren accidentes automovilísticos causado por el alcohol sin conocer cual ha sido el consumo de alcohol previo al accidente.

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

¿De que manera la conducta previa, los factores personales y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico?



1.2 Propósito General

El propósito del estudio fue determinar el efecto que tienen la conducta previa, los factores personales y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

1.3 Importancia del Estudio

El estudio contribuye a la disciplina ya que permitió la verificación empírica de los conceptos teóricos; conducta previa relacionada, factores personales, autoeficacia percibida y resultado conductual del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) conceptos que hasta el momento no han sido estudiados

en relación al consumo alcohol y accidentes automovilísticos en población mexicana.

Los resultados del estudio podrán servir de base y permitir en un futuro el diseño de estudios de intervenciones de Enfermería.

1.4 Limitaciones del Estudio

Una de las limitaciones es que los resultados obtenidos del presente estudio solo pueden generalizarse para grupos similares al estudio.



1.5 Marco Teórico

1.5.1 Modelo Promoción de la Salud de Nola J. Pender (1996)

La base teórica que sirvió de guía para la presente investigación fue el Modelo Promoción de la Salud este ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con su medio ambiente integra varios constructos de la teoría de valor de la expectativa por Feather que se basa en la motivación humana y la teoría del aprendizaje social (cognoscitiva social) que postula la relación del proceso cognitivo y la modificación conductual.

El MPS (1982) fue propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de salud. Es un modelo predictivo, explicativo y describe las

conductas de salud que son aquellas acciones motivadas por el deseo de proteger o promover la salud.

El Modelo Promoción de la Salud esta constituido por tres constructos.

1. Las Características y Experiencias Previas

Cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes, este primer constructo incluye:

La Conducta Previa Relacionada: es el mejor predictor de la conducta, es la frecuencia de la misma conducta o conductas similares en el pasado. La conducta previa se relaciona y tiene efecto directo o indirecto con la probabilidad de realizar las conductas promotoras de salud.

Los Factores Personales: predicen una conducta dada, son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo. Influyen directamente en las cogniciones y afectos específicos de la conducta, así como en la conducta promotora de salud. Los factores personales son clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

2. Las Cogniciones y Afectos Específicos de la Conducta

Son consideradas variables de mayor significancia motivacional porque constituyen el núcleo crítico para la intervención y son las que están sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería este constructo contiene los siguientes conceptos.

Los Beneficios Percibidos de la Acción: son representaciones mentales de las consecuencias positivas o reforzadoras de una conducta, motivan directamente la conducta e indirectamente a través de la determinación del grado de compromiso con un plan de acción para la realización de las conductas a partir de la cual resultarán los beneficios.

Las Barreras Percibidas para la Acción: son considerados como bloques, obstáculos y costos personales para emprender una acción dada.

La Autoeficacia Percibida: es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción. Se refiere no a la capacidad que uno tiene, sino a los juicios que uno puede hacer con cualquier habilidad que uno posee.

El Afecto Relacionado a la Actividad: son los estados de sentimientos subjetivos que ocurre antes, durante y después de una conducta. Las conductas asociadas al afecto positivo tienden a ser repetidas, mientras que las asociadas al afecto negativo tienen la probabilidad de ser evitadas.

Las Influencias Interpersonales: son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actividades de otros. Las fuentes principales son la familia, los grupos de iguales y los proveedores de atención a la salud.

Las Influencias Circunstanciales: incluyen las percepciones de las opciones disponibles, las características de demandas y las características estéticas del medio ambiente que pueden facilitar o inhibir una determinada conducta promotora de salud.

3. Resultado Conductual

Este constructo incluye los siguientes conceptos:

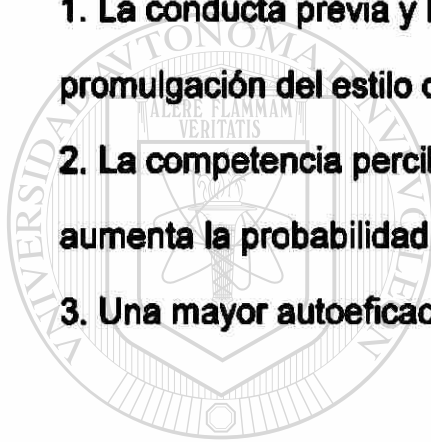
Compromiso con un Plan de Acción: es un evento conductual e implica procesos cognoscitivos subyacentes, específicos en un tiempo y lugar: son estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta.

Las Demandas y Competencias Contrarias: se refieren a las conductas alternativas que se introducen a la fuerza en la conciencia como recursos posibles de acción inmediatamente antes de la aparición pretendida de una conducta de salud planeada.

La Conducta Promotora de la Salud: es el punto final o resultado de acción en el Modelo Promoción de la Salud, está dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud cuando están integradas a un estilo de vida saludable, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida (ver Modelo de Promoción de la Salud, 1996. Figura 1).

Pender (2000) propone 15 proposiciones teóricas de las cuales tres se incluyeron en esta investigación

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en la promulgación del estilo de vida.
2. La competencia percibida o autoeficacia para ejecutar una conducta dada aumenta la probabilidad de realizar un mejor estilo de vida.
3. Una mayor autoeficacia percibida da como resultado un mejor estilo de vida.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



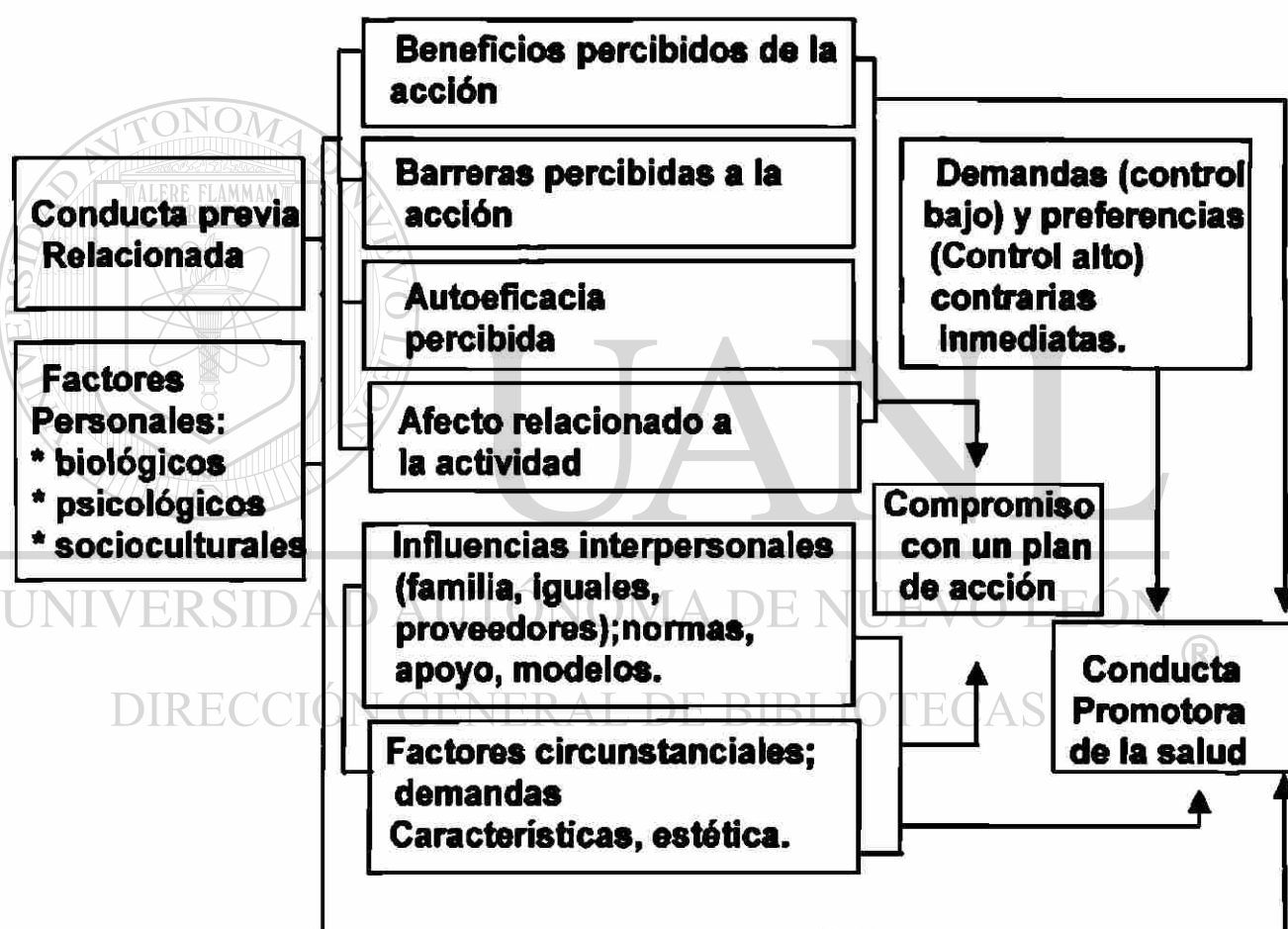
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Figura 1

**Características
y Experiencias
individuales**

**Cogniciones y afectos
Específicos de la conducta**

**Resultado
Conductual**



Modelo de Promoción de la Salud (N. J. Pender, 1996)

1.5.2 Ubicación del Problema de Investigación en el Modelo de Promoción de la Salud

De acuerdo al problema de investigación se seleccionaron cuatro conceptos del Modelo Promoción de la Salud (1996) para explicar el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

Del constructo características y experiencias individuales se estudio la conducta previa relacionada, factores personales de tipo biológico: edad y sexo; socioculturales: estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, ingreso económico, antecedentes de accidentes automovilísticos y alcohol; de tipo psicológico: el estado de salud percibido. Del constructo cogniciones y afectos específicos de la conducta se estudio la autoeficacia percibida y del constructo resultado conductual se estudió como estilo de vida el consumo de alcohol, para lo cual se ubica el problema de estudio en el Modelo.

Se espera que la conducta previa y los factores personales afecten directamente el consumo de alcohol, de igual forma la autoeficacia percibida afecte directamente el resultado conductual. También se espera que en conjunto la conducta previa y la autoeficacia percibida, y la percepción del estado de salud mas la autoeficacia percibida afecten el estilo de vida consumo de alcohol (figura 2).

1.5.3 Estructura Conceptual Teórica Empírica

La estructura conceptual teórica empírica para la operacionalización de las variables del estudio se derivó de los constructos del (MPS) Pender (1996) (Apéndice A). Se utilizó cuatro definiciones conceptuales de la autora de donde se derivaron los conceptos teóricos seleccionados.

Para el nivel empírico la medición de las variables se realizó con cinco instrumentos representados en la figura 3.

Figura 2

UBICACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO EN EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (MPS) Pender (1996).

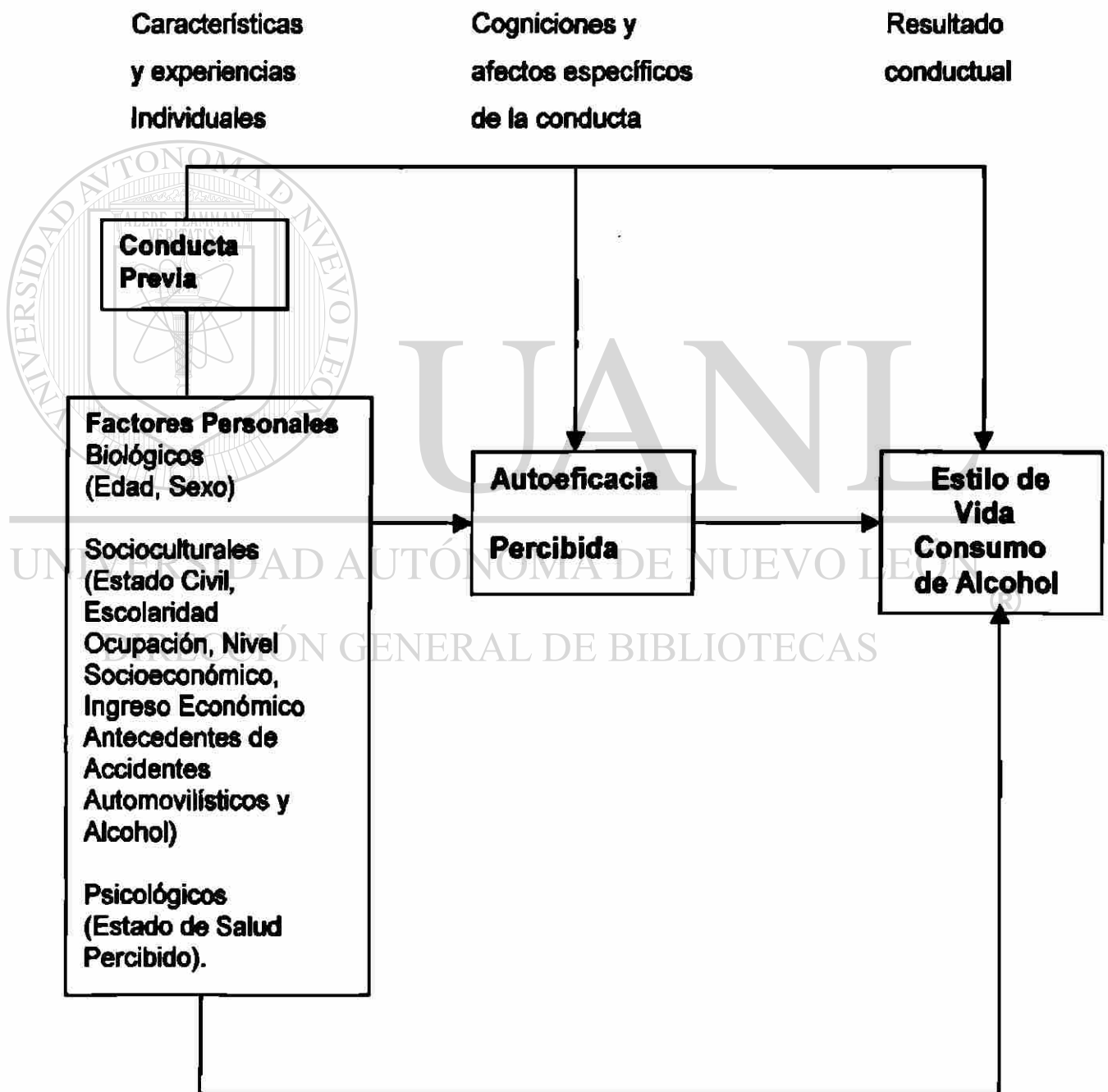
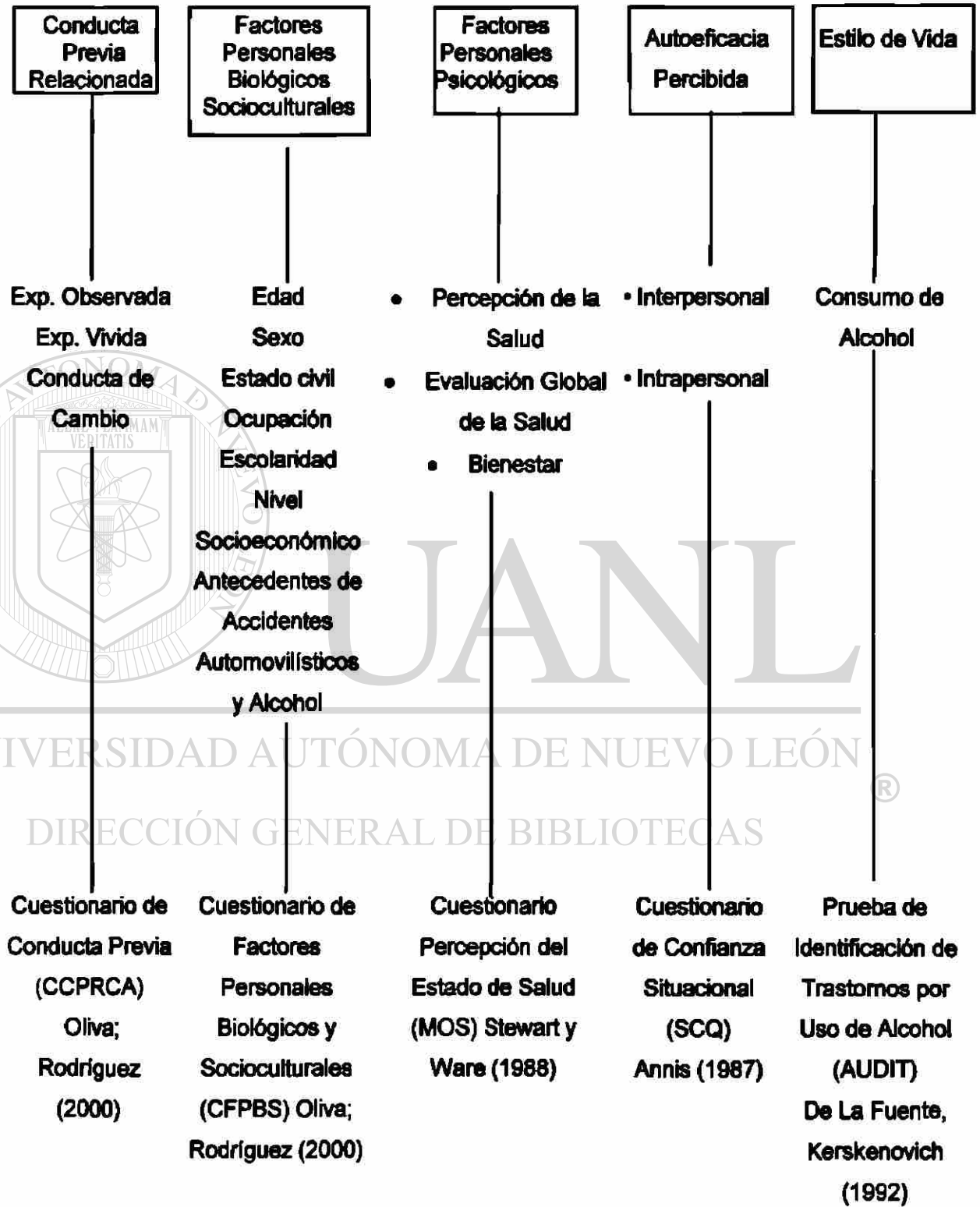


