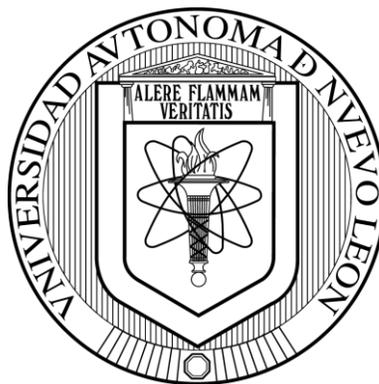


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



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

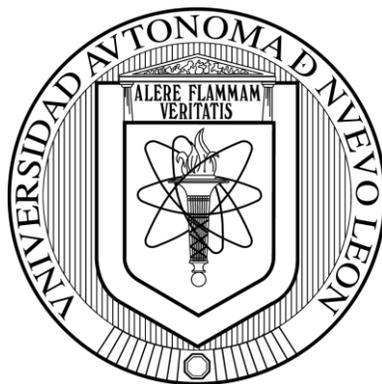
Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

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

DICIEMBRE, 2011

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



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

Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

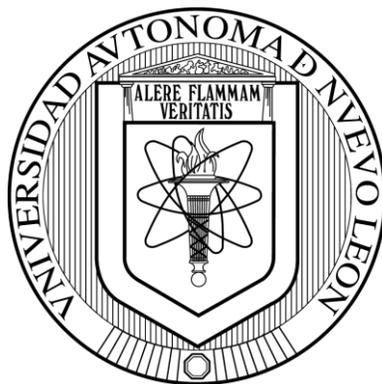
Director de Tesis

ME. TERESITA DE JESÚS CAMPA MAGALLÓN

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

DICIEMBRE, 2011

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



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

Por

LIC. MARILY DANIELA AMARO HINOJOSA

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

DICIEMBRE, 2011

ETAPAS DE CAMBIO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES  
CONSUMIDORES DE DROGAS LICITAS E ILICITAS

Aprobación de Tesis

---

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón

Director de Tesis

---

MSP. Lucio Rodríguez Aguilar

Presidente

---

MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza

Secretario

---

ME. Teresita de Jesús Campa Magallón

Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Dedicatoria**

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

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

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

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

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

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

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	14
Objetivos del Estudio	17
Capítulo II	
Metodología	18
Diseño del Estudio	18
Población, Muestreo y Muestra	18
Instrumentos	19
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	23
Estrategias de Análisis de Datos	25
Capítulo III	
Resultados	26
Consistencia Interna de los Instrumentos	26
Estadística Descriptiva	27
Prueba de Normalidad	34
Estadística Inferencial	35
Hallazgos Adicionales	39
Capítulo IV	
Discusión	51
Conclusiones	55

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Recomendaciones	56
Referencias	57
Apéndices	
A Escala de Coma de Glasgow	64
B Consentimiento Informado	65
C Cedula de Datos Personales	67
D Escala de Valoración de Cambio URICA Alcohol	68
E Escala de Valoración de Cambio URICA Drogas (marihuana y cocaína)	70
F Valoración de Enfermería Patrones Funcionales de Salud	72
G Oficio de Autorización de la Institución	75

## Tabla de Figuras

Figura	Página
1. Metodología para determinar las Etapas de Cambio y los Diagnósticos de Enfermería	21

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos	26
2. Factores Personales (variables categóricas)	27
3. Motivo de Ingreso	27
4. Consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	28
5. Tipo de bebida previa al ingreso	28
6. Frecuencia de consumo de drogas lícitas (alcohol) y drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	29
7. Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)	29
8. Etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	30
9. Etiquetas diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas y drogas ilícitas	31
10. Etiquetas diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)	32
11. Etiquetas diagnósticos de enfermería en pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína)	33
12. Prueba de Kolmogorov-Smirnov de las variables continuas	34

## Lista de Tablas

Tablas	Página
13. Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre la primera bebida y motivo de ingreso con índice de etapa precontemplación	35
14. Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre la primera bebida y motivo de ingreso con índice de etapa contemplación	36
15. Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre la primera bebida y motivo de ingreso con índice de etapa acción	37
16. Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre la primera bebida y motivo de ingreso con índice de etapa mantenimiento	38
17. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Estreñimiento	39
18. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Baja Autoestima	40
19. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Violencia Autodirigida	41
20. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Traumatismo	43

## Lista de Tablas

Tablas	Página
21. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Intoxicación	44
22. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Ansiedad	45
23. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Procesos Familiares Disfuncionales	47
24. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Desempeño Ineficaz del Rol	48
25. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Descuido Personal	49
26. U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Mantenimiento Ineficaz de la Salud	50

## Resumen

Fecha de Graduación: Diciembre, 2011

Marily Daniela Amaro Hinojosa  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Título de estudio: **ETAPAS DE CAMBIO Y ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS**

Número de páginas: 76

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

**Propósito y método del estudio:** El propósito fue determinar la etapa de cambio y las etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes en pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas que ingresan a una sala de urgencias de una institución de salud de tercer nivel de atención. El diseño de estudio fue descriptivo correlacional, el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, la muestra fue de 138 pacientes mayores de 18 años, se realizó con base a la estimación del modelo de regresión múltiple para variables independientes con un límite de error de estimación de .05, una potencia del 90 % y un coeficiente de determinación de .13, con una muestra final de 83. Se utilizaron dos instrumentos de medición; la Escala de Valoración URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) de McConaughy, Prochaska y Velicer, (1983) con un Alpha de Cronbach de .82 y la Valoración de Patrones Funcionales de Salud de Jones y Barret (1997) con un Alpha de Cronbach de .82 y una Cédula de Datos Personales. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

**Contribución y conclusiones:** La etapa de cambio de mayor prevalencia para pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas (alcohol) fue contemplación 62.2% y 77.8% para cada uno de ellas. Las etiquetas diagnósticas presentes en pacientes que consumieron drogas lícitas fueron: riesgo de estreñimiento con un 58.1%, baja autoestima con un 55.4%, riesgo de violencia autodirigida con un 52.7%, riesgo de intoxicación, riesgo de traumatismo, desempeño inefectivo del rol y mantenimiento ineficaz de la salud con un 51.4% para cada uno de ellos. Las etiquetas diagnósticas presentes en pacientes que consumieron drogas ilícitas fueron: descuido personal y gestión ineficaz de la salud con un 100%; ansiedad, riesgo de traumatismo, riesgo de intoxicación y riesgo de violencia autodirigida con un 88.9%, respectivamente. Se encontró un efecto significativo para la etapa de precontemplación y los años de escolaridad ( $\beta = -1.68$ ,  $p < .01$ ) y la etapa de contemplación y sexo ( $\beta = -23.45$ ,  $p = .01$ ).