Figura 3
Esquema de Operacionalización de Variables del Estudio



Oliva; Rodríguez, 2000

1.6 Definición de Términos

Para el presente estudio se consideran los siguientes términos:

Conducta Previa Relacionada

Es la experiencia observada, vivida y de cambio que percibe del pasado el adulto en relación al consumo de alcohol. Se midió a través del Cuestionario Conducta Previa Relacionada al Consumo de Alcohol (CCPRCA, 2000).

Factores Personales Biológicos

Son factores de índole estructural y funcional que no pueden ser modificados y que pueden influir en el consumo de alcohol, se consideran la edad y sexo, se midió a través del Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS, 2000).

Factores Personales Socioculturales

Son factores que conforman el marco de referencia social, económica y cultural, donde se desarrolla la persona e interactúa con diferentes grupos sociales haciendo diferente un grupo de otro y que pueden influir en el consumo de alcohol en límites sensatos. Se consideraron el estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, ingreso económico y antecedentes de accidentes automovilísticos y alcohol estos fueron medidos a través del Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS, 2000).

Factores Personales Psicológico

Son factores cognitivos, emotivos y actitudinales que pueden influir en forma positiva y negativa sobre la conducta específica de la persona. Se estudió el

estado de salud percibido como factor que influye en el consumo de alcohol, se utilizó el cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS) Stewart y Ware (1988).

Autoeficacia Percibida

Es el juicio de la capacidad personal de los adultos para resistir con éxito el ingerir alcohol en situaciones específicas. Se midió a través del Instrumento Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ) Annis (1987).

Consumo de Alcohol

Es el estilo de vida que ha desarrollado el adulto con respecto al consumo de alcohol en relación a la frecuencia y cantidad, dependencia y daño en personas que sufrieron accidente automovilístico bajo el efecto del alcohol. Se midió a través de la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) De la Fuente y Kershenobich (1992).

1.7 Estudios Relacionados

1.7.1 Conducta Previa Relacionada

Aas, Klepp, Laverg y Aaro (1995) En su estudio de intervención para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes reportaron que, quienes tenían mayor experiencia de consumo de alcohol poseían menor autoeficacia para dejar de beber en este mismo sentido Barriga (1999) plantea que la experiencia previa que posee el individuo sobre el consumo de alcohol

moderado es influenciado por modelos, actitudes y expectativas del entorno familia, amigos y experiencias propias que tiene la persona.

1.7.2 Factores Personales

El 95 por ciento de los hombres y el 85 por ciento de las mujeres han consumido una copa de alcohol en su vida y han iniciado su consumo a los 16 y 18 años de edad en promedio respectivamente (Caraveo et al., 1999). Por otra parte se ha reportado que los pacientes accidentados por causa del alcohol admitidos en la sala de urgencias de tres hospitales el 42 por ciento eran menores de 30 años y el 52 por ciento eran del sexo masculino. El 56.4 por ciento estaban casados y 25.5 por ciento eran solteros. El 29 por ciento con estudios de primaria y el 24.1 por ciento con secundaria, la ocupación que dio lugar a los mayores porcentajes fue la de empleado y obrero, así mismo la mayoría había ingerido alcohol seis horas antes del accidente. Borges, et al. (1999).

López (1998) reporto diferencias significativas ($p \leq .001$) entre los patrones de consumo de alcohol y el sexo donde predominó el masculino con un 80.8 por ciento ($\chi^2 = 91.40$, $gl = 3$), respecto a la edad el 40 por ciento fue entre 15 y 24 años, en menor frecuencia los mayores de 55 años ($\chi^2 = 57.39$, $gl = 12$), en relación a la escolaridad con el consumo de alcohol se obtuvo ($\chi^2 = 34.61$, $gl = 12$) el 38.1 por ciento contaba con primaria mientras que el 4.9 por ciento no tenía escolaridad, la ocupación fue mayor en obreros y empleados con 77.4 por ciento ($\chi^2 = 99.23$, $gl = 18$), de acuerdo al ingreso económico percibido la mayor frecuencia fue para un salario mínimo y menor frecuencia de

cinco o más salarios mínimos ($\chi^2 = 46.17$, $gl = 12$) el estado civil reportado fue con pareja en el 51.7 por ciento de los casos.

1.7.3 Percepción del Estado de Salud

Stein, Mulvey, Plough & Samet (1998) reportaron correlaciones significativas de la percepción del estado de salud en personas que buscan tratamiento por uso de alcohol y droga ($r = .60$, $p < .001$).

La percepción del estado de salud fue auto valorado en forma significativa como bueno por bebedores, el 74.4 por ciento de los bebedores excesivos aumentan su consumo con la edad y la disminuyen a partir de los 65 años de edad, establecen su consumo a la edad de 36 a 65 años ($p < .01$) tanto los bebedores ligeros y excesivos en conjunto valoraron su salud como buena ($OR = 3.5$, $IC = 95\%$, $p < .05$) y la magnitud de esta asociación aumenta con la edad (Delgado, Sousa, Rigo, Sánchez, Vilorio, Bello, Alvar, Almazán, Verde, Muñoz, Asencio, Gimeno & Martínez, 1997).

En un grupo de adolescentes que utilizan alcohol y tabaco reportaron tal asociación entre la percepción del estado de salud y los patrones de consumo de alcohol y tabaco, percibieron buena salud el 69.1 por ciento los que consumían menor cantidad de alcohol y tabaco, y los que la percibieron regular o mala su salud fueron los que consumían mayor cantidad de alcohol y tabaco (Alvarado & Toledo, 1999).

1.7.4 Autoeficacia Percibida

Vega y Garrido (2000) estudiaron la valoración de una intervención sobre el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes; determinaron que la autoeficacia

influyo significativamente para resistirse a situaciones que incitan el consumo de bebidas ($F= 7.40, p \leq .01$).

Skutle (1999) reporto que la gravedad del abuso y los beneficios psicológicos tuvieron una correlación inversa significativa con la autoeficacia en varones alcohólicos ($p < .05$) lo que concluye que los alcohólicos graves tuvieron significativamente menos confianza en lidiar con las situaciones interpersonales e intrapersonales de autoeficacia, esta representó el 74.9 por ciento de la varianza.

Goldbeck, Myatt y Aitchison (1997) reportaron correlaciones significativas de la autoeficacia como predictor de la abstinencia en un estudio de intervención con pacientes bebedores. Los pacientes expresaron significativamente mayor confianza en permanecer abstemios ($p < .001$), expresaron menor dificultad para mantenerse abstemios ($p < .01$) y clasificaron su grado de motivación significativamente mas alta ($p < .001$).

Altisent, Córdoba, Delgado, Pico, Melús, Aranguren, Alvira, Barberá, Morán y Reixa (1997) en su estudio multicentrico de intervención donde utilizaron la autoeficacia para prevención del alcoholismo, al año de seguimiento reportaron diferencias significativas, los bebedores disminuyeron su consumo de alcohol por debajo del límite de riesgo ($p \leq .003$), el 82 por ciento del grupo de intervención y el 47 por ciento grupo control (IC = 95 %, $p \leq .05$). De la misma forma un estudio de intervención sobre el consejo médico de autoeficacia logró reducir el porcentaje de bebedores excesivos y bebedores sensatos ($p \leq .007$). Fernández, Bermejo, Alonso, Herreros, Nieto, Novoa y Marcelo (1997).

Córdoba, Delgado, Pico, Altisent, Fores, Monreal, Frisas y López (1998) como resultado del meta análisis sobre la autoeficacia de la intervención breve en bebedores con riesgo, reportaron que los grupos con intervención breve

presentaron en conjunto una relación de consumo de 12 ud. semanales (96 gr. de alcohol) respecto al grupo control, en el grupo experimental una media de 25.3 con una DE de 19.5 con respecto al grupo control (ME = 36.9, DE = 22.9, IC = 95 %, $p \leq .005$).

1.8 Hipótesis

- 1. La conducta previa relacionada afecta el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**
- 2. Al menos uno de los factores personales biológicos (edad y sexo) y socioculturales (estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico, antecedentes de accidentes automovilísticos y alcohol) afectan el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**
- 3. El estado de salud percibido afecta el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**
- 4. La autoeficacia percibida afecta el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**
- 5. La conducta previa relacionada y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**
- 6. El estado de salud percibido y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.**

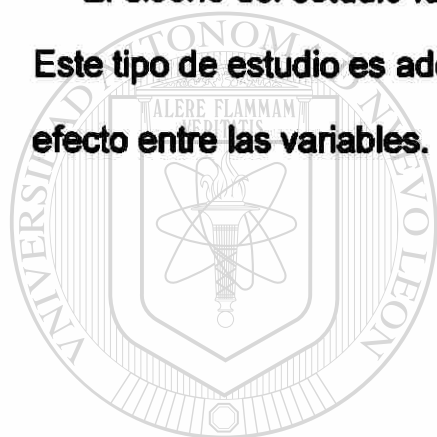
CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de Investigación

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1997).

Este tipo de estudio es adecuado cuando se quiere describir las relaciones y el efecto entre las variables.



2.2 Universo

UANL

El universo estuvo conformado por una población de personas que sufrieron accidente automovilístico y consumieron alcohol previo al accidente, internados en un Hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

2.3 Plan de Muestreo y Muestra

El tipo de muestreo fue aleatorio de un segmento en el tiempo, con un límite de error de estimación aproximado de .05 y un nivel de confianza de 95 por ciento, cuando el parámetro a estimar es una proporción. Se trabajo con una

potencia para una regresión simple con un $\alpha = .05$, para una prueba bilateral con al menos una potencia de .96, para una regresión múltiple de dos variables con una potencia de .99 y para una regresión múltiple de ocho variables con una potencia de .94.

El tamaño de la muestra estuvo conformada por 110 personas que sufrieron accidentes automovilísticos admitidos en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León.

2.4 Criterios de Inclusión

- **Personas de ambos sexos.**
- **Que hayan sufrido un accidente automovilístico y sean el conductor.**
- **Que hayan consumido alcohol previo al accidente.**
- **Que las lesiones sufridas en la persona no requieran observación en unidad de cuidados intensivos.**
- **Que se encuentren clínicamente en condiciones de responder las preguntas que se le hagan durante su estancia hospitalaria.**
- **Que no haya provocado muerte a otros.**
- **Que la valoración de la escala de coma de Glasgow (Tintinalli, Ruiz & Krome 1997) sea con un puntaje de 15.**

2.5 Material

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron cinco, los dos primeros diseñados por el investigador y los tres siguientes diseñados y probados por otros autores.

2.5.1 Cuestionario de Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS).

Este cuestionario consta de 12 preguntas que corresponden a datos biológicos y socioculturales que incluyen; edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico e ingreso económico, antecedentes automovilísticos y alcohol (Apéndice B).

2.5.2 Cuestionario de Conducta Previa Relacionada al Patrón de Consumo de Alcohol (CCPRCA).

Consta de 17 preguntas con escala tipo Likert que miden la experiencia previa respecto al consumo de alcohol consta de tres categorías:

a) La experiencia observada sobre el consumo de alcohol en la familia y amigos que consta de las preguntas de la 1 a la 8, b) La experiencia vivida sobre el consumo de alcohol que consta de las preguntas de la 9 a la 12 y c) La conducta previa al cambio de consumo de alcohol que consta de las preguntas de la 13 a la 17. La escala tiene cuatro tipos de respuestas que van del 1 que corresponde a nunca es mi caso, el número 2 algunas veces es mi caso, el número 3 frecuentemente es mi caso y el número 4 que corresponde a siempre es mi caso. Para fines estadísticos al cuestionario se le dio un valor del cero al cien donde el mayor puntaje indica una mejor conducta previa para evitar el consumo de alcohol, para mantener el sentido de la puntuación se invirtieron los reactivos del uno al doce (Apéndice C).

2.5.3 Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS).

Los autores reportan un Coeficiente Alpha de Cronbach de .81 a .88 (Stewart & Ware, 1988). Así mismo se ha utilizado en población mexicana por Gallegos (1996), Campa (1997), Cadena (1999) y Zamora (2000) con un Coeficiente Alpha de Cronbach de .88, .78, .75 y .86 respectivamente.

Es un cuestionario que mide la percepción del estado de salud consta de 20 reactivos con tres subdivisiones que representan seis conceptos de salud (Ware, 1989).

Salud Funcional: representa los conceptos de funcionamiento físico, funcionamiento social y rol. El funcionamiento físico valora las limitaciones debido a la salud en una variedad de actividades físicas, que van desde vigorosas hasta básicas con seis reactivos (7, 8, 9, 10, 11, 12), el funcionamiento social y el concepto de rol son valorados por las limitaciones debido a problemas de salud, con tres reactivos (1, 13, 14).

Para alcanzar un valor máximo de 44 y un valor mínimo de 7.

II. Bienestar: representa los conceptos de salud mental y dolor. La salud mental valora la angustia psicológica y bienestar con cinco reactivos (2, 3, 4, 5, 6) y Dolor que valora las diferencias en el malestar físico con el reactivo (20).

Para alcanzar un valor máximo de 35 y un valor mínimo de 6.

III. Evaluación de la Salud: representa el concepto de percepción de salud que valora las propias calificaciones de los pacientes acerca de su salud actual en general con cinco reactivos (15, 16, 17, 18, 19).

Para alcanzar un máximo de 29 y un valor mínimo de 5.

La escala de los reactivos del 1 al 12 y del 15 al 18 tiene seis respuestas que van del número 1 que corresponde a todo el tiempo, el número 2 la mayor parte del tiempo, el número 3 buena parte del tiempo, el número 4 algo de tiempo, el número 5 poco tiempo y el número 6 nada de tiempo. Los reactivos 13 y 14 tienen tres tipos de respuesta donde el número 1 es si por más de tres meses, el número 2 sí por tres meses o menos y el número 3 no, el reactivo 19 tiene cinco tipos de respuesta donde el número 1 es excelente, el número 2 es muy buena, el número 3 buena, el número 4 regular y el número 5 deficiente y el reactivo 20 tiene cinco tipos de respuesta donde el número 1 es ninguno, el número 2 muy leve, el número 3 leve, el número 4 moderado y el número 5 grave.

El cuestionario tiene un valor máximo de 108 puntos lo que indica mejor percepción del estado de salud y un valor mínimo de 18 puntos lo que representa una menor percepción del estado de salud. Para mantener el sentido de la puntuación se invirtieron las preguntas 3, 5, 13, 14, 17, 18, 19 y 20 (Apéndice D).

2.5.4 Cuestionario de Confianza Situacional (SCQ).

Este cuestionario mide la autoeficacia que tiene el individuo de estar seguro que resiste ingerir alcohol en situaciones específicas consta de 39 reactivos, el autor reporta un Coeficiente Alpha de Cronbach de .98 para la escala total (Annis, 1987). Abarca dos subescalas las intrapersonales e interpersonales. La subescala: intrapersonal son las preguntas 1 al 3, del 7 al 13, del 17 al 23, del

27 al 33 y del 36 al 39, abarca cinco categorías: Estados Emocionales Negativos, Estados Físicos Negativos, Estado Emocional Positivos, Impulsos y Tentaciones y Prueba de Control Personal. La subescala interpersonal son las preguntas del 4 al 6, de la 14 a la 16, de la 24 a la 26 y de la 34 a la 35 abarca tres categorías: Problemas Sociales en el Trabajo, Presión Social para Beber y Estados Emocionales Placenteros con los demás; el cuestionario original tiene seis tipos de respuestas: con cero por ciento, 20 por ciento, 40 por ciento, 60 por ciento, 80 por ciento y 100 por ciento que valoran el por ciento de confianza con que cuenta la persona para resistirse a ingerir alcohol en situaciones especiales. Por fines estadísticos en esta investigación los tipos de respuestas se cambiaron usando una escala tipo Likert con respuestas que van del uno al seis, donde el número 1 se refiere A Seguro Que No Podría, el número 2 corresponde a No Podría, el número 3 corresponde A Veces No Podría, el número 4 corresponde A veces Si Podría, el número 5 corresponde a Si Podría y el número 6 Seguro Que Si Podría resistir ingerir alcohol. (Apéndice E).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

2.5.5 Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

Este cuestionario fue probado en población Mexicana con una sensibilidad de 80 por ciento y una especificidad de 89 por ciento, con un valor promedio predictivo positivo de 60 por ciento y un valor promedio predictivo negativo de 95 por ciento.

Consta de 10 reactivos, examina el uso de alcohol durante los últimos 12 meses y los problemas que ocurrieron a partir de la bebida. Consta de tres

dominios, de la pregunta número 1 a la 3 se refieren a la frecuencia, cantidad del consumo de alcohol, se usa para determinar si la persona está bebiendo más del límite sensato y explora el área de lo que podría llamarse como excesivo. Los reactivos del 4 al 6, exploran la posibilidad de que haya dependencia al alcohol y los reactivos del 7 al 10 se refieren a un consumo dañino de alcohol. Si la persona califica de 8 o más en el AUDIT, tiene problemas con su forma de beber, si califica de uno o más puntos en uno o todos los reactivos del 4 al 6 se considera que tiene signos de dependencia, una puntuación de uno o más en cualquiera de las preguntas de la 7 a la 10 en ausencia de síntomas de dependencia indica que la persona tiene un patrón dañino de bebida.

Las respuestas para el reactivo número 1 es el 0 que corresponde a nunca, el número 1 una vez al mes o menos, el número 2 dos o cuatro veces al mes, el número 3 corresponde a dos o tres veces por semana y el número 4 cuatro o más veces por semana, el reactivo el número 2 su respuesta va del 0 que corresponde a 1 o 2, el número 1 de 3 o 4, el número 2 de 5 o 6, el número 3 del 7 o 9 y el número 4 de 10 o más, los reactivos del 3 al 8 tienen cinco tipos de respuesta donde el número 0 es nunca, el número 1 corresponde a menos de una vez al mes, el número 2 es mensualmente, el número 3 semanalmente, el número 4 diario o casi diario y los reactivos 9 y 10 su respuestas van desde 0 que corresponde a no, el número 2 corresponde a sí, pero no en el último año y el número 4 que corresponde a sí en el último año.

El cuestionario mide desordenes en el consumo de alcohol y tiene un valor máximo de 40 puntos y un valor mínimo de cero puntos, el autor reporta que el mayor puntaje mas consumo de alcohol, dependencia y daño. Para esta investigación los reactivos se invirtieron con un valor del cero al cien donde a

mayor puntaje menor consumo de alcohol y a menor puntaje mayor consumo de alcohol. (Apéndice F).

Durante la entrevista se utilizarán gráficas de medición para los cuestionarios MOS y SCQ, para una mejor identificación en las respuestas. (Apéndice G).

2.6 Procedimiento

Antes de iniciar el estudio se obtuvo la autorización de la Comisión de Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Así mismo se solicitó la autorización por escrito del director y jefe de enfermeras del Hospital de Especialidades de Traumatología y Ortopedia N° 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Monterrey N.L., a la Delegación Regional del IMSS.

Se realizó una prueba piloto, con 30 sujetos que fueron admitidos en la sala de urgencias de una institución de salud con características similares a las del estudio, con los propósitos de medir la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach, así como conocer la claridad y comprensión de los reactivos, además del tiempo empleado para su aplicación.

La recolección de datos estuvo a cargo de la autora de la investigación y tres encuestadores que previamente se capacitaron.

Para la recolección de la información se acudió al servicio de urgencias donde se obtuvo un listado con el nombre, número de piso y número de cama de los pacientes que habían sido admitidos por accidentes automovilísticos. En

la sala de internamiento se reviso el expediente clínico el diagnóstico, notas médicas, notas de trabajo social, se verifico que el paciente accidentado bajo el efecto del alcohol fuera el conductor, que no hubiera dado muerte a otros. Así mismo corroboró la identidad del paciente y el motivo de ingreso, se procedió a la aplicación los cuestionarios cuando el paciente se encontraba consciente y pudiera responder a la entrevista, así mismo se cuidó en la entrevista que el equipo médico no se encontrara realizando procedimientos con el paciente, el sujeto fue abordado en su cama o en el pasillo dependiendo de su condición, se busco privacidad al momento de realizar las encuestas, para esto el entrevistador acudió entre 9:00 A:M a 12:30 P:M.

Se tomaron 24 horas como mínimo posterior al accidente para la aplicación de los instrumentos previa valoración de la escala de Glasgow (Apéndice H), que determina el estado de conciencia con un puntaje de 15, así mismo se consideraran los criterios de inclusión y el tiempo utilizado para la entrevista fue de 25 minutos.

Se solicito su participación voluntaria mediante el consentimiento informado (Apéndice I) se les explico el propósito del estudio y se les hizo hincapié de que la información proporcionada será confidencial respetando su anonimato.

En el proceso de la entrevista se estableció relación interpersonal y se pudo observar que el paciente demandaba mayor tiempo del entrevistador lo que implicaba atender preguntas acerca del consumo de alcohol y orientación de cómo dejar de beber. En su mayoría relataban que querían dejar de consumir alcohol por las consecuencias provocadas por accidente, así mismo mencionaban preocupación por el problema que estaban causando en su familia, por otra parte expresaban arrepentimiento por su forma de beber y manifestaban expresiones faciales de tristeza y dolor.

Al termino de la entrevista se retroalimentó la orientación sobre los factores de riesgo y medidas preventivas en relación al consumo de alcohol y accidentes automovilísticos agradeciendo su participación.

Se revisaron diariamente el llenado de los instrumentos, que estuvieran completos y debidamente codificados para realizar su captura en la base de datos.

2.7 Ética del Estudio

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987)

Se incorporaron las observaciones realizadas por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Se tomaron en cuenta para este estudio. Lo establecido en el título II, capítulo I, artículo 13 donde prevaleció el criterio del respeto a la dignidad humana y protección de sus derechos y bienestar. Al aplicar los cuestionarios se cuidó la forma en que estos se pregunten, de tal manera que no se juzgue la conducta de lo sujetos

Artículo 14, fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito, permitiendo al participante poder retirarse en el momento que lo decidiera, tomando en cuenta los artículos 20, 21 y 22.

Artículo 16, se protegió la privacidad y anonimato del participante. Los cuestionarios no llevaron nombre, número de cama ni número de piso, la lista

que previamente se obtuvo del área de urgencias no se relaciono en ningún momento con el paciente.

Artículo 17, fracción II, se considero que fue una investigación con riesgo mínimo debido a que se tratan aspectos de su conducta.

Durante la entrevista se contó con la colaboración de un psicólogo de la unidad en turno por el remoto caso de que así sucediera que algún paciente entrara en crisis.

2.8 Estrategia de Análisis

Para la captura de la información se utilizo el Programa Estadístico SPSS 9.0 (Statiscal Package for the Social Sciences). A través del análisis estadístico, se obtuvieron estadísticas descriptivas como frecuencias, proporciones, medias, medianas e índices para las variables, se utilizo el Coeficiente Alpha de Cronbach para medir la consistencia interna de los instrumentos. Para el análisis estadístico inferencial se empleó la prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov, además se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, para la verificación de las hipótesis uno, tres y cuatro se utilizó regresión lineal simple y para la verificación de las hipótesis dos, cinco y seis se utilizó regresión lineal múltiple.

Los resultados se presentan a través de tablas de contingencia y figuras para lo que se utilizó el programa Word 2000 y Harvad Graphics.

CAPITULO III

3. RESULTADOS

Los resultados obtenidos corresponden al estudio realizado en conductores que presentaron accidentes automovilísticos bajo el efecto del alcohol y que fueron admitidos en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este capítulo comprende los siguientes apartados: Confiabilidad de los instrumentos, datos descriptivos de las variables sociodemográficas, datos descriptivos y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para los índices, correlaciones, regresión lineal simple y múltiple para la prueba de hipótesis.

3.1 Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados se muestran en las siguientes tablas. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 1

Coeficiente Alpha de Cronbach del Cuestionario Conducta Previa Relacionada (CCPRCA)

CUESTIONARIO	NÚMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
Experiencia observada	8	Del 1 al 8	.83
Experiencia vivida	4	Del 9 al 12	.77
Conducta previa al cambio	5	Del 13 al 17	.71
Escala Total	17	Del 1 al 17	.79

Fuente: CCPRCA

n = 110

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna del instrumento CCPRA por subescala y escala total. La subescala conducta previa al cambio fue la más baja con un Alpha de Cronbach .71, la más alta para la subescala experiencia observada con .83 y para la escala total .79.

Tabla 2

Coefficientes Alpha de Cronbach del Cuestionario Percepción del Estado de Salud (MOS)

CUESTIONARIO	NUMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
Salud Funcional	9	Del 1 al 7y 14	.91
Bienestar	6	Del 2 al 6 y 20	.71
Evaluación de la Salud	5	Del 15 al 19	.85
Escala Total	20	Del 1 Al 20	.90

Fuente: MOS

n = 110

En la tabla 2 el cuestionario MOS obtuvo un Alpha de Cronbach total de .90 observándose la consistencia interna menor en la subescala de Bienestar con .71 y la mayor de .91 para salud funcional.

Tabla 3

Coefficientes Alpha de Cronbach del Cuestionario Confianza Situacional (SCQ)

CUESTIONARIO	NUMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
I. INTRAPERSONAL	28	1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 36, 37, 38, 39	.94
Estados emocionales negativos	8	1,2,11,12,21,22,31,32	.85
Estados físicos negativos	4	3,13,23,33	.72
Situaciones sociales positivas	8	7,8,17,18,27,28,36,37	.94
Impulsos y tentaciones	4	9,19,29,38	.79
Prueba de control	4	10,20,30,39	.77
II. INTERPERSONAL	11	4, 5, 6, 14, 15, 16, 24, 25, 26,34, 35	.85
Problemas Sociales	3	14,24,34	.76
Presión social	5	4,5,15,25,35	.83
Emociones placenteras	3	6,16,26	.80
Escala Total	39	Del 1 al 39	.94

Fuente: SCQ

n = 110

La tabla 3 muestra la consistencia interna del SCQ el Alpha de Cronbach menor fue para la categoría de estados físicos negativos .72 y el Alpha de Cronbach mayor fue para la categoría de situaciones sociales positivas con .94 y para la escala total Alpha de Cronbach .94.

Tabla 4

Coeficientes Alpha de Cronbach de la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

CUESTIONARIO	NUMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS	ALPHA DE CRONBACH
Frecuencia y cantidad	3	Del 1 al 3	.79
Dependencia	3	Del 4 al 6	.58
Daño	4	Del 7 al 10	.71
Escala Total	10	Del 1 al 10	.87

Fuente: AUDIT

n = 110

La tabla 4 con el instrumento del AUDIT obtuvo una consistencia interna para la escala total de .87, obteniéndose la menor para la subescala de dependencia con .58 y la mayor para la frecuencia y cantidad con .79 Alpha de Cronbach.

3.2 Datos Descriptivos de los Factores Personales Biológicos y Socioculturales

Los datos descriptivos de los factores personales biológicos y socioculturales descritos en la tabla 5 y 6 incluyen edad, sexo, estado civil, años de estudio, ocupación, nivel socioeconómico, ingreso económico, antecedentes de accidentes automovilísticos y consumo de alcohol.

Tabla 5

Factor Personal Biológico del Paciente que Sufrió Accidente Automovilístico

Edad	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
Menor de 25	44	40.0	40.0
26 – 35	35	31.8	71.8
36 – 45	17	15.5	87.3
46 a más	14	12.7	100.0

Fuente: CFPBS

n = 110

En la tabla 5 se observa con respecto a la edad que el porcentaje mayor de personas que sufrieron accidente automovilístico corresponde a los sujetos menores de 25 años con un 40 por ciento y si se considera a los de 26 a 35 años el porcentaje se eleva hasta 71.8 por ciento. Con respecto al sexo predomina el masculino con 94.5 por ciento.

Tabla 6

Factores Personales Sociodemográficos del Paciente que Sufrió Accidente Automovilístico

Factores Personales Sociodemográficos	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)
ESTADO CIVIL		
Con pareja	48	43.6
Sin Pareja	62	56.4
AÑOS DE ESTUDIO		
Sin Escolaridad	5	4.5
Hasta 6 Años	23	20.9
Hasta 9 Años	38	34.6
10 o más años	44	40.0
OCUPACIÓN		
Sin Empleo	6	5.5
Empleado	69	62.7
Profesional	13	11.8
Obrero	22	20.0
NIVEL SOCIOECONÓMICO		
Bajo	18	16.4
Medio	46	41.8
Alto	46	41.8
INGRESO ECONÓMICO		
Hasta un Salario Mínimo	12	10.9
De 2 a 3 Salarios Mínimos	62	56.4
Más de cuatro salarios mínimos	36	32.7
Accidentes automovilísticos		
Uno	92	83.6
Dos	12	10.9
Tres	5	4.6
Cuatro	1	0.9

Fuente: CFPBS

n = 110

En la tabla 6 se reporta con respecto al estado civil que el mayor porcentaje de las personas que sufrieron accidente automovilístico fueron para los que no tienen pareja 56.4 por ciento. En relación a los años de estudio el 34.5 por ciento tiene hasta 9 años y el 40 por ciento cuenta con más de 10 años. De acuerdo a la ocupación el 62.7 por ciento se desempeñan como empleados. En relación al nivel socioeconómico el 41.6 por ciento corresponde al nivel socioeconómico medio y alto respectivamente. De acuerdo al ingreso económico obtenido a través de los salarios mínimos el 56.4 por ciento dijeron percibir hasta tres salarios mínimos y mas de cuatro salarios mínimos el 35.2 por ciento. En relación a los accidentes previos el 16.4 por ciento habían sufrido otro accidente automovilístico en el transcurso de un año.