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS** \_\_\_\_\_

## Capítulo I

### Introducción

El consumo de drogas lícitas e ilícitas es considerado un problema de salud pública por el incremento en la prevalencia de consumidores de sustancias psicoactivas en la mayoría de los países; el alcohol y la marihuana son las drogas más consumidas, con más de 10% de prevalencia anual en siete países de América Latina. Así mismo, la edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia fluctúa entre los 12 años para el país de menor edad y 18 años para el de mayor edad, además esta problemática afecta el bienestar físico, mental y social de la población (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2010).

Como resultado a dicha problemática se incrementa la prevalencia de pacientes a los sistemas de salud y en particular a los servicios de urgencias; donde ha sido posible identificar que un periodo postraumático (lesiones o accidentes) esté relacionado al consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo que representa la mejor oportunidad para contribuir a que las pacientes cambien su conducta y disminuyan su patrón de consumo de drogas (National Drug Intelligence Center [NDIC], 2010; Oliva, Barcellos, Alonso & López, 2010; Fernández et al, 2008; Rangel, 2004).

Así mismo, esta problemática se refleja en la disminución de la productividad nacional de los países, con una mortalidad prematura, disminución de los años de vida saludable e incremento de los ingresos a las instituciones hospitalarias principalmente en salas de urgencias (NDIC, 2010; Fernández et al., 2008). En América Latina, se reportó que el 25% de los casos atendidos en salas de urgencias de Costa Rica fueron eventos traumáticos relacionados al consumo de drogas ingeridas seis horas previas al ingreso (Bejerano & Obando, 2002). El Operativo Argentino de Drogas (2009) refirió que el 9.4% de los ingresos a la sala de urgencias corresponde al consumo alcohol con 13.2%, marihuana 1.4% y cocaína 0.4%.

En México, en las últimas décadas se reportaron altas prevalencias en el consumo de drogas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), 2008, el consumo diario de alcohol fue de 10.8%, respecto al género el 1.5% fueron hombres y 0.2% mujeres quienes refirieron un consumo diario; es decir de cada ocho hombres una mujer consumió alcohol diariamente. El consumo de drogas ilícitas alguna vez en la vida fue del 5.2%, con un 8.8% para hombres y el 1.9% para las mujeres; el tipo de droga ilícita de mayor consumo fue la marihuana con un 4.2% y la cocaína con 2.4%. Los datos obtenidos en el estado de Nuevo León presentaron cifras similares a las reportadas a nivel nacional (Consejo Nacional de Adicciones [CONADIC], 2008).

En México, uno de cada siete ingresos a las salas de urgencias fueron causados por lesión accidental o intencional, entre ellas se encuentran accidentes automovilísticos, caídas desde su propia altura y riñas. En Nuevo León, los principales motivos de ingresos a la sala de urgencias relacionados al consumo de drogas lícitas e ilícitas fueron: accidentes automovilísticos y riñas, donde la principal sustancia de consumo previo al ingreso en salas de urgencia fueron alcohol, marihuana, cocaína e inhalables (Oliva et al., 2010).

En los sistemas de salud, el profesional de enfermería realiza intervenciones enfocadas a la persona, una de las herramientas con la que cuenta el personal para determinar dichas intervenciones es el Proceso de Atención de Enfermería, metodología que permite detectar y diagnosticar los problemas de salud reales o de riesgo a través de la valoración de los patrones funcionales de salud (North American Nursing Diagnosis Association [NANDA], 2009).

En las salas de urgencias, el personal de enfermería proporciona el cuidado a los pacientes que ingresan por algún incidente provocado por el consumo de drogas, en base a los signos y síntomas prioritarios en la salud de la persona manifestados por el motivo de ingreso (lesiones, traumatismos, heridas, enfermedades) dejando a un lado en este grupo de pacientes lo relacionado con el consumo de drogas. A pesar de que la literatura

refiere que los pacientes se encuentra con una buena disposición y sensible para analizar su uso y/o abuso de drogas; no se realizan intervenciones de enfermería enfocadas a disminuir este factor de riesgo (consumo de drogas lícitas e ilícitas) (Fernández et al, 2009; Flores, Rodríguez & Guzmán, 2008; Reyes & Villar, 2004).

Las etapas de cambio son las fases que puede experimentar la persona cuando intenta un cambio en las conductas de riesgo y llegar a adoptar conductas saludables cuando se tiene el deseo del cambio. Estudios sobre esta temática reportan que después de un accidente o lesión relacionada con el consumo drogas lícitas e ilícitas las pacientes refieren tener la intención de cambiar la forma de consumo. Lo que constituye una oportunidad para el equipo de salud de abordar esta temática a través del Modelo de las Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente (1994) (Oliva et al., 2010; Alonso & Esparza, 2003; González, 2002).

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

Así mismo, es indispensable determinar si la manifestación de las consecuencias por el consumo sensibilizó a la persona para iniciar un cambio de conducta saludable y aprovechar la oportunidad que se tiene para implementar acciones dirigidas al cambio de conducta que conlleve a la reducción o cese del consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Por tanto el propósito de investigación fue determinar la etapa de cambio y las etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes en pacientes consumidores de

drogas lícitas e ilícitas que ingresan a una sala de urgencias de una institución de salud de tercer nivel de atención.

La relevancia de este estudio radica en identificar la disposición que tiene la persona para analizar su consumo de drogas. Así mismo, identificar las etiquetas diagnósticas para que sea la base para que el personal de enfermería realice intervenciones sobre el problema del consumo de drogas y no sólo en los signos y síntomas derivados de las consecuencias.