Los datos descriptivos de los cuestionarios CCPRCA, MOS, SCQ Y AUDIT se presentan en (Apéndice J).

Tabla 7

Edad de Inicio, Cantidad y Tiempo Transcurrido entre el inicio de Consumo de Alcohol y el momento del Accidente Automovilístico

Variable	Media	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Edad de inicio de bebida	17.6	17	12	30
Copas ingeridas antes del accidente	8.3	5.50	1	40
Tiempo transcurrido antes del accidente	4.3	4	30 min.	10 horas

Fuente: CFPBS

n = 110

En la tabla 7 se observa que la edad de inicio de consumo de alcohol en los pacientes que sufrieron accidente a causa del alcohol fue de una media de 17 años, en relación a las copas ingeridas antes del accidente se obtuvo una

media de 8.3 copas y de acuerdo al tiempo transcurrido entre el inicio de consumo de alcohol y el accidente se presento una media de 4.3 horas.

Tabla 8

Tipo de Consumo de Alcohol

Clasificación	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)
Consumo Sensato	49	44.5
Consumo Excesivo	61	55.5

Fuente: AUDIT

n = 110

En la tabla 8 se observa el tipo de consumo de alcohol en las personas accidentadas observándose que el 44.5 lo hace en forma sensata y 55.5 por ciento tienen un consumo excesivo.

Tabla 9

Tipo de Trastorno por Uso de Alcohol

Dependencia	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)
Sin Dependencia	58	52.7
Con Dependencia	52	47.3
Daño	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)
Sin Daño	46	41.8
Con Daño	64	58.2
Dependencia Y Daño	Frecuencia Fr	Porcentaje (%)
Con Dependencia y Con Daño	47	42.7
Sin Dependencia y Con Daño	17	15.5
Con Dependencia y Sin Daño	5	4.5
Sin Dependencia y Sin Daño	41	37.3

Fuente: AUDIT

n = 110

En la tabla 9 se reporta el tipo de trastornos que tienen las personas que tuvieron accidente a causa del alcohol, el 47.3 por ciento tienen dependencia, el 58.2 tienen daño, con dependencia y con daño correspondieron el 42.7 por

ciento, el 15.5 por ciento sin dependencia y con daño y el 4.5 por ciento con dependencia y sin daño. El 37.3 por ciento corresponde a sin dependencia y sin daño.

3.3 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Tabla 10

Prueba de Normalidad para las Variables Continuas de los cuestionarios Conducta Previa, Percepción del Estado de Salud, Confianza Situacional y AUDIT.

Indice	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Desv. Estándar	K-SZ	Valor p
2. CCPRA	4.44	88.89	52.42	50.98	18.28	.922	.364
• Experiencia observada	00.00	100	37.42	33.33	23.20	1.52	.027
• Experiencia vivida	00.00	100	48.48	50.00	29.04	1.134	.153
• Conducta de cambio	00.00	100	26.56	76.66	27.34	2.267	.001
3. MOS	20.00	100	77.81	81.66	17.03	1.312	.064
• Salud Funcional	00.00	100	81.00	91.89	24.54	2.303	.006
• Bienestar	27.59	100	74.45	75.86	16.88	1.169	.130
• Evaluación de la salud	8.33	100	76.96	83.33	21.84	1.869	.002
4. SCQ	26.15	100	74.25	73.64	17.12	.758	.613
I. Intrapersonal	22.86	100	71.33	71.42	18.97	.770	.594
• Estados emocionales negativos	37.50	100	81.81	82.50	16.29	1.387	.043
• Estados físicos negativos	25.00	100	82.36	85.00	18.60	1.949	.001
• Estado emocional positivo	00.00	100	58.13	62.50	30.53	1.141	.148
• Impulsos y tentaciones	00.00	100	69.59	75.00	25.48	1.221	.101
• Prueba de control	00.00	100	71.50	75.00	24.75	1.309	.065
II. Interpersonal	14.55	100	81.66	80.00	15.14	1.186	.120
• Problemas sociales	00.00	100	85.45	86.66	17.87	2.153	.001
• Presión social	10.00	83.33	70.36	73.33	14.34	1.919	.001
• Emociones placenteras	00.00	100	73.27	80.00	26.22	1.920	.001
5. AUDIT	15.00	97.50	71.84	76.25	20.29	1.528	.019
• Frecuencia y Cantidad	00.00	91.67	50.07	50.00	23.85	1.800	.003
• Dependencia	33.33	100	87.80	100	17.18	3.025	.000
• Daño	6.25	100	76.19	81.25	26.44	2.456	.000

Fuente: CCPRA, MOS, SCQ, AUDIT

n = 110

En la tabla 10 se muestran los datos obtenidos de las variables continuas de los cuestionarios CCPRA, MOS, SCQ y AUDIT en el instrumento Conducta Previa la media más alta fue para la subescala experiencia vivida con 48.48 con mayor variabilidad en la misma con desviación estándar de 29.04. En el cuestionario percepción del estado de salud MOS la media más alta la obtuvo la

Tabla 13

Coeficiente de Correlación de Spearman de las Variables Autoeficacia Percibida con Consumo de Alcohol

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Autoeficacia Percibida	1														
2. Intrapersonal	.985**	1													
Valor p	.000														
3. Emociones Negativas	.745**	.722**	1												
Valor p	.000	.000													
4. Estados Físicos Negativos	.696**	.664**	.829**	1											
Valor p	.000	.000	.000												
5. Emociones Positivas	.824**	.882**	.384**	.324**	1										
Valor p	.000	.000	.000	.000											
6. Impulsos y Tentaciones	.887**	.886**	.598**	.583**	.726**	1									
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000										
7. Prueba de Control	.851**	.852**	.680**	.602**	.669**	.743**	1								
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000									
8. Intrapersonal	.847**	.784**	.703**	.686**	.583**	.721**	.677**	1							
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000								
9. Problemas Sociales	.684**	.619**	.781**	.831**	.321**	.557**	.650**	.784**	1						
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000							
10. Presión Social	.699**	.649**	.811**	.853**	.338**	.602**	.628**	.770**	.830**	1					
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000						
11. Emociones Placenteras	.639**	.573**	.382**	.285**	.612**	.536**	.484**	.771**	.374**	.287**	1				
Valor p	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.002					
12. AUDIT	.623**	.630**	.485**	.405**	.541**	.521**	.601**	.499**	.401**	.381**	.431**	1			
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
13. Frecuencia y Cantidad	.571**	.575**	.399**	.327**	.507**	.456**	.605**	.478**	.362**	.302**	.448**	.800**	1		
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.000	.000			
14. Dependencia	.584**	.571**	.515**	.498**	.416**	.469**	.525**	.516**	.480**	.421**	.403**	.807**	.669**	1	
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
15. Daño	.541**	.555**	.407**	.340**	.479**	.472**	.488**	.402**	.312**	.359**	.322**	.804**	.679**	.696**	1
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

n = 110

Fuente: SCQ

Correlación significativa 0.01**

Correlación significativa 0.05*

Tabla 14
Coefficiente de Correlación de Spearman de las Variables Conducta Previa con Autoeficacia Percibida

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Conducta Previa	1														
2. Experiencia Observada Valor p	.813**	1													
3. Experiencia Vivida Valor p	.813**	.655**	1												
4. Experiencia de Cambio Valor p	.181	-.233*	-.170	1											
5. Autoeficacia Valor p	.426**	.465**	.396**	-.102	1										
6. Intrapersonal Valor p	.433**	.480**	.405**	-.123	.986**	1									
7. Emociones Negativas Valor p	.228*	.295**	.174	-.078	.745**	.722**	1								
8. Estados Físicos Negativas Valor p	.378**	.227*	.154**	.072	.696**	.664**	.829**	1							
9. Emociones Positivas Valor p	.308**	.464**	.451**	-.121	.824**	.863**	.385**	.325**	1						
10. Impulsos y Tentaciones Valor p	.439**	.410**	.358**	-.102	.888**	.886**	.599**	.583**	.727**	1					
11. Prueba de Control Valor p	.441**	.445**	.335**	.074	.851**	.853**	.680**	.603**	.669**	.743**	1				
12. Interpersonal Valor p	.272**	.359**	.297**	.002	.848**	.764**	.703**	.687**	.584**	.722**	.677**	1			
13. Problemas Sociales Valor p	.267**	.274**	.190*	.068	.684**	.620**	.781**	.832**	.321**	.557**	.651**	.785**	1		
14. Presión Social Valor p	.191*	.204*	.146	.018	.700**	.649**	.812**	.854**	.338**	.602**	.629**	.770**	.831**	1	
15. Emociones Placenteras Valor p	.346**	-.293**	.323**	.044	.639**	.574**	.363**	.286**	.612**	.537**	.485**	.771**	.374**	.288**	1
	.000	.001	.001	.646	.000	.000	.000	.002	.002	.000	.000	.000	.000	.002	.000

n = 110

Fuente: CCPRCA y SCQ

Correlación significativa 0.01**

Correlación significativa 0.05*

Tabla 15

Coefficiente de Correlación de Spearman de las Variables Percepción del Estado de Salud con Autoeficacia Percibida

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Percepción del estado de salud	1														
2. Salud Funcional	.848**	1													
Valor p	.000														
3. Bienestar	.713**	.402**	1												
Valor p	.000	.000													
4. Evaluación de la Salud	.729*	.498*	.500	1											
Valor p	.059	.014	.076												
5. Autoeficacia Percibida	.418**	.311**	.386**	.293	1										
Valor p	.000	.000	.000	.315											
6. Intrapersonal	.445**	.353**	.394**	.315	.722**	1									
Valor p	.000	.000	.000	.201	.000										
7. Emociones Negativas	.369**	.242**	.424**	.434**	.696**	.745**	1								
Valor p	.000	.001	.010	.000	.000	.000									
8. Estados Físicos Negativos	.379**	.304**	.394**	.253**	.696**	.664**	.829**	1							
Valor p	.000	.001	.000	.007	.000	.000	.000								
9. Emociones Positivas	.308**	.268**	.262**	.265**	.824**	.862**	.384**	.324**	1						
Valor p	.001	.004	.005	.005	.000	.000	.000	.000							
10. Impulsos y Tentaciones	.439**	.360**	.375**	.256**	.887**	.886**	.598**	.583**	.726**	1					
Valor p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000						
11. Prueba de Control	.441**	.299**	.404**	.338**	.851**	.852**	.680**	.602**	.669**	.743**	1				
Valor p	.000	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000					
12. Interpersonal	.272**	.141	.301**	.181*	.851**	.852**	.703**	.686**	.583**	.721**	.677**	1			
Valor p	.004	.139	.001	.057	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
13. Problemas Sociales	.267**	.274**	-.190	.847**	.847**	.647	.781**	.781**	.831**	.321**	.557**	.650**	1		
Valor p	.004	.003	.126	.000	.000	.478	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
14. Presión Social	.191*	-.204*	-.146	.694**	.684**	.619	.811**	.811**	.853**	.338**	.602**	.628**	.770**	1	
Valor p	.045	.032	.126	.000	.000	.851	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
15. Emociones Placenteras	.346**	.293**	.322**	.044	.699**	.649**	.362**	.362**	.285**	.612**	.536**	.484**	.771**	.374**	1
Valor p	.000	.001	.000	.646	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	

n = 110

Fuente: MOS y SCQ

Correlación significativa 0.01**

Correlación significativa 0.05*

3.5 Estadística Inferencial

Prueba de Hipótesis

Para la verificación de las hipótesis se ajusto un modelo de regresión lineal simple y múltiple y su comprobación se demuestra en las siguientes tablas y figuras.

Tabla 16

Regresión Lineal Simple Efecto de la Conducta Previa en el Consumo de Alcohol (AUDIT)

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcal.	Valor de p
Modelo	1	16386.655	16386.655	62.07	.000
Residual	108	28509.311	263.975		

Fuente: CCPRCA

$R^2 = 36\%$

n = 110

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Tabla 17

Efecto de la Conducta Previa en el Consumo de Alcohol (AUDIT)

Variable	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Consante)	34.698	4.962	.604	6.992	.000
Conducta Previa	.762	.097		7.879	.000

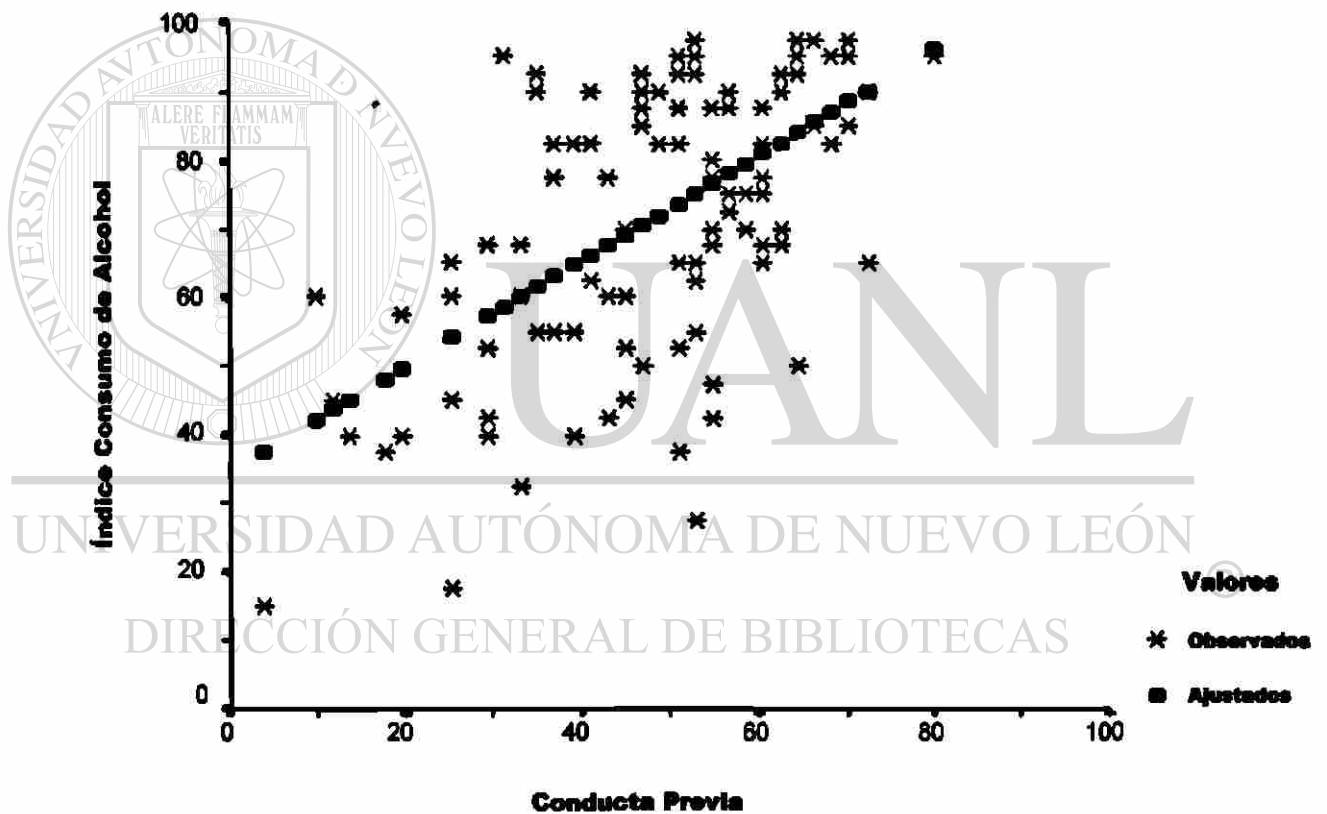
Variable Dependiente: Consumo de alcohol

En la tabla 16 y 17 se muestra que la Conducta Previa presenta un efecto significativo sobre el consumo de alcohol ($F_{cal} = 62.07$, $p = .001$) con el 36 por

ciento de la variación explicada, así mismo la conducta previa mostró significancia ($t = 7.87, p < .001$)

Figura 4

Gráfica de Dispersión de las Variables Conducta Previa y Consumo de Alcohol



En la figura 4 se observa que a mejor conducta previa mayor índice de consumo de alcohol. El mayor índice de Consumo de Alcohol significa menos consumo de alcohol, dado que el instrumento se transformo. Por lo tanto a mejor Conducta Previa menor es el Consumo de Alcohol. De acuerdo a estos resultados se sustenta la hipótesis 1

La conducta previa relacionada afecta el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

Tabla 18

Regresión Lineal Múltiple Efecto de Los Factores Personales Biológicos y Socioculturales sobre el Consumo de Alcohol

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcal.	Valor de p
Modelo	8	14430.328	1803.791	3.82	.001
Residual	101	47582.929	471.118		

Fuente: CFPBS

R² = 23 %

n = 110

Los resultados de la tabla 18 muestran el efecto significativo de los factores personales biológicos y socioculturales sobre el consumo de alcohol (Fcal = 3.82, p < .001). El modelo usado explica 23 por ciento de la variabilidad.