### **Marco de Referencia**

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

Las etapas de cambio de hábito son las actitudes a las que recurren las pacientes para cambiar sus experiencias relacionadas al consumo de alcohol, es decir, su conducta. Éstas representan la estructura del modelo Motivacional de Etapas de Cambio de Prochaska y Di Clemente, mismas que son aplicables en el problema de consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco) e ilícitas (marihuana, cocaína). (Prochaska & Di Clemente, 1983).

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

La etapa de preparación se refiere al compromiso propio de la persona al hacer el cambio en un futuro inmediato. En la etapa de acción las pacientes consumidoras de drogas, ya han modificado su conducta, sus experiencias o su entorno con el fin de

vencer su consumo, involucra cambios conductuales más manifiestos que las etapas previas y requiere una mayor dedicación de tiempo y energía y tienden a ser más visibles. La etapa de mantenimiento especifica que un cambio inicial ya se produjo y se encuentran manteniendo la conducta de abstinencia y es en esta etapa donde se trabaja activamente en la prevención de las recaídas (DiClemente, Bellino & Neavinis, 1999; Prochaska, Norcross & DiClemente, 1995).

El Proceso de Atención de Enfermería es una forma dinámica y sistemática de brindar cuidados enfermeros, éste cuenta con cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; para este estudio, solo se abordaran las dos primeras. La primera etapa consiste en un proceso organizado y sistemático de recogida de datos subjetivos y objetivos, mismos que se recolectan a través de la entrevista, la observación y el examen físico, estos datos proceden de fuentes directas e indirectas (Iyer, Taptich & Bernocchi, 1997).

Existen dos tipos de valoraciones; globalizadas y focales que hacen generar diagnósticos enfermeros precisos. Las valoraciones globales son aquellas que cubren todos los aspectos de un marco de valoración para enfermería, como lo son los 11 Patrones Funcionales de Salud. Las valoraciones focalizadas caracterizadas por centrarse en un punto o cuestiones concretas (NANDA, 2009). Para este estudio se utilizó una valoración global a través de los 11 patrones funcionales de salud.

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

diaria que requieren gasto energético; 5) patrón sueño-descanso comprende los períodos de sueño, reposo y relajación; 6) patrón cognitivo- perceptual incluye los modos sensoriales y las habilidades funcionales cognitivas como el lenguaje, contacto ocular, voz y habla; 7) patrón autopercepción- autoconcepto describe la percepción del estado de ánimo, incluye actitudes hacia sí mismo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sentido general de valía y patrón general emocional; 8) patrón rol-relación incluye la percepción sobre los principales roles y responsabilidad acorde a la situación vital ; 9) patrón sexualidad reproducción describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y el patrón reproductivo; 10) patrón afrontamiento-tolerancia al estrés comprende la capacidad del individuo para manejar el estrés; 11) patrón valores-creencias describe el patrón de valores, metas o creencias que guían las elecciones y decisiones de su vida (Gordon, 2007).

Para lograr determinar los diagnósticos de enfermería, es preciso tener la obtención la valoración completa de cada persona, de acuerdo a cada uno de los patrones antes mencionados, para así elaborar un análisis en donde se identifican datos relevantes (son lo que están presentes cuando existe enfermedad o hay riesgo de ella) y en la síntesis, se realiza el razonamiento diagnóstico, a través de los tres niveles de la taxonomía II NANDA, la cual incluye dominios, clases y diagnósticos. En el dominio se reflejan los patrones funcionales de salud; las clases son la subdivisión de un dominio y finalmente diagnósticos de enfermería ( NANDA, 2009).

El diagnóstico de enfermería es el juicio clínico que elabora el personal de enfermería y conlleva la parte de análisis sobre las manifestaciones (signos y síntomas) de un individuo, familia o comunidad ante problemas de salud reales o de riesgo ante los procesos vitales, mismos que proporcionando los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados, responsabilidad del profesional de enfermería (NANDA, 2009).

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

El diagnóstico de enfermería real se compone por la etiqueta diagnóstica, factores relacionados y las manifestaciones (signos y síntomas) que presenta el individuo, familia o grupo ante una situación o un problema de salud. En base a la determinación de los diagnósticos de enfermería se establecen estándares para determinar las estrategias de cuidado que guiarán al personal de enfermería ante problemas de salud pública como el consumo de drogas.

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

Dentro de las drogas lícitas se encuentra el alcohol etílico o etanol ( $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ ) que es un agente psicoactivo y depresor del sistema nervioso central (SNC). La concentración de alcohol varía de acuerdo al tipo de bebidas y se expresa en la graduación alcohólica, que mide el porcentaje de alcohol que contiene cada bebida. Cabe señalar que las unidades de bebida estándar equivalen a 10 y 12 gramos de alcohol puro (gramos de alcohol puro =  $\text{cc} \times \text{graduación} \times 0,8$  [densidad del alcohol] / 100).

Respecto al consumo de alcohol puede describirse en términos de la frecuencia y cantidad consumida en gramos de alcohol (Tapia, 2001).

Las manifestaciones observables en la valoración de las pacientes que consumen alcohol, incluyen: temblor de manos, marcha tándem, ángulo profundo de rodilla, arañas vasculares, circulación colateral, ginecomastia, hipersensibilidad abdominal, cefalea, poliuria, mareo, hipertensión, disminución del apetito, náuseas, entre otros. Así también, se asocia algunos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos, daños congénitos y problemas hepáticos, entre otros (Echeburúa, 2001).

Respecto a las drogas ilícitas de mayor consumo se encuentran: la marihuana y la cocaína. La marihuana se extrae de la planta *Cannabis Sativa*, la cual contiene más de 420 sustancias químicas, de los cuales 60 son cannabinoídes, el principal isómero responsable de los efectos es el delta-9-tetra-hidrocannabinol (THC). Las manifestaciones, observables como: taquicardia, vértigo, cefalea, aumento del apetito, ansiedad, agresividad verbal y motora, midriasis, sensibilidad a la luz, incremento de la agudeza visual y auditiva, intoxicaciones agudas así mismo provoca manifestaciones a largo plazo: intoxicaciones, pasividad y embotamiento, incapacidad para reflexionar, apatía, neoplasias pulmonares, trastornos en el sistema reproductor (Tapia, 2001).

La cocaína es un alcaloide que se extrae de las hojas del arbusto de *Erythroxylon coca*, su nombre químico es benzoilmetilecgonina, contiene 14 alcaloides psicoactivos, la sal de clorhidrato o bien la forma en polvo de la cocaína. En relación a los signos y síntomas presentes ante el consumo se incluyen: taquicardia, hipertensión arterial, disminución de apetito y agudeza mental, vasoconstricción, aumento de energía hipertermia, dilatación pupilar, cabe destacar que la cocaína inyectada o fumada produce efectos más rápidos e intensos que la inhalada. Entre las manifestaciones que presentan los consumidores a largo

plazo se encuentran: arritmias, disminución de la función sexual, dolor torácico, evento cerebro vascular, convulsiones, dolor abdominal y paro cardio respiratorio (Tapia, 2001).

Respecto a las manifestaciones antes manifestaciones, destaca que se han identificado etiquetas diagnosticas reportadas por la NANDA y relacionadas específicamente en grupos de pacientes consumidoras drogas lícitas e ilícitas, entre los diagnósticos de enfermería de riesgo, se encuentran: 1) Riesgo de lesión es la consecuencia de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona. 2) Riesgo de traumatismo es al aumento del riesgo de lesión tisular accidental (herida, quemadura, fractura). 3) Riesgo de Suicidio es el riesgo de lesión autoinfringida que pone en peligro la vida; 4) Riesgo de Violencia Autodirigida se refiere al riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional, sexualmente lesiva para sí misma.

5) Riesgo de violencia dirigida a otros son las conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros. 6) Riesgo de intoxicación se define como el aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.

Entre los diagnósticos reales asociados al consumo de drogas, se identifican: 1) Descuido Personal que implica uno a más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud, bienestar socialmente aceptables; 2) Procesos Familiares Disfuncionales, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas; 3) Desempeño Ineficaz del Rol son conductas y expresiones propias que no concuerdan con las normas, expectativas y al contexto en el que se encuentran. 4) Ansiedad, sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro; es una señal de alerta que advierte al

individuo de un peligro inminente (NANDA, 2009; Gómez et al, 2007; Álvarez et al, 2008).

### **Estudios Relacionados**

A continuación se muestran los estudios relacionados con esta temática. Los primeros cinco abordan la variable etapas de cambio y su relación con los factores sociodemográficos en pacientes consumidoras de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína) que ingresan a una institución de salud a la sala de urgencias realizados en México, Korea y Estados Unidos. Los últimos dos estudios se refieren a los diagnósticos de enfermería más prevalentes en pacientes consumidores de alcohol y drogas efectuados en Colombia y España.

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

El tipo de bebida alcohólica que consumieron los participantes antes de presentar el accidente o lesión fue la cerveza con un 89.2%, el 1.7% consumieron brandy y bebidas preparadas. En relación a las etapas de cambio los resultados muestran que el 51.7% de la muestra presentaron accidentes por causa del consumo de alcohol se encontraban en la etapa de contemplación al cambio de consumo y el 34.2% en la etapa de precontemplación. La droga ilícita que consumieron los participantes antes del accidente o lesión fue en mayor proporción la marihuana (12.5%), seguida de la cocaína (3.4%). De acuerdo al consumo de drogas ilícitas la mayoría de las pacientes se

encontraban en la etapa de precontemplación y contemplación al cambio de consumo con un 52.9% y 23.5% respectivamente.

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

Min et al. (2007) realizaron un estudio en Korea en 131 hombres hospitalizados en un centro de rehabilitación centrado en el tratamiento del alcohol, en el cual el objetivo fue investigar la disposición al cambio en los pacientes con dependencia del alcohol. Los resultados presentados muestran que la media de edad de los participantes fue edad 47.6 año ( $DE= 7.1$ ), el 41.2% tenían una educación hasta preparatoria, el 76.3% trabajaba, el 61.8 % de participantes refirió no tener pareja. El 49.6% se encontraban en la etapa de contemplación y el 39.7% en la etapa de acción. En el presente estudio se encontró una diferencia significativa entre la etapa acción y la edad ( $M= 50.3$ ;  $F=6.42$ ,  $p= 0.002$ ), así mismo mostró significancia el tener pareja y encontrarse en la etapa de acción. Además, la posibilidad de estar en la etapa de acción se incrementa con la edad ( $\beta= 1.143$ ,  $p <0,05$ ).

Mondragón, Borges, Avilés & Casanova (2005) realizaron un estudio en México con el objetivo de conocer la motivación al cambio del consumo de alcohol en bebedores que ingresaron a los servicios de urgencias por un accidente en un hospital. Se

encontró que el 83% pertenecían al sexo masculino, respecto a la edad el 71 % pertenecían a los rangos de 18-29 años. Los motivos de ingreso de mayor prevalencia fueron accidentes y lesiones con un 66%. El 46.3% de los pacientes refirieron encontrarse en la etapa de precontemplación (71.4%) eran mujeres. El 22% se encontraba en la etapa de acción, el 17% presento la etapa de cambio de preparación y el 14.6% reporto encontrarse en la etapa de contemplación.

Rangel (2004) identifico la etapa de cambio del consumo de alcohol en la que se ubica el paciente después del accidente y lesión por consumo de alcohol. El 75.9% de los participantes fueron del sexo masculino, la media de edad de la población fue de 38 años. El 60.3% menciono ser empleado y el 64.5% actualmente tiene pareja. Se reportó como la bebida de mayor consumo la cerveza (56.8%). El 39.7 % ingreso por caídas de su propia altura, el 35.5 % accidentes automovilísticos, el 36.9% traumatismo craneoencefálico, el 29.1% fracturas y el 24.8% riñas.