Como se observa en la tabla 19 la edad, ocupación, escolaridad, cantidad de accidentes en el transcurso de un año, edad de inicio de bebidas y bebidas ingeridas antes del accidente mostraron mayor significancia (p < .005).

Tabla 19

Efecto de Los Factores Personales Biológicos y Socioculturales sobre el Consumo de alcohol

Variable	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Constante)	75.85	17.86		4.24	.000
Edad	-.310	.15	-.161	-2.02	.045
Sexo	-4.24	6.07	-.048	-.69	.487
Estado Civil (t)	1.47	3.13	.036	.47	.638
DOCUPA1	16.44	6.51	.185	2.52	.013
DOCUPA2	9.83	3.53	.243	2.77	.007
DOCUPA3	3.52	4.69	.075	.75	.455
Escolaridad en Años	.85	.39	.190	2.16	.033
DNIVEL1	1.52	4.11	.028	.37	.712
DNIVEL2	-3.28	2.97	-.080	-1.10	.273
Ingreso Económico	.87	.51	.129	1.68	.095
C. Acc. A1*	-7.56	2.35	-.212	-3.20	.002
Edad de Inicio	.90	.48	.129	1.85	.066
Bebidas Ingeridas **	-1.05	.21	-.415	-4.97	.000
Tiempo***	-.76	.71	-.082	-1.07	.284

* Cuantos accidentes a tenido dentro de un año

** Edad en la que empezó a tomar

*** Tiempo transcurrido de la última copa hasta la hora del accidente

En el modelo de regresión se incluyeron los factores sexo, ocupación y nivel socioeconómico como variables de engaño; la variable sexo se le dio un valor de uno al sexo masculino y cero al sexo femenino. Las variables DOCUPA1, DOCUPA2 y DOCUPA3 consideran el factor ocupación. Mientras que las variables DNIVEL1 Y DNIVEL2 consideran el factor nivel socioeconómico. De acuerdo con los resultados se sustenta la hipótesis número 2 que menciona:

Al menos uno de los factores personales biológicos (edad y sexo) y socioculturales (estado civil, ocupación, escolaridad, nivel socioeconómico y antecedentes de accidentes automovilísticos y consumo de alcohol) afecta el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

Tabla 20

Regresión Lineal Simple Efecto de la Percepción del Estado de Salud sobre el Consumo de Alcohol

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcal.	Valor de p
Modelo	1	7847.547	7847.547	22.87	.000
Residual	108	37048.419	343.041		

Fuente: MOS

$R^2 = 17\%$

n = 110

Tabla 21

Efecto de la Percepción del Estado de Salud sobre el Consumo de Alcohol

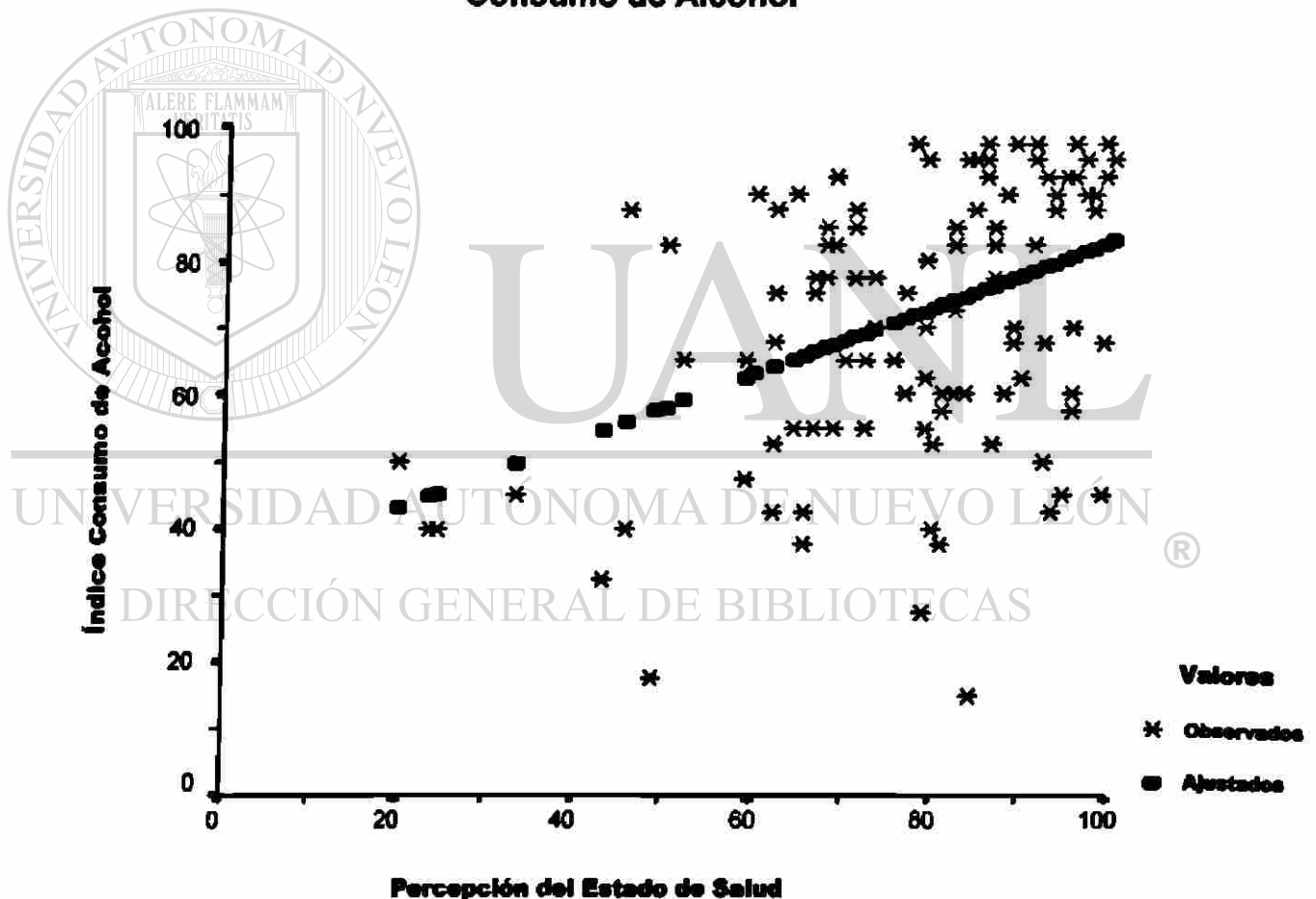
Variable	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Constante)	33.088	8.292		3.990	.000
Percepción del Estado de Salud	.498	.104	.418	4.783	.000

Variable Dependiente: Consumo de alcohol

En la tabla 20 y 21 se reportan a través del modelo regresión lineal simple que la percepción del estado de salud mostró efecto significativo con el consumo de alcohol ($F_{cal} = 22.87$, $p < .001$) con una variación explicada del 17 por ciento, así mismo la percepción del estado de salud mostró significancia ($t = 4.78$, $p < .001$).

Figura 5

Gráfica de Dispersión de las Variables Percepción del Estado de Salud y Consumo de Alcohol



En la figura 5 se observa que a mayor Percepción del Estado de Salud mas alto índice de Consumo de Alcohol, lo que significa que a mejor Percepción del Estado de Salud menor Consumo de Alcohol.

Por lo anterior se sustenta la hipótesis N° 3 que menciona:

El estado de salud percibido afecta el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

Tabla 22

Regresión Lineal Simple Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	Fcal.	Valor de p
Modelo	1	16140.615	16140.615	60.62	.000
Residual	108	28755.351	266.253		

Fuente: SCQ R² = 36 % n = 110

Tabla 23

Efecto de la Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

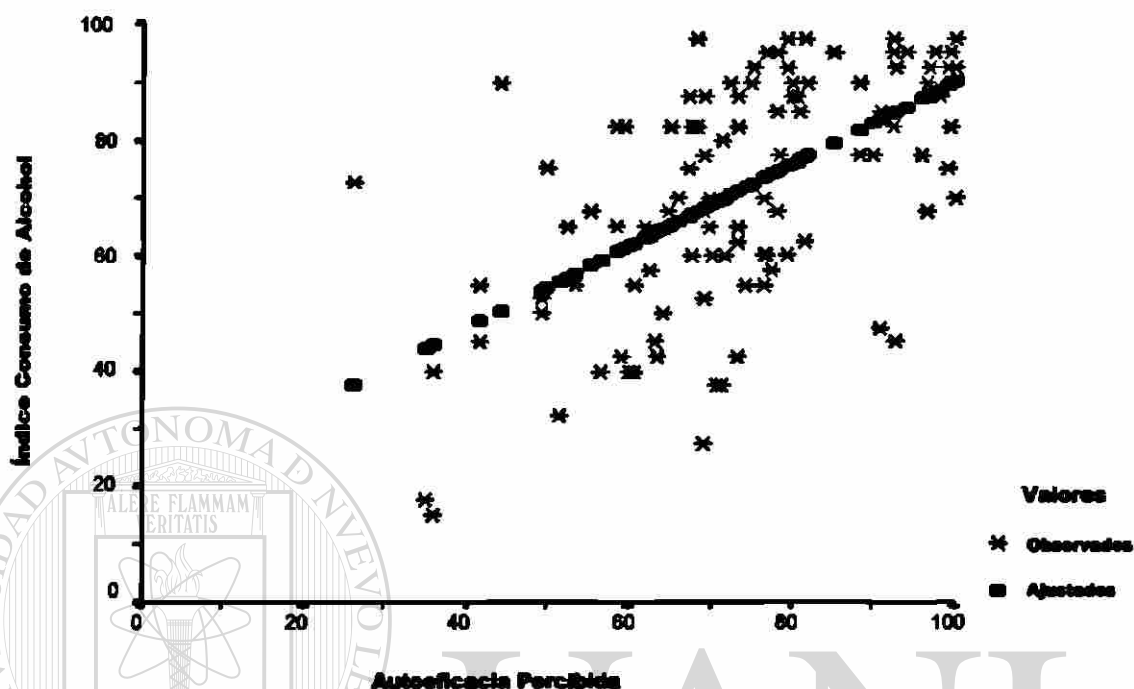
Modelo	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Constante)	19.086	6.952		2.745	.007
Autoeficacia Percibida	.710	.091	.600	7.786	.000

Variable Dependiente: Consumo de alcohol

En la tabla 22 y 23 a través de este modelo al introducir como variable independiente la autoeficacia percibida y la variable dependiente el consumo de alcohol mostró un efecto significativo de la variable independiente sobre la variable dependiente explicando una variabilidad del 36 por ciento (Fcal = 60.62, $p < .001$), así mismo la autoeficacia percibida mostró significancia ($t = 7.78$, $p < .001$).

Figura 6

Gráfica de Dispersión de las Variables Autoeficacia Percibida y Consumo de Alcohol



En la figura número 6 se observa que a mayor Autoeficacia Percibida aumenta el índice de Consumo de Alcohol y eso significa que a mayor Autoeficacia Percibida, menor Consumo de Alcohol.

De acuerdo con los resultados se sustenta la hipótesis N° 4 que dice:

La autoeficacia percibida afecta el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

Tabla 24

Regresión Lineal Múltiple Efecto de la Conducta Previa y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal.	Valor de p
Modelo	2	22615.024	11307.512	54.30	.000
Residual	107	22280.942	208.233		

Fuente: CCPRCA y SCQ

R² = 50 %

n = 110

Tabla 25

Efecto de la Conducta Previa y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

Variable	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Constante)	9.405	6.388		1.472	.144
Conducta Previa	.491	.090	.414	5.469	.000
Autoeficacia Percibida	.533	.096	.423	5.576	.000

Variable Dependiente: Consumo de alcohol

Los resultados de la tabla 24 y 25 muestran efecto significativo al unir las variables Conducta Previa y Autoeficacia percibida sobre la variable de consumo de alcohol y explica el efecto en un 50 por ciento

($F_{cal} = 54.30$, $p < .001$). La conducta previa y la autoeficacia percibida por separado mostraron significancia ($t = 5.46$, $p < .001$) ($t = 5.57$, $p < .001$).

Por lo anterior se sustenta la hipótesis 5 que enuncia:

La conducta previa relacionada y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidente automovilístico.

Tabla 26

Regresión Lineal Múltiple Efecto de Percepción del Estad de Salud y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

Fuente Variación	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal.	Valor de p
Modelo	2	17320.200	8660.100	33.60	.000
Residual	107	27575.766	257.717		

Fuente: MOS y SCQ

$R^2 = 38\%$

$n = 110$

Tabla 27

Efecto de la de Percepción del Estad de Salud y Autoeficacia Percibida sobre el Consumo de Alcohol

Variable	Coefficiente Beta	Error Estándar	Coefficiente Beta Estandarizada	t	Valor de p
(Constante)	9.520	8.172		1.165	.247
Percepción del Estado de Salud	2.17	.101	.182	2.139	.035
Autoeficacia Percibida	.612	.101	.516	6.063	.000

Variable Dependiente: Consumo de alcohol

En la tabla 26 y 27 se observó que al unir el estado de salud percibido y la autoeficacia percibida mostraron efecto significativo sobre el consumo de alcohol con una variación explicada del 38 por ciento ($F_{cal} = 33.60$, $p < .001$), así mismo mostraron significancia de la percepción del estado de salud ($t = 2.13$, $p < .05$) y la autoeficacia percibida ($t = 6.06$, $p < .001$)

Por lo que se sustenta la hipótesis 6 que dice:

El estado de salud percibido y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol en personas que han sufrido accidente automovilístico.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio Accidentes Automovilísticos y el Consumo de Alcohol permitieron verificar las proposiciones teóricas planteadas en esta investigación y la relación de los conceptos para explicar el fenómeno de estudio basado en el MPS Pender (1996).