Los resultados muestran que la mayor proporción se ubico en la etapa de precontemplación (53.2%) seguida por la etapa de contemplación (29.8%). Así mismo se encontró que los años de escolaridad presentó una relación positiva y significativa con la etapa de precontemplación ( $r_s = .22$ ,  $p < .01$ ) y mantenimiento ( $r_s = .23$ ,  $p < .01$ ). Las horas entre la primera bebida consumida antes del accidentes mostro relación negativa y significativa con la etapa de acción ( $r_s = -.30$ ,  $p < .01$ ).

Gómez et al. (2007) identificaron las etiquetas diagnósticas prevalecientes según la Taxonomía II NANDA en pacientes internados en un hospital de España y diagnosticados como Patología Dual, es decir, afectos de dependencia grave de alcohol. y trastornos inducidos por al alcohol. El 70.5% de los participantes eran de sexo masculino, el promedio de edad fue de 41.4 años. Las etiquetas diagnósticas reportadas en este grupo de población fueron: afrontamiento inefectivo (70.1%), deterioro del patrón del sueño (29.3%), déficit de autocuidado: baño e higiene (9.6%), alteraciones en procesos familiares (8.6%) y riesgo de violencia dirigida a otros (7%).

Álvarez et al. (2008) determinaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes y el perfil social y clínico en 50 jóvenes en un centro de rehabilitación de consumidores de drogas en Medellín, Colombia. El 74 % pertenecía al sexo masculino, el promedio de edad fue 17.6 años y la escolaridad corresponde al nivel primaria 50%. La droga de mayor consumo en los jóvenes fue la marihuana con 46% y cocaína con un 18%. Entre los diagnósticos de enfermería más frecuentes se encontraron desempeño inefectivo del rol (88%), ansiedad (77%), déficit de actividades recreativas (70%), deterioro del patrón del sueño (60%) y riesgo de lesión auto dirigida (56%).

Es síntesis, la literatura coincide en que existen estudios donde los motivos de ingreso relacionados al consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y cocaína) fueron: lesiones, accidentes y riñas; la población masculina es quien predomina, la edad de estas pacientes oscila de 32 a 38 años. Las etapas de cambio de mayor prevalencia son: precontemplación, contemplación y acción. Cabe destacar que se reporta relación positiva y significativa entre las etapas de cambio (precontemplación y mantenimiento) y los años de escolaridad, por otra parte está relacionado el tener pareja y encontrarse en la etapa de acción. Sin embargo existe escasa literatura donde sea posible observar la relación entre los factores sociodemográficos y las etapas de cambio de la conducta en consumidores de drogas ilícitas (Oliva et al., 2010; Min et al., 2007; Mondragón, Borges, Avilés & Casanova, 2005, Rangel, 2004; Blow et al).

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

## **Definición de Términos**

Para el presente estudio se tomaran en cuenta los siguientes términos

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

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

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

Sexo es el género que refiere el paciente, se reportara como masculino o femenino

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

Escolaridad son los años de estudios formales que realizó el paciente

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

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

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

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

Etapas de cambio de hábito de consumo de alcohol y drogas, se refiere a la percepción de los pacientes para cambiar o modificar su conducta después de presentar un accidente o lesión por violencia.

La etapa de precontemplación es cuando el paciente no ha considerado dejar su consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína)

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

La etapa de acción cuando el paciente que consumió drogas lícitas e ilícitas realizó cambios conductuales más manifiestos que en las etapas previas y requiere una mayor dedicación de tiempo y energía y tienden a ser más visibles

La etapa de mantenimiento especifica que en el paciente que consumió drogas lícitas e ilícitas un cambio inicial ya se produjo y se encuentra manteniendo la conducta de abstinencia, el cambio es observable y es en esta etapa donde se trabaja activamente en la prevención de las recaídas; mismas que fueron medidas a través de la escala de valoración de cambio URICA (por sus siglas en inglés University of Rhode Island Change).

Dominio estructura que contiene un conjunto de elementos que definen a un patrón

Clase subdivisión del dominio

Diagnósticos de enfermería es el juicio clínico emitido por el personal de enfermería ante las manifestaciones (signos y síntomas) que refiere el paciente frente a problemas de salud o procesos vitales.

Diagnósticos de enfermería reales son los diagnósticos que existen en el momento de valorar a la persona que consumió drogas e incluye etiqueta diagnóstica, uno o más factores relacionados y dos o más manifestaciones (signos y síntomas)

Diagnósticos de enfermería de riesgo, corresponde a una etiqueta diagnóstica y uno o más factores riesgo, mismos que pueden ser identificados utilizando la taxonomía II de NANDA 2009-2011.

La etiqueta diagnóstica se refiere al nombre del diagnóstico

Factor de riesgo es el atributo o condición ambiental, fisiológica, psicológica, genética o química que incrementa la vulnerabilidad del paciente que consumió drogas lícitas e ilícitas previo al accidente o lesión por violencia, presente en diagnósticos de enfermería de riesgo.

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

Manifestaciones de un diagnóstico que corresponden a los signos y síntomas claves observables en el paciente (características definatorias) que consumió drogas lícitas e ilícitas previo al accidente o lesión por violencia y determinan un diagnóstico de enfermería

## **Objetivos del Estudio**

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

## **Capítulo II**

### **Metodología**

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

#### **Diseño del Estudio**

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

#### **Población, Muestreo y Muestra**

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

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

El tamaño de la muestra fue de 138 participantes calculada a través del paquete estadístico n´Query Advisor V4.0, se realizó en base a la estimación del modelo de regresión múltiple para variables independientes con un límite de error de estimación del

.05, una potencia del 90 % y un Coeficiente de determinación de .13., quedando una muestra de 83 participantes en el presente estudio.

El criterio de inclusión fue que los pacientes cumplieran con 15 puntos en la escala de coma de Glasgow (Tintinalli, Ruiz & Krome, 1997) y el criterio de exclusión que fueran pacientes que han sido legalmente privadas de su libertad.

### **Instrumentos**

Para el presente estudio se utilizó una Cedula de Datos Personales dividida en dos apartados; el primero corresponde a factores personales como edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado marital. El segundo apartado corresponde a los factores relacionados al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) donde incluye motivo de ingreso, la edad de inicio de consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y/o cocaína), marihuana o cocaína previo al ingreso, tiempo que transcurrió entre el consumo de drogas lícitas e ilícitas y el ingreso al hospital.