En relación a la primera hipótesis se sustentó que la conducta previa relacionada afecta el consumo de alcohol. La experiencia previa se asoció en forma positiva y significativa con el consumo de alcohol ($r_s = .57, p < .001$), así mismo presentó un efecto significativo con una variación explicada del 23 por ciento ($F_{cal} = 3.82, p < .001$) esto coincide con lo planteado por Pender (1996) en su modelo al establecer que la conducta previa promotora esta dada por la frecuencia de la misma conducta, conductas similares en el pasado, la formación de hábitos y fuerza de hábitos por lo que la conducta previa se relaciona y tiene camino directo hacia la conducta promotora. Esto concuerda con Barriga (1999) al plantear que la experiencia previa que posee la persona sobre el consumo de alcohol moderado es influenciada por modelos, actitudes y expectativas del entorno; familia, amigos y sus propias experiencias de consumo de alcohol.

En relación a la segunda hipótesis los resultados sustentaron que al menos uno de los factores personales biológicos y socioculturales afectan el consumo

de alcohol ($F_{cal} = 7.82, p < .01$) mostrando mayor efecto; la edad, la ocupación, escolaridad, frecuencia de accidentes en el transcurso de un año, edad en que inicio a beber y cantidad de bebidas ingeridas antes del accidente. De los factores personales el consumo de alcohol ocurre en menores de 35 años, el 94.5 por ciento son varones, no cuentan con pareja el 56.4 por ciento, la escolaridad esta por arriba de 10 años de estudio, en su mayoría son empleados, pertenecen a un nivel socioeconómico medio y alto, el mayor porcentaje refiere percibir tres salarios mínimos y el 16.4 por ciento han sufrido otro accidente automovilístico en el transcurso de un año. También se encontró que inician el consumo de alcohol a los 17 años de edad en promedio, que consumieron ocho copas antes del accidente en un periodo entre cuatro y cinco horas previas al accidente. Estos datos concuerdan con Caraveo (1999) quien reporta que los individuos inician a consumir alcohol entre las edades de 16 y 18 años, los varones lo consumen más que las mujeres. De igual forma Borges (1999) reporta que las personas que presentaron accidente bajo el efecto del alcohol en su mayoría son menores de 30 años, son empleados y habían ingerido alcohol seis horas antes del accidente. Así mismo son consistentes con los hallazgos de López (1998) quien reportó una diferencia significativa entre los factores personales y el consumo alcohol.

En relación a los accidentes previos que ha tenido la persona a causa del alcohol coincide con lo reportado por Rivera et al. (1993) quienes señalan que en los pacientes intoxicados por alcohol aumenta el riesgo de ser readmitido al hospital por lesiones que aquellos que no están intoxicados.

Con respecto al estado civil, la escolaridad y el ingreso económico los resultados no coincidieron a lo expresado por (Borges, col 1999; López, 1998) quienes reportaron que en su mayoría eran casados, con seis a nueve años de

estudio que corresponden a nivel primaria y secundaria, y perciben un salario mínimo.

En relación a la tercer hipótesis se sustentó, al obtener una relación y efecto positivo significativo de la percepción del estado de salud sobre el consumo de alcohol con una variación explicada de 17 por ciento ($F_{cal} = 22.87, p < .001$). Esto concuerda con Pender (1996) al mencionar que los factores personales de tipo psicológico influyen directamente en el estilo de vida. Esto coincide con Stein y cols. (1998) quienes reportaron relación positiva significativa y calificaron con bajos puntajes la percepción del estado de salud aquellos pacientes que consumieron más cantidad de alcohol en este mismo sentido. Alvarado (1999) reportó asociación de la percepción del estado de salud con los patrones de consumo de alcohol y calificaron con buena salud aquellos que consumían menos cantidades de alcohol, Delgado (1997) no coincide con tal asociación ya que en su estudio reportó que los bebedores calificaron con buena salud y los abstemios calificaron con mala salud.

En la cuarta hipótesis se propuso que la autoeficacia percibida afecta el consumo de alcohol los resultados sustentaron la hipótesis al mostrar relación positiva significativa ($r_s = .62, p < .001$) y efecto positivo significativo ($F_{cal} = 60.62, p < .001$) con una variación explicada del 36 por ciento, estos resultados concuerdan con lo citado en las proposiciones teóricas por Pender (1996) donde plantea que la competencia percibida para ejecutar una conducta dada aumenta la probabilidad de compromiso con un plan de acción y la realización de la conducta. De la misma forma Bandura (1986) señala que las personas con un alto sentido de autoeficacia percibida tienden a aproximarse más a tareas de cambio y a mantenerlas. Así mismo una mayor autoeficacia percibida da como resultado que las personas se resistan a consumir alcohol en

situaciones específicas. Esto concuerda con Skutle (1999) quien reportó que el abuso en el consumo de alcohol se asocia en forma inversa significativa con la autoeficacia percibida por lo que los alcohólicos graves tuvieron menor autoeficacia percibida de enfrentar situaciones personales para evitar el consumo de alcohol. Esto coincide con Vega y cols (2000) que reportaron que la autoeficacia percibida influyó significativamente para que la persona tenga mayor confianza de resistirse a consumir alcohol. De esta misma forma Godbeck et al. (1997) reportaron correlaciones significativas en las puntuaciones totales de la autoeficacia percibida obteniendo mayor confianza con respecto a sus motivaciones y experiencias para abstenerse en el consumo de bebidas alcohólicas. En este sentido existe cierta coincidencia con estudios de intervención donde la autoeficacia percibida desarrollada a través de intervención breve a logrado disminuir el consumo de alcohol en bebedores hasta por debajo de límites de riesgo Altisent et al. (1997). Fernández et al. (1997) y Cordoba et al. (1998)

La quinta hipótesis declara que la conducta previa relacionada y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol, los resultados permitieron sustentarla al reportar que existe una relación positiva significativa ($r_s = .42, p < .001$) de la conducta previa relacionada y la autoeficacia percibida con el consumo de alcohol también mostraron efecto significativo con una variación explicada del 50 por ciento ($F_{cal} = 54.30, p = .001$).

De lo anterior Pender (1996) menciona que las características y experiencias individuales tienen una relación directa o indirecta con la conducta esperada a través de las cogniciones y afectos específicos de la conducta por medio de un plan de acción. Esto concuerda con Aas y cols. (1995) al reportar que las personas que poseen mas experiencia en el consumo moderado de alcohol

poseen mayor autoeficacia percibida para mantenerse en esos límites de igual forma aquellos que tienen experiencias de mayor consumo de alcohol poseen menor autoeficacia percibida para dejar de beber.

La sexta hipótesis fue sustentada al plantear que la percepción del estado de salud y la autoeficacia percibida afectan el consumo de alcohol al obtener relación positiva significativa la percepción del estado de salud con la autoeficacia percibida ($r_s = .41$, $p < .001$) y esta mostró efecto positivo significativo con la conducta de consumo de alcohol con variación explicada del 38 por ciento ($F_{cal} = 33.60$, $p = .001$). Esto concuerda con Pender al plantear que la percepción del estado de salud tiene camino directo e indirectos para la realización de una conducta o camino indirecto a través de la autoeficacia percibida para desarrollar dicha conducta, por lo que al unir la percepción del estado de salud con la autoeficacia percibida se explica que la conducta de consumo de alcohol es influenciada fuertemente por ambas variables.

4.1 Conclusiones

La contribución del estudio permitió afirmar la relación de los conceptos teóricos conducta previa relacionada, factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales, la autoeficacia percibida y el resultado conductual del MPS (Pender, 1996).

Los datos obtenidos en esta investigación perfilaron que para la elección del estilo de vida consumo de alcohol existen factores que influyen directamente en los individuos para tal elección, por lo que sí un individuo posee la experiencia

de consumir alcohol sensatamente sin llegar a la ebriedad le será más fácil adoptar o mantenerse dentro de esta conducta.

Así mismo se encontró que las personas que perciben mejor su estado de salud tienen la probabilidad de menor consumo de alcohol.

En relación a la autoeficacia percibida se encontró que esta variable es un predictor importante para el consumo de alcohol ya que el individuo que percibe mayor autoeficacia percibida es capaz de resistirse a beber en situaciones específicas que se le presenten y así mantener un consumo de alcohol como estilo de vida (Annis, 1987).

Se comprobó de acuerdo al MPS (1996) que el consumo de alcohol es influenciado en forma directa o indirecta aumentando su efecto predictivo, a través de la conducta previa relacionada, percepción del estado de salud y autoeficacia percibida.

El estudio permitió conocer que las personas que tuvieron accidentes automovilísticos a causa del alcohol inician el consumo de bebidas alcohólicas a los 17 años, consumen ocho copas y el tiempo transcurrido entre el consumo de alcohol y el accidente es entre cuatro y cinco horas, así mismo el 44.5 por ciento son bebedores sensatos y el 55.5 tienen un consumo excesivo. Además se conoció por medio del AUDIT que el 47.3 por ciento tienen dependencia al alcohol, el 58.2 por ciento presentan daño por su forma de beber.

En cuanto a la consistencia interna de los instrumentos estos mostraron Coeficiente de Alpha de Cronbach aceptable tanto para las escalas totales como para las subescalas, para el cuestionario de Conducta Previa (CCPR) se obtuvo un Alpha total de .79 aceptable por ser un instrumento nuevo y la primera vez que se aplica según (Polit & Hungler, 1997), para el cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS) un Alpha de .90, para el cuestionario de

Confianza Situacional (SCQ) un Alpha de .94 y para la Prueba para Identificar Desordenes en el Consumo de Alcohol (AUDIT) un Alpha de .87.

4.2 Recomendaciones

- Realizar estudios de intervención de enfermería utilizando el concepto de autoeficacia como predictor de una conducta promotora de salud en la población que sufrió accidente automovilístico a causa del alcohol.
- Generar estudios comparativos para conocer el comportamiento de las variables del estudio en otros tipos de accidentes a causa del alcohol.
- Realizar estudios cualitativos a fin de enriquecer los hallazgos de esta investigación.
- Realizar estudios en pacientes que consumen alcohol y no han tenido accidente automovilístico.
- Probar los instrumentos de CCPR y SCQ en otras investigaciones relacionadas al consumo de alcohol para mejorar su utilidad y consistencia interna.

REFERENCIAS

Aas, H., Klepp, K., Laberg, J. C. & Aaro, L. (1995). Predicting adolescents intentions to drink alcohol: outcome expectancies and self-efficacy. Journal of Studies on Alcohol, 56, 293-299.

Annis, H. M. & Graham, J. (1987). Situational confidence questionnaire. addiction research foundation, Toronto, Canada.

Alvarado, L. & Toledo, R. (1999). Primer estudio exploratorio comunal del consumo de alcohol, tabaco y drogas en la población escolar de Limache.

Altisent, R., Córdoba, R., Delgado, M. T, Pico, M. V, Melús, E., Aranguren, F., Alvira, Ú., Barberá, C., Morán, J. & Reixa, S. (1997). Studio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para prevención del alcoholismo en atención primaria. EMPA Med Clin (Barc), 109: 121-124.

Bandura, A. (1986). Social Foundations of thought and actino. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hill.

Barriga, F. (1999). Curso de capacitación y actualización para el uso de alcoholímetro alco sensor IV y RBT IV. PROMAC, S.A DE CV

Borges, G., Medina, M. E., Cherpitel, Ch., Cassanova, L., Mondragón, L. & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Salud Pública México, 41: 3-11.

Cadena, F. (1999) Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en a ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, UANL, Monterrey, N.L. México,

Campa T. (1997). Calidad de los cuidados de pacientes con discapacidad motora. Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, UANL, Monterrey, N.L. México,

Caraveo, J. J., Colmenares, E. & Saldivar, G. J. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. Salud Pública de México, 41, 177-188.

Córdoba, R., Delgado, M., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A., Frisas, O. & López, A. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): A Spanish multi-centre study. Family Practice 15, (6), 562-568.

Delgado, E., Sousa, M. M., Rigo, M. V, Sánchez, L. P., Vilorio, L., Bello, L. M., Alvar, J., Almazán, J., Verde, M. C., Muñoz, M. A., Asencio, O., Gimeno, V. & Martínez, J. F. (1997). Consumo de alcohol en España y su relación con la autovaloración del estado de salud. Boletín Epidemiológico Semanal, 5, (21), 205-212.

De La Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El Alcoholismo como problema Médico. Facultad de Medicina UNAM, 35, (2); 47-51.

Duffy, M. (1997). Determinants of reported health promotion behaviors in employed Mexican American women Health Care for Women International. 18: 149-163.

Dyehouse, J. & Sommers, M. (1995). Intervención breve como estrategia de práctica avanzada para víctimas de trauma múltiple seriamente lesionadas. AACN Clinical Issues, 6, (1), 1-12

Fernández, M. I., Bermejo, C. J., Alonso, M., Herreros, B., Nieto, M., Novoa, A. & Marcelo, M. T. (1997). Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Atención Primaria, 19, (3), 127-132.

Frenk, J., Lozano, R. & González, B. (1994). Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México-Visión de conjunto. Fundación

Mexicana de Salud (FUNSALUD), Informe Oficial, México, D.F. 25-55.

Gallegos, C. E. (1996). The Effect of social, family and Individual conditioning factores on self-care agency and self-care of adult mexican women, Disertación doctoral State University, Detroit, Michigan.

Glizer, I. . (1993). Prevención de Accidentes y Lesiones. OPS 1-29.

Goldbeck, R., Myatt, P. & Aitchison, T. (1997). Autoeficacia de fin de tratamiento: un predictor de la abstinencia. Addiction, 92, (3), 313-324.

López, J. (1998). Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en sala de urgencias. Salud Pública México, 40, 487-493.

Martínez, S. (1985). Medicina Legal. 13° Edición. Editorial Menda Oteo, México 354-359.

Organización Panamericana de la Salud, (OPS) (1998) La Salud en las Americas. II 403-418.

Pender, N. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. 3a. Ed. Connecticut: Appleton & Lang. 51-57.

Pender, N. (1982) Health Promotion in Nursing Practice. 2a. Ed. Connecticut: Appleton & Lang. 65-76.

Pender, N. (2000) Theoretica Propositions of the Health Promotion Model. Connecticut: Appleton 1-2.

Polit D. & Hungler, B. (1997) Investigación científica en ciencias de la salud. 5a. Edición. Ed. Interamericana, Mc. Graw Hill Interamericana, México, D.F.

Rivera, F., Jukovich, G. & Gurney, J.(1993) et al The magnitud of acute and chronic alcohol abuse in trauma patients. Arch Surg, 128, 907–913.

Rojas, N. (1979) Medicina Legal. Duodécima Edición. Ed. El Ateneo 320-325.

Rosovsky, H. (1993). Prevención de accidentes y violencias: El consumo de alcohol como factor de riesgo. Psicología y Salud. Nueva Época Enero-Junio.

Sainz, C., Bautista, D., Corella, D., Cortina, S. & González, J. I. (1999). Análisis edad periodo – cohorte de la mortalidad por accidentes de tráfico en España. Salud Pública México. 170–766

Secretaría de Salud (1987), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

Secretaría de Salud (SS) (2000), Programa de prevención de accidentes

Skutle, A. (1999), Addictive Behaviors. Elsevier Science Lid. Printed the USA, 24, (1), 87-98.

Stein, M. D., Mulvey, K. P, Plough, A. & Samet, J. H. (1998). The Functioning and Weel Being of Persons Who Seek Treatment for Drug and Alcohol Use. Journal of Substance Abuse, 10, (1), 75-84.

Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS Short – fom General Health Survey, Reliability and Validity in a Patient Population. Medical Care, 26, (7); 724-731.

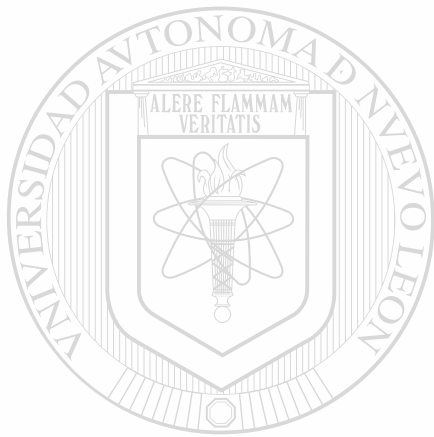
Tintinalli, J., Ruiz, E. & Krome, R. (1997). Medicina de Urgencias. 2º Edición, Editorial McGraw-Hill, México, D.F 936-941, 1400-401.