Así también, se utilizó la escala de valoración de cambio URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) realizada por McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983 y modificada por McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989, ha sido utilizada para determinar las etapas de cambio en diversas conductas, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. Está compuesta por 32 preguntas, con una escala tipo likert, el patrón de respuesta es de 1 a 5 puntos, donde uno corresponde a totalmente en desacuerdo y cinco totalmente de acuerdo.

La escala mide cuatro etapas que se dividen en los siguientes reactivos, el 1,5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31 valoran la etapa de precontemplación, los reactivos 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24 corresponden a la etapa de contemplación, el 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 y 30 valoran la etapa de acción y por último a la etapa de mantenimiento le corresponden los reactivos 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32, cada subescala tiene un valor mínimo de 8 y

máximo de 40. La consistencia interna reportada oscilo entre .70 a .87 del Coeficiente del Alpha de Cronbach en las cuatro subescalas (Oliva, et al., 2001; Rangel, 2004).

La valoración de patrones funcionales de salud elaborada por Jones y Barret (1997), es un instrumento que se aplica en forma de entrevista y consta de 58 reactivos con escala tipo likert, de uno a cuatro, donde uno nunca ocurre a cuatro rutinariamente ocurre la mayor parte del tiempo. Los patrones funcionales de salud se agrupan según los siguientes reactivos: patrón de percepción y mantenimiento de la salud, 11, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 41, 46, 47, 48, 54, 58; nutrición metabólico, 12, 14, 33, 34; eliminación, 44 y 45; actividad y ejercicio, 1, 2, 50 y 52; sueño-descanso, 3 y 15; enfrentamiento al estrés, 5, 22, 40, 43, 55, 57; autopercepción-autoconcepto, 4, 13, 16, 17, 18, 28 y 53, cognitivo –perceptual, 19, 20, 29, 30, 31, 32, 49, 56; rol-relación, 6, 35, 36, 37, 38, 39, 51, 42; sexual- reproductor, 7 y 9, finalmente, valores-creencias, 8 y 10.

El valor del puntaje oscila entre 58 y 232, donde el valor menos significa deficiente estado en la salud funcional del paciente, mientras que a mayor puntaje mejor estado de salud funcional, el Coeficiente del Alpha de Cronbach se reportó en .70 (Romero, 2004).

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

El nivel 3 incluye los diagnósticos aprobados para cada una de los dominios y clases; por último se determinó la etiqueta y la definición que apoyara la identificación del diagnostico de enfermería, mismo que se determinó de la siguiente forma; si aparece un factor riesgo en el diagnostico de riesgo es aceptable dicho diagnostico y si aparece

un factor relacionado y dos características definitorias en el diagnóstico real, éste se considera como admisible.

La taxonomía NANDA tiene una validez de contenido a través de la técnica Delphi y el método de Fehring, donde el coeficiente ponderado de claridad de la etiqueta fue de 0.6-0.79, el coeficiente ponderado de claridad de la definición reportó un 0.79-0.8 y el coeficiente ponderado de coherencia va desde 0.6-0.79. Para poder determinar la metodología del diagnóstico se utilizará el proceso de la taxonomía II: dominios y clases (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería [AENTDE], 2005) (Figura 1).

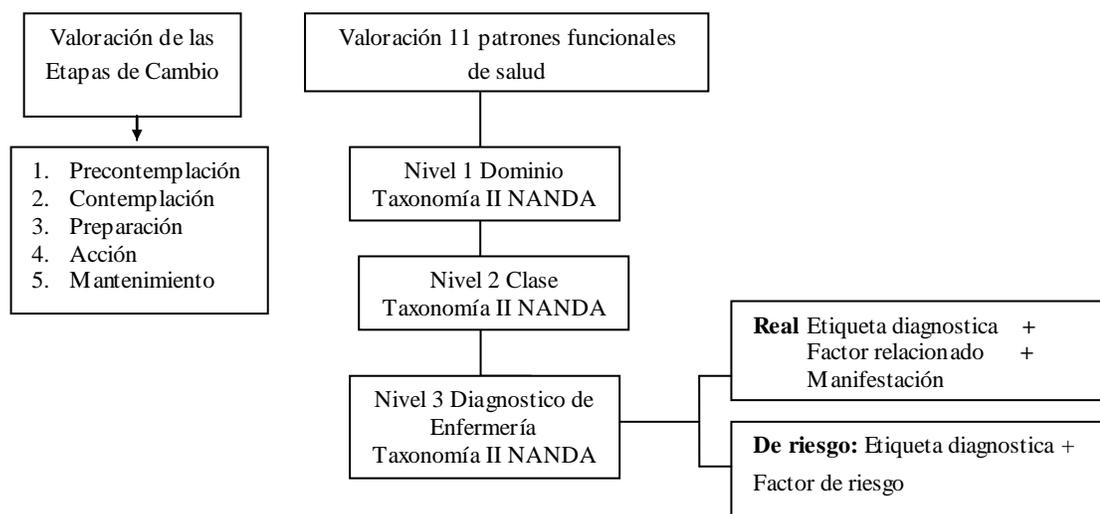


Figura 1. Metodología para determinar la Etapa de Cambio y el Diagnóstico de Enfermería

## **Procedimiento de Recolección de Datos**

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

La identificación de los participantes se realizó en el área de urgencias de una institución hospitalaria de tercer nivel de atención, donde el investigador acudió los días lunes, martes, jueves, viernes, sábado y domingo en un horario de 8:00 a 11:00hrs, para revisar la lista de ingreso a la sala, de ahí se seleccionaron a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y así se procedía a la selección de los participantes. Ya identificado el nombre y el lugar donde se encontraba el posible participante, se procedía a visitarlo; si se encontraba aún en el área de urgencias se abordaba ahí mismo, cuando la persona se encontró en algún otro departamento del hospital, el investigador se reportó con el personal de enfermería de ese departamento y solicitó el número de habitación y cama del paciente.

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

Después de la autorización de la persona se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: primero la Cedula de Datos (Apéndice C), La Escala de Valoración de Cambio URICA (Apéndice D y E), la Valoración de los Patrones Funcionales de

Salud (Apéndice F) mismos que se aplicaron en forma de entrevista, el tiempo estimado para la misma fue de 30 minutos.

Cuando el participante se manifestó fatiga, no disposición, con llanto o incomodo con alguna de las preguntas se le reiteró que se podía posponer por un momento la entrevista y si lo deseaba, podía dar por terminado el estudio, si así lo consideraba. Cabe señalar que las entrevistas no interfirieron con los cuidados y actividades que se realizaron por el personal de salud dentro de la institución.

Es importante mencionar que para conservar la privacidad de la información que proporcionaba la persona, se estableció un espacio privado a través de medidas como: hablar en tono medio a bajo, cerrar las cortinas entre las camas contiguas del paciente, así como observar que no se encontraran familiares o personal médico durante las entrevistas. Si por alguna circunstancia alguna de las condiciones no se llevará a cabo, se le solicitó a los departamentos un espacio privado.

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

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a lo establecido en los principios bioéticos por Beaucham y Childress; así como de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaria de Salubridad y Asistencia, 1987; Comisión Nacional de Bioética, 2010).

Para la realización del estudio se contó con previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de

Nuevo León y de la Institución Pública de tercer nivel de atención, donde se llevó a cabo la investigación (Artículo 14, fracción VII).

En el estudio prevaleció la protección a los principios bioéticos de la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona, donde se brindó a la persona la libertad de elegir si deseaba o no participar en el estudio. En caso de participar se cuidó que al aplicar las entrevistas los pacientes no fuera juzgada por sus conductas, manteniendo la privacidad de los datos que proporcionó. Así mismo, se determinó la capacidad mental del paciente, para evaluar su capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica (Art. 13, Art. 25).

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

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

La investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que una de las escalas trató aspectos sensitivos de la conducta del participante. Sin embargo, se le reiteró que si alguna pregunta lo hacía sentirse incomodo podía concluir con la entrevista, hasta que él se encontrara dispuesto a volver a contestar o bien si el paciente manifestara suspender su participación (Art. 17, fracción II, Art. 18).

### **Estrategia de Análisis de Datos**

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

En el cuarto objetivo se utilizó un modelo de regresión múltiple que permitió establecer la predicción entre las variables dependientes (etapas de cambio) y las variables independientes (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre la primera bebida y motivo de ingreso).

## Capítulo III

### Resultados

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

#### Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

*Coefficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach para los instrumentos*

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

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

## Estadística Descriptiva

Tabla 2

### *Factores Personales (variables categóricas)*

VARIABLES	<i>f</i>	%
<b>Género</b>		
Masculino	79	95.20
Femenino	4	4.80
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	54	71.10
Estudia	4	4.80
Trabaja y estudia	1	1.20
No trabaja	19	22.90
<b>Estado Marital</b>		
Con pareja	34	41.00
Sin Pareja	49	59.00

En la tabla 2 se muestran los factores personales de los participantes del estudio. Respecto al género se observa que la mayor proporción de los participantes fueron del sexo masculino (95.2%); en relación a la ocupación el 71.1% de los participantes refirieron trabajar, mientras que el 22.9% reportó no trabajar; en lo que se refiere al estado marital el 59% mencionó no tener pareja.

Tabla 3

### *Motivo de Ingreso*

VARIABLES	<i>f</i>	%
<b>Violencia</b>		
Riña	42	50.60
Asalto	13	15.70
<b>Accidentes</b>		
Accidente Automovilístico	19	22.90
Caída de propia altura	7	8.40
Atropellamiento	2	2.40

En la tabla 3 se muestra el motivo de ingreso de los participantes, siendo el principal motivo riñas (50.6%), siguiéndole accidente automovilístico (22.9%) y asaltos (15.7%).

Tabla 4

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

Variables	<i>f</i>	%	IC al 95%	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Consumo de drogas				
Alcohol	71.00	85.50	78	93
Marihuana	7.00	8.50	2	15
Cocaína	2.00	2.40	-1	6
Policonsumidor	3.00	3.60	-	7

Nota: IC= Intervalo de confianza

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

Tabla 5

*Tipo de bebida previo al ingreso*

Variables	<i>f</i>	%
Cerveza	73.00	98.60
Vino	1.00	1.40

En la tabla 5 se observa la bebida de mayor consumo fue la cerveza con un 98.6%, previas al motivo de ingreso.

Tabla 6

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

Frecuencia de consumo	Alcohol		Marihuana		Cocaína	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Diario	8	10.80	4	40.00	2	100.00
Cada tercer día	5	6.80	2	20.00	-	-
Cada siete días	46	62.20	1	10.00	-	-
Cada quince días	9	12.20	1	10.00	-	-
Cada treinta días	6	8.10	2	20.00	-	-

En la tabla 6 se observa que la frecuencia de consumo de alcohol fue cada fin de semana con un 62.2%. Respecto al consumo de marihuana y cocaína se reportó un consumo diario del 40% y 100% respectivamente.

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

Tabla 7

*Etapas de Cambio en pacientes que consumieron drogas lícitas (alcohol)*

VARIABLES	<i>F</i>	%
Precontemplación	12	16.2
Contemplación	46	62.2
Acción	7	9.5
Mantenimiento	9	12.1

Nota: Fuente: URICA

n=74

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

Tabla 8

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

Variabes	F	%
Precontemplación	-	-
Contemplación	7	77.8
Acción	2	22.2
Mantenimiento	-	-

Nota: Fuente: URICA

n=9

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

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

Tabla 9

*Etiquetas diagnósticas de enfermería en pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas*

Variables	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Riesgo Estreñimiento	50	60.2	33	39.8
Baja Autoestima	47	56.6	36	43.4
Riesgo de Violencia Autodirigida	47	56.6	36	43.4
Riesgo de Traumatismo	46	55.4	37	44.6
Riesgo de Intoxicación	46	55.4	37	44.6
Ansiedad	45	54.2	38	45.8
Procesos Familiares Disfuncionales	43	51.8	40	48.2
Desempeño Ineficaz del Rol	42	50.6	41	49.4
Descuido Personal	42	50.6	41	49.4
Mantenimiento Ineficaz de la Salud	42	50.6	41	49.4
Tendencias Conductas de Alto Riesgo	42	50.6	41	49.4
Afrontamiento Ineficaz	41	49.4	42	50.6
Estrés por Sobrecarga	40	48.2	43	51.8
Desequilibrio Nutricional por Exceso	40	48.2	43	51.8
Riesgo de Suicidio	38	45.8	45	54.2

*Nota:*

n=83

En la tabla 9 se presentan las etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes identificados en los participantes, cabe señalar que los de mayor proporción fueron riesgo de estreñimiento con 60.2%, baja autoestima y riesgo de violencia autodirigida con 56.6% para cada uno de ellos, riesgo de traumatismo (55.4%) y riesgo de intoxicación (55.4%).