Tripp, M. (1997). Perspectivas on the development and influence of self-efficacy beliefs.

Vega, M. & Garrido, E. (2000). Valoración de una intervención preventiva del consumo de adolescentes de tabaco y alcohol: incidencia de factores personales y situacionales. Psicología Social Aplicada, 10, (1), 5-30

Ware, J. E. (1989), How to Score SF-20. 262, 907-913.

Zamora, J. (2000).Estado de Salud y Autocuidado en Adultos Expuestos a Enfermedad Cardiovascular. Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería, UANL, Monterrey, N.L. México,

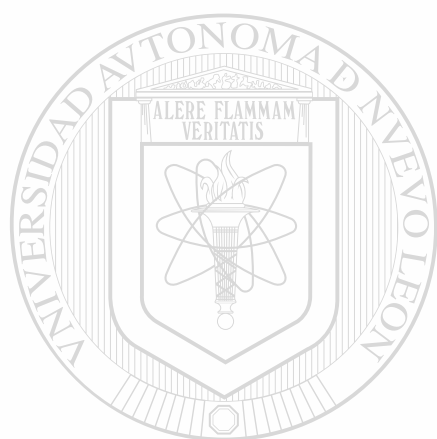


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APÉNDICES

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APÉNDICE A

Operacionalización de Variables

CONCEPTO	APLICACIÓN AL SUJETO DE ESTUDIO	INDICADOR	PREGUNTAS
<p>Conducta Previa Es la frecuencia de la conducta, conductas similares en el pasado, la formación de hábitos y la frecuencia de hábitos, y tienen efecto directo e indirecto en la probabilidad de realizar conductas promotoras de salud.</p>	<p>Es la experiencia observada, vivida y de cambio que percibe del pasado el adulto en relación al consumo de alcohol.</p>	<p>Cuestionario de Conducta Previa Relacionada Al Consumo de Alcohol (CCPRCA 2000). Apéndice C.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia observada sobre el consumo de alcohol en la familia y amigos. 2. Experiencia vivida sobre el consumo de Alcohol. 3. Conducta previa al cambio de consumo de alcohol. 	<p>(Apéndice B)</p>
<p>Factores Personales Biológicos, Psicológico y Socioculturales Son los factores relevantes que predicen una conducta dada, influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta y el afecto, así como en la conducta específica</p>	<p>Los Factores Personales Biológicos Son factores de índole estructural y funcional que no pueden ser modificados y que pueden influir en el consumo de alcohol. Los Factores Personales Socioculturales son factores que conforman el marco de referencia social, económica y cultural, donde se desarrolla la persona e interactúa con diferentes grupos sociales haciendo diferente un grupo de otro y que puede influir en el consumo de alcohol en límites sensatos.</p>	<p>Cuestionario sobre Factores Personales Biológicos y Socioculturales (CFPBS, 2000) (Apéndice B).</p>	<p>(Apéndice C)</p>

Operacionalización de Variables (continuación)

	<p>Los Factores Personales Psicológico Son factores cognitivos, emotivos y actitudinales que pueden influir en forma positiva y negativa sobre la conducta específica de la persona. s e incluye el estado de salud percibido como factor que influye en el consumo de alcohol en los adultos.</p>	<p>Cuestionario de percepción del estado de salud (MOS) Stewart y Ware (1988).</p>	<p>(Apéndice D)</p>
<p>Autoeficacia Es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción, se refiere no a la capacidad que uno tiene, sino a los juicios que uno puede hacer con cualquier habilidad que uno posee.</p>	<p>Es el juicio de la capacidad personal de los adultos para resistir con éxito el ingerir alcohol en una situación específica.</p>	<p>Cuestionario de Confianza Situacional Annis (1987).</p>	<p>(Apéndice E)</p>
<p>Consumo de Alcohol en límites sensatos Conducta promotora dirigida al logro de resultados de salud positivos.</p>	<p>Es el estilo de vida que ha desarrollado el adulto con respecto a la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol en límites sensatos de hasta cinco copas por semana en varones y tres copas por semana en mujeres.</p>	<p>Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol. (AUDIT) (1992).</p>	<p>(Apéndice F)</p>

APENDICE B

CUESTIONARIO DE FACTORES PERSONALES BIOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES (CFPBS)

Número de Cuestionario _____

INSTRUCCIONES: Favor de leerle al entrevistado cada una de las preguntas, así como las posibles opciones y pedirle que indique la respuesta que sea apropiada para el.

1. Edad en años cumplidos _____

2. Sexo _____

1) Femenino

2) Masculino

3. Estado Civil _____

1) Soltero (a)

4) Separado (a)

2) Casado (a)

5) Divorciado (a)

3) Unión Libre

6) Viudo (a)

4. Profesión _____

1) Médico

4) Maestro de Primaria

2) Ingeniero

5) Master en Mercadotecnia

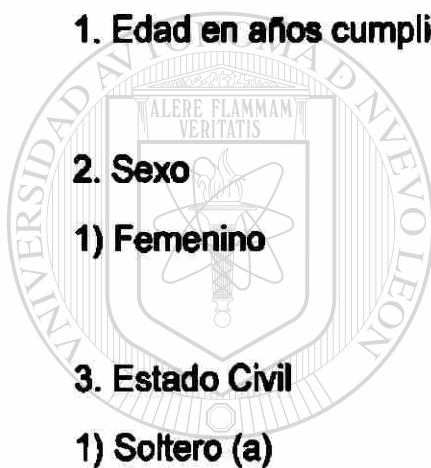
3) Contador Público

6) Sin Profesión

5. Escolaridad _____

1) Sin Escolaridad

2) Años de Escolaridad _____



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



6. Ocupación _____

1) Sin empleo

4) Empleado

2) Estudiante

5) Otro (especificar): _____

3) Hogar

7. Nivel Socioeconómico _____

1) Domicilio _____

8. Ingreso Económico _____

1) No tiene ingreso económico fijo.

2) Menos de un salario mínimo.

3) Uno a dos salarios mínimos.

4) Tres a cinco salarios mínimos.

5) Más de cinco salarios mínimos.

9. ¿Cuántos accidentes automovilísticos a tenido? _____

10 que edad empezó a tomar _____

®

11 Cuántas bebidas ingirió antes del accidente _____

12 Cuántas horas antes del accidente empezó a beber _____

APENDICE C

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PREVIA RELACIONADA AL PATRÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL (CCPRCA)

INSTRUCCIONES: Favor de leer a la persona cada una de las preguntas, así como las posibles opciones y pídale que indique la respuesta que sea apropiada para el y marque el número correspondiente donde el número 1 corresponde a Nunca es mi caso, el número 2 Algunas veces es mi caso, el número 3 corresponde a Frecuentemente es mi caso, el número 4 corresponde a Siempre es mi caso.

- | | |
|--|---------------|
| 1. En el pasado antes de cumplir 18 años cuando celebraban un evento social importante en su familia acostumbran tomar algún tipo de bebida (vino, cerveza, licor). | 1 2 3 4 |
| 2. En el pasado antes de cumplir 18 años los fines de semana cuando se reunía la familia consumían algún tipo de bebida (vino, cerveza, licor). | 1 2 3 4 |
| 3. En el pasado antes de cumplir 18 años algún miembro de su familia consumía algún tipo de bebida (vino, cerveza, licor) después del trabajo. | 1 2 3 4 |
| 4. En el pasado antes de cumplir 18 años algún miembro de su familia en casa acostumbraba acompañar la comida con algún tipo de bebida (vino, cerveza, licor). | 1 2 3 4 |
| 5. En el pasado antes de cumplir 18 años cuando tenía reuniones con amigos para disfrutar de un evento deportivo o social les gustaba tomar algún tipo de bebida (vino, cerveza, licor). | 1 2 3 4 |
| 6. En el pasado antes de cumplir 18 años algún miembro de su familia acostumbra tomar más de cinco copas (vino, cerveza, licor) en un día. | 1 2 3 4 |
| 7. En el pasado antes de cumplir 18 años cuando se reunían sus amigos acostumbraban consumir más de cinco copas en un día. | 1 2 3 4 |

8. En el pasado antes de cumplir 18 años observo que algún miembro de su familia después de haber bebido durante la noche anterior, necesitaba de alguna bebida (vino, cerveza, licor) al día siguiente para sentirse mejor. 1 2 3 4
9. Cuando usted empezó a beber lo hacía en fiestas o reuniones con la familia. 1 2 3 4
10. Cuando inició a beber lo hacía los fines de semana. 1 2 3 4
11. Cuando usted empezó a beber lo hacía con los amigos 1 2 3 4
12. Cuando usted empezó a beber, bebía más de cinco copas en un día. 1 2 3 4
13. Después de que usted inicio a beber alguna vez ha intentado modificar su consumo de alcohol hasta antes de presentar el accidente. 1 2 3 4
-
14. Después de que inicio a beber pensó que tendría algunas dificultades al intentar modificar su consumo de alcohol hasta antes de presentar el accidente. 1 2 3 4
15. Ha recibido apoyo o facilidades de la familia o amigos para cambiar su consumo de alcohol hasta antes de presentar el accidente. 1 2 3 4
16. Ha recibido apoyo profesional para cambiar el consumo de alcohol hasta antes de presentar el accidente. 1 2 3 4
17. Ha logrado modificar su consumo de alcohol al menos en una ocasión en su vida hasta antes de presentar el accidente. 1 2 3 4

APENDICE D

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD (MOS)

INSTRUCCIONES: Favor de leerle al entrevistado cuidadosamente las preguntas y pedirle que indique la respuesta que refleje su percepción actual sobre cada aspecto que se pregunta. No hay respuestas incorrectas, por lo tanto no se detenga demasiado tiempo en buscarlas, sólo pídale que exprese su pensamiento sobre el particular.

Usar la escala gráfica de arbolitos de este apéndice y mostrarla a la persona para que identifique su respuesta.

I. En cada una de las siguientes preguntas, debe marcar el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido el paciente durante el mes pasado.

	Todo el Tiempo	La Mayor Parte del Tiempo	Buena Parte del Tiempo	Algo del Tiempo	Poco Tiempo	Nada del Tiempo
	1	2	3	4	5	6
1. Cuánto tiempo se vio limitada en sus actividades sociales por motivos de salud? (Por ejemplo visitar a sus amigos o familiares cercanos).	1	2	3	4	5	6
2. Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. Cuánto tiempo ha sido usted una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4. Cuánto tiempo se ha sentido usted desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
5. Cuanto tiempo ha sido usted una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
6. Cuanto tiempo se ha sentido tan desanimada que nada podría animarla?	1	2	3	4	5	6

II. Por cuanto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades?

	Todo el Tiempo	La Mayor Parte del Tiempo	Buena Parte del Tiempo	Algo del Tiempo	Poco Tiempo	Nada del Tiempo
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes rudos.	1	2	3	4	5	6
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3	4	5	6
9. Caminar cuesta arriba o subir varios pisos por la escalera.	1	2	3	4	5	6
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo.	1	2	3	4	5	6
11. Caminar una cuadra.	1	2	3	4	5	6
12. Comer, vestir, bañarse o ir al baño	1	2	3	4	5	6
13. Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa, o ir a la escuela? 1. Si por más de tres meses 2. Si por tres meses o menos 3. No						
14. Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud? 1. Si, por más de tres meses 2. Si, por tres meses o menos 3. No						

III. Por favor señale el número (1 al 6) que describa mejor si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted.

	Todo el Tiempo	La Mayor Parte del Tiempo	Buena Parte del Tiempo	Algo del Tiempo	Poco Tiempo	Nada del Tiempo
15. Estoy algo enferma.	1	2	3	4	5	6
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco.	1	2	3	4	5	6
17. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5	6
18. Me he sentido mal recientemente.	1	2	3	4	5	6

19. En general diría usted que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Deficiente

20. Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas? _____[®]

1. Ninguno
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Grave

APENDICE E

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (SCQ)

INSTRUCCIONES: Favor de Leerle al paciente cuidadosamente las preguntas y encerrar en un circulo el número que él le indique. El número **1** se refiere a **Seguro Que No podría**, el número **2** corresponde a **No Podría**, el número **3** es **A Veces No Podría**, el número **4** es **A Veces Sí Podría**, el número **5** corresponde **Sí Podría** y el número **6** que es **Seguro Que Sí Podría**.

Después de cada pregunta agregar la frase:

"Voy a estar seguro de que resisto ingerir alcohol" y mostrar la escala gráfica de caritas de este apéndice y mostrarla a la persona para que identifique su respuesta.

- | | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. Si yo siento que estoy deprimido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Si hubo peleas en la casa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Si tuve problemas para dormir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Si tuve una discusión con un amigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Si creo que a otras personas no les caigo bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Si me siento seguro y relajado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Si salí con amigos y ellos fueron a tomar en un bar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Si me acorde que tan rico sabor tiene la bebida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Si yo me convenzo de que soy otra persona y puedo tomar unos tragos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 12. Si otras personas interfieren con mis planes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Si me siento mareado y me quiero sentir alerta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Si tuve problemas con otras personas en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Si no me siento bien con la presencia de alguien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Si todo va saliendo bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Si quiero celebrar con un amigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Si paso por enfrente de una tienda de venta de licor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol y siento que puedo probarme con un trago. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Si me siento enojado con relación a los resultados que estoy obteniendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Si siento que me están menospreciando. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Si me siento con nauseas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Si las presiones están aumentando en el trabajo debido a mi supervisor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Si alguien me critica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Si estoy agusto con un buen amigo y me quiero sentir mejor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Si voy a un restaurante y las personas que van conmigo piden una bebida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 29. Si me encuentro inesperadamente una botella de mi bebida favorita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago no causa problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Si no sé lo que debo hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Si me siento con muchas presiones familiares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Si siento pesadez estomacal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Si no me llevo bien con mis compañeros en el trabajo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tensionado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Si conozco a un amigo o amiga y el o ella me sugieren tomar una bebida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Si de repente siento la necesidad de tomar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Si yo quiero probar a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborrachare. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE F

PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL (AUDIT)

Instrucciones: Favor de leerle al entrevistado las siguientes preguntas y marcar la respuesta elegida

1. ¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas?

- 0 = Nunca
- 1 = Una vez al mes o menos
- 2 = Dos o cuatro veces al mes
- 3 = Dos o tres veces por semana
- 4 = Cuatro o más veces por semana

2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?

- 0 = 1 o 2
- 1 = 3 o 4
- 2 = 5 o 6
- 3 = 7 a 9
- 4 = 10 o más

3. ¿Qué tan frecuente toma 6 o más copas en la misma ocasión?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

4. Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

5. Durante el último año, ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

6. Durante el último año, ¿qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

7. Durante el último año, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

8. Durante el último año, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?

- 0 = Nunca
- 1 = Menos de una vez al mes
- 2 = Mensualmente
- 3 = Semanalmente
- 4 = Diario o casi diario

9. ¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?

- 0 = No
- 2 = Sí, pero no en el último año
- 4 = Sí, en el último año

10. ¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?

- 0 = No
- 2 = Sí, pero no en el último año
- 4 = Sí, en el último año

APENDICE G

Escala de Gráfica de MOS

INSTRUCCIONES.- Por favor muestre esta escala gráfica a cada persona entrevistada, al preguntar las cuestiones del Apéndice D.

**TODO EL
TIEMPO**



**LA MAYOR
PARTE DEL
TIEMPO**



**BUENA PARTE
DEL TIEMPO**



**ALGO DEL
TIEMPO**



**POCO
TIEMPO**



**NADA DEL
TIEMPO**



UANL







UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®






APENDICE G
Escala de Gráfica de SCQ

INSTRUCCIONES.- Por favor muestre esta escala gráfica a cada persona entrevistada, al preguntar las cuestiones del Apéndice E

1.- SEGURA QUE NO PODRIA	
2.- NO PODRIA	
3.- A VECES NO PODRIA	
4.- A VECES SI PODRIA	
5.- SI PODRIA	
6.- SEGURA QUE SI PODRIA	

APENDICE G
Escala Gráfica SCQ

INSTRUCCIONES.- Por favor muestre esta escala gráfica a cada persona entrevistada, al preguntar las cuestiones del Apéndice E.

1.- SEGURO QUE NO PODRIA	
2.- NO PODRIA	
3.- A VECES NO PODRIA	
4.- A VECES SI PODRIA	
5.- SI PODRIA	
6.- SEGURO QUE SI PODRIA	

APENDICE H

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

La escala del coma de Glasgow (Glasgow coma scale, GCS) según la idearon Teasdale y Jennett, es un sistema de examen, que puede efectuar personal médico de todos los niveles. La escala valora tres aspectos de la capacidad de respuesta del paciente: 1) apertura de ojos, 2) mejor respuesta verbal y 3) mejor respuesta motora.

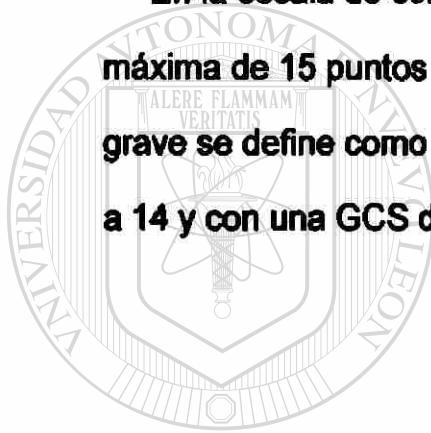
Apertura de los ojos; la apertura espontánea de los ojos sugiere que los centros de activación reticular están funcionando. Sin embargo esto no implica que el paciente esté conciente. Sí no hay apertura espontánea de los ojos se utilizarán estímulos u órdenes verbales. Cuando no hay apertura de los ojos ante los estímulos verbales, se aplicarán estímulos dolorosos, como pinchamiento enérgico o presión sobre los lechos unguiales.

Respuesta verbal, la presencia de voz sugiere un sistema nervioso central relativamente intacto, el habla orientada implica que una persona está conciente de sí misma y del ambiente que la rodea. Un paciente debe estar orientado en las tres esferas de nombre, lugar y tiempo, para que se considere que está desorientado pero conversa, el habla debe estar bien articulada y organizada, aunque él esté desorientado, no basta con exclamatorias o fortuitas, se considera incomprensible el habla que consiste en gruñidos o quejidos, sin palabras reconocibles.

Respuestas motoras, si obedece órdenes verbales significa que está íntegra la capacidad para mover con facilidad las extremidades, sin necesidad de

estímulos dolorosos. La localización del dolor significa que el individuo mueve sucesivamente una extremidad hasta el sitio del estímulo doloroso para tratar de apartarlo, una respuesta de flexión-retracción implica que el paciente flexiona para apartarse del estímulo doloroso, una flexión anormal representa una respuesta de descorticación, una respuesta extensora señala descerebración, con abducción y rotación interna del hombro y pronación del antebrazo. La falta de respuesta consiste en hipotonía o flacidez, lo que implica pérdida de las funciones medulares.

En la escala de coma de Glasgow (GCS) se puede obtener una calificación máxima de 15 puntos y una baja de tres. El traumatismo craneoencefálico grave se define como una GCS de 9 a 12 puntos , en tanto que el leve es de 13 a 14 y con una GCS de 15 puntos no existe alteración neuronal.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

VALORACIÓN INICIAL

OJOS

Apertura		
Espontánea	4	_____
A Ordenes Verbales	3	
Al Dolor	2	
Sin Respuesta	1	

MEJOR RESPUESTA VERBAL

Orientado y Conversa	5	_____
Desorientado y Conversa	4	
Palabras Insuficientes	3	
Sonidos Incomprensibles	2	
No Responde	1	

MEJOR Respuesta Motora

A Ordenes Verbales		
Obedece	6	_____
A Estímulo Doloroso		
Localiza el Dolor	5	
Flexión-Retracción	4	
Flexión Anormal (rigidez de descorticación)	3	
Extensión (Rigidez De descerebración)	2	
Sin respuesta	1	
Total	3 - 15	

APÉNDICE I

Consentimiento Informado

Al firmar este documento acepto participar de forma voluntaria en esta investigación, que tiene por finalidad determinar el efecto y la relación que existe en la conducta previa, factores personales y autoeficacia con el patrón de consumo de alcohol en las personas que han sufrido accidentes automovilísticos en comparación con los que fueron detenidos en el operativo antialcohólico, así como describir el patrón de consumo de alcohol.

Por lo que autorizo a la Lic. Nora Nelly Oliva Rodríguez quien desarrolla este trabajo como parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería para que realice las preguntas pertinentes de los cinco cuestionarios sobre factores personales biológicos y socioculturales, conducta previa, percepción de la salud, autoeficacia y la prueba para identificar trastornos por uso de alcohol, los cuales responderé de conformidad.

Me ha informado que no corro ningún riesgo, que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando yo así lo decida como también estoy consiente de que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano y que la información que proporcione será confidencial.

Monterrey, Nuevo León, México

APÉNDICE J

Datos Descriptivos de los Cuestionarios (CCPRCA, MOS, SCQ y AUDIT)

CONDUCTA PREVIA (CCPRCA)

PREG.	NUNCA ES MI CASO		ALGUNAS VECES ES MI CASO		FRECUENTEMENTE ES MI CASO		SIEMPRE ES MI CASO	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
1	16	14.5	43	39.2	16	14.5	35	31.8
2	33	30.0	52	47.3	13	11.8	12	10.9
3	49	44.5	30	27.3	17	15.5	14	12.7
4	77	70.0	24	21.8	3	2.7	6	5.5
5	28	25.4	33	30.0	19	17.3	30	27.3
6	42	38.2	21	19.1	28	25.4	19	17.3
7	22	20.0	31	28.2	30	27.3	27	24.5
8	68	61.8	21	19.1	11	10.0	10	9.1
9	27	24.5	41	37.3	20	18.2	22	20
10	25	22.7	31	28.2	25	22.7	29	26.4
11	18	16.4	29	26.4	25	22.7	38	34.5
12	47	42.7	20	18.2	17	15.5	26	23.6
13	46	41.8	28	25.5	18	16.4	18	16.4
14	84	76.4	15	13.6	6	5.5	5	4.5
15	68	61.8	11	10.0	11	10.0	20	18.2
16	98	89.1	4	3.6	5	4.5	3	2.7
17	48	43.6	20	18.2	18	16.4	24	21.8

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Percepción del Estado de Salud (MOS)

PREG.	TODO EL TIEMPO		LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO		BUENA PARTE DEL TIEMPO		ALGO DE TIEMPO		POCO TIEMPO		NADA DE TIEMPO	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
1	4	3.6	6	5.5	12	10.9	9	8.2	26	23.6	53	48.2
2	5	4.6	7	6.4	3	2.7	24	21.8	25	22.7	46	41.8
3	36	32.7	29	26.4	16	14.5	12	10.9	12	10.9	5	4.6
4	1	.9	3	2.7	9	8.2	30	27.3	39	35.4	28	25.5
5	39	35.5	36	32.7	16	14.5	7	6.4	9	8.2	3	2.7
6	1	.9	1	.9	5	4.6	22	20.0	38	34.5	43	39.1
7	10	9.1	4	3.6	9	8.2	11	10	22	20	54	49.1
8	7	6.4	5	4.6	5	4.6	13	11.8	15	13.6	65	59.0
9	7	6.4	3	2.7	9	8.2	5	4.6	23	20.9	63	57.2
10	5	4.5	2	1.8	6	5.4	5	4.6	24	21.8	68	61.8
11	9	8.1	1	.9	4	3.6	3	2.7	13	11.8	80	72.8
12	7	6.4	1	.9	6	5.4	5	4.6	13	11.8	78	70.9
15	3	2.7	3	2.7	3	2.7	12	10.9	29	26.4	60	54.6
16	50	45.5	28	25.5	6	5.4	11	10	7	6.4	8	7.2
17	54	49.1	22	20	13	11.8	7	6.4	5	4.6	9	8.2
18	1	.9	2	1.8	5	4.6	9	8.2	32	29.0	61	55.5

PREG.	Sí por más o menos de tres meses		no	
	Fc.	%	Fc.	%
13	24	21.8	86	78.2
14	25	22.7	85	77.3

PREG.	Excelente		Muy buena		buena		regular		deficiente	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
19	23	20.9	34	30.9	30	27.3	20	18.2	3	2.7

PREG.	Ninguno		Muy leve		leve		moderado		Grave	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
20	48	43.6	26	23.6	18	16.4	13	11.8	5	4.6

AUTOEFICACIA (SCQ)

PREG.	Seguro Que no podría		no podría		A veces no podría		A veces si podría		si podría		Seguro Que si podría	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
1	3	2.7	8	7.3	10	9.1	14	12.7	34	30.9	41	37.3
2	3	2.7	5	4.6	7	6.4	13	11.8	33	30	49	44.5
3	1	.9	7	6.4	1	.9	8	7.3	32	29.1	61	55.4
4	4	3.6	4	3.6	2	1.8	6	5.5	37	33.7	57	51.8
5	1	.9	2	1.8	5	4.6	6	5.5	39	35.4	57	51.8
6	6	5.5	6	5.5	5	4.6	9	8.2	41	37.2	43	39.0
7	16	14.5	15	13.6	13	11.8	10	9.1	29	26.4	27	24.5
8	21	19.1	12	10.9	14	12.7	11	10	29	26.4	23	20.9
9	15	13.6	10	9.1	12	10.9	15	13.6	33	30	25	22.8
10	6	5.5	8	7.3	11	10	10	9.1	37	33.6	38	34.5
11	2	1.8	3	2.7	6	5.5	8	7.3	41	37.2	50	45.5
12	3	2.7	8	7.3	1	.9	2	1.8	43	39.1	53	48.2
15	4	3.6	2	1.8	1	.9	9	8.2	39	35.5	55	50.00
16	11	10	5	4.5	8	7.3	9	8.2	39	35.5	38	34.5
17	13	11.8	14	12.7	13	11.8	16	14.5	27	24.6	27	24.6
18	26	23.6	12	10.9	14	12.7	20	18.2	21	19.1	17	15.5
19	4	3.6	3	2.7	7	6.4	4	3.6	35	31.8	57	51.8
20	7	6.4	6	5.5	8	7.2	10	9.1	34	30.9	45	40.9
21	2	1.8	3	2.7	4	3.6	11	10	37	33.6	53	48.2
22			1	.9	2	1.8	7	6.4	44	40	56	50.9
23	2	1.8	2	1.8	5	4.6	2	1.8	42	38.2	57	51.9
24	3	2.7	1	.9	2	1.8	5	4.6	43	39.1	56	50.9
25	2	1.8	3	2.7	2	1.8	7	6.4	40	36.4	56	50.9
26	10	9.1	6	5.5	11	10	8	7.3	34	30.9	41	37.2
27	20	18.2	11	10	11	10	14	12.7	25	22.7	29	26.4
28	17	15.5	11	10	11	10	9	8.2	28	25.4	34	30.9
29	11	10	10	9.1	6	5.4	11	10	32	29.1	40	36.4
30	10	9.1	13	11.8	7	6.3	8	7.3	32	29.1	40	36.4
31	3	2.7	5	4.6	1	.9	5	4.5	43	39.1	53	48.2
32	2	1.8	3	2.7	6	5.5	11	10	38	34.5	50	45.5
33	7	6.4	3	2.7	3	2.7	5	4.6	40	36.4	52	47.3
34	2	1.8	1	.9	4	3.6	4	3.6	42	38.3	57	51.8
35	3	2.7	2	1.8	2	1.8	11	10	37	33.7	55	50.00
36	16	14.5	15	13.6	13	11.8	10	9.1	29	26.4	27	24.6
37	23	20.9	15	13.6	8	7.3	12	10.9	28	25.5	24	21.8
38	16	14.5	10	9.1	5	4.6	11	10	35	31.8	33	30
39	11	10	8	7.3	9	8.2	13	11.8	27	24.5	42	38.2

Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT)

FRECUENCIA Y CANTIDAD

N°	NUNCA		UNA VEZ AL MES		DOS O CUATRO VECES AL MES		DOS O TRES VECES POR SEMANA		CUATRO O MÁS POR SEMANA	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
1	-	-	34	30.9	60.0	54.5	12	10.9	4	3.6

N°	1 o 2		3 o 4		5 o 6		7 o 9		10 o más	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
2	12	10.9	25	22.7	26	23.6	15	13.6	32	29.1

N°	NUNCA		MENOS DE UNA VEZ AL MES		MENSUALMENTE		SEMANALMENTE		DIARIO O CASI A DIARIO	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
3	19	17.3	29	26.4	12	10.9	49	44.5	1	.9

DEPENDENCIA

N°	NUNCA		MENOS DE UNA VEZ AL MES		MENSUALMENTE		SEMANALMENTE		DIARIO O CASI A DIARIO	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
4	80	72.7	8	7.3	7	6.4	14	12.7	1	.9
5	84	76.4	15	13.6	8	7.3	3	2.7	-	-
6	80	72.7	15	13.6	8	7.3	6	5.5	1	.9

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

DAÑO

N°	NUNCA		MENOS DE UNA VEZ AL MES		MENSUALMENTE		SEMANALMENTE		DIARIO O CASI A DIARIO	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
7	68	61.8	17	15.5	12	10.9	10	9.1	3	2.7
8	82	74.5	16	14.5	5	4.5	6	5.5	1	.9

N°	no		Si, pero no pero no en el último año		Si, en el último año	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%
9	74	67.3	1	.9	35	3.8
10	69	62.7	9	8.2	32	29.1

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Nora Nelly Oliva Rodríguez

Candidato para el Grado de

Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis:

**ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS Y EL
CONSUMO DE ALCOHOL**

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Autobiografía:



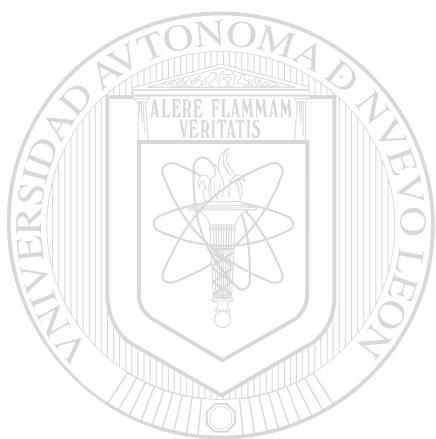
UANL

Datos personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 15 de Marzo de 1963, hija de Ignacio Oliva Segovia y Vicenta Rodríguez Álvarez.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciatura en Enfermería en el periodo escolar de 1987 a 1991. Diplomado en Educador en Diabetes en 1999. Diplomado Administración Estratégica de los Servicios de Enfermería 1999.

Experiencia Profesional: Octubre 1990 - 1993 Enfermera del Hospital Regional de Especialidades N° 25, en 1993-enfermera del Hospital de Especialidades de Traumatología y Ortopedia N° 21, en 1994 -1997 Enfermera del Hospital de Zona N° 33, en 1997 Enfermera en el Hospital de Especialidades Ginecología y obstetricia N° 23, enfermera en la Unidad de Medicina Familiar N° 5 en el servicio de Urgencias en 1998 a la fecha y como Auxiliar de Investigación de la Facultad de Enfermería UANL 2001.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