Tabla 10

*Etiquetas diagnósticos de enfermería en pacientes consumidoras de drogas lícitas (alcohol)*

Variables	Si		No	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Riesgo Estreñimiento	43	58.1	31	41.9
Baja Autoestima	41	55.4	33	44.6
Riesgo de Violencia Autodirigida	39	52.7	35	47.3
Riesgo de Traumatismo	38	51.4	36	48.6
Riesgo de Intoxicación	38	51.4	36	48.6
Desempeño Ineficaz del Rol	38	51.4	36	48.6
Mantenimiento Ineficaz de la Salud	39	51.4	36	48.6
Ansiedad	37	50.0	37	50.0
Estrés por Sobrecarga	37	50.0	37	50.0
Procesos Familiares Disfuncionales	36	48.6	38	51.4
Afrontamiento Ineficaz	35	47.3	39	52.7
Tendencias a Conductas de Riesgo	35	47.3	39	52.7
Desequilibrio Nutricional por Exceso	34	45.8	40	54.1
Descuido Personal	33	44.6	41	55.4
Conocimientos Deficientes	33	44.6	41	55.4

*Nota:*

n=74

En la tabla 10 se muestran las etiquetas diagnósticas más frecuentes: riesgo de estreñimiento con un 58.1%, baja autoestima con un 55.4%, riesgo de violencia, autodirigida con un 52.7%, riesgo de intoxicación, riesgo de traumatismo, desempeño inefectivo del rol y mantenimiento ineficaz de la salud con un 51.4% para cada uno de ellos.

Tabla 11

*Etiquetas diagnósticas de enfermería en pacientes consumidoras de drogas ilícitas (marihuana y cocaína)*

Variables	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Descuido Personal	9	100.00	-	-
Gestión Ineficaz de la Propia Salud	9	100.00	-	-
Ansiedad	8	88.9	1	11.1
Riesgo de traumatismo	8	88.9	1	11.1
Riesgo de Intoxicación	8	88.9	1	11.1
Riesgo de Violencia Autodirigida	8	88.9	1	11.1
Riesgo de Suicidio	7	77.8	2	22.1
Tendencias a Conductas de Riesgo	7	77.8	2	22.1
Procesos Familiares Disfuncionales	7	77.8	2	22.1
Riesgo de Estreñimiento	7	77.8	2	22.1

*Nota:*

*n= 9*

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

## Prueba de Normalidad

Tabla 12

*Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov de las variables continuas*

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

*Nota:* URICA= Escala de Valoración de Cambio de Conducta

En la tabla 12, se muestra la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, donde se muestra que la media de edad de los participantes fue de 30.30 años ( $DE=9.04$ ), respecto a la escolaridad la media fue de 9.18 años ( $DE=2.13$ ). La edad de inicio de consumo de alcohol se presentó con una media de 17.21 años ( $DE=3.51$ ), la media de edad de inicio de consumo de drogas se reportó en 14.77 años ( $DE= 2.25$ ). Por otra parte la media del índice más alto de la escala URICA para consumo de alcohol fue para contemplación con una media de 62.31 ( $DE= 17.00$ ); la escala URICA para consumo de drogas ilícitas, la etapa de contemplación presentó una media de 80.90 ( $DE=12.14$ ). Así mismo, se muestra que las

variables no presentaron una distribución normal por lo que se decidió utilizar estadística no paramétrica.

### Estadística Inferencial

Para responder el objetivo 4 que se refiere a determinar la relación entre las variables independientes (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre el consumo y el ingreso y el motivo de ingreso) y como variable dependiente las etapas de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados se muestran en las tablas de la 13 a la 16.

Tabla 13

*Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre el consumo y el ingreso y motivo de ingreso con índice de etapa precontemplación*

<i>Modelo I</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>Fcal</i>	<i>P</i>
Regresión	3367.45	420.93	8	2.18	.038
Residual	14248.32	192.54	74		
$R^2 = .19$					
<i>Variables</i>	$\beta$	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor p</i>	
Edad	-.040	.187	-2.17	.829	
Sexo	12.40	8.05	1.539	.128	
Estado marital	-2.48	3.41	-.728	.469	
Escolaridad	-1.68	.602	-2.803	.006	
Ocupación	-2.31	3.87	-.509	.552	
Edad de inicio de consumo	.732	.445	1.645	.104	
Horas transcurridas entre el consumo y el ingreso	-3.13	.695	-.450	.654	
Motivo de Ingreso	2.20	3.51	.628	.532	

En la tabla 13 se observa que el modelo total fue significativo ( $F=2.18$ ,  $p=.038$ ,  $R^2=19\%$ ), sin embargo se observa que la variable que contribuyo de manera significativa fue escolaridad ( $\beta=-1.68$ ,  $p < .01$ ).

Tabla 14

*Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre el consumo y el ingreso y motivo de ingreso con índice de etapa contemplación*

<i>Modelo I</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>Fcal</i>	<i>P</i>
Regresión	4594.27	575.28	8	2.18	.038
Residual	19419.98	262.43	74		
$R^2=.19$					
<i>Variables</i>	$\beta$	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor p</i>	
Edad	-.285	.213	-1.307	.195	
Sexo	-23.45	9.40	-2.493	.015	
Estado marital	.562	3.98	.141	.888	
Escolaridad	-1.18	.702	-1.680	.097	
Ocupación	-1.80	4.52	-.399	.691	
Edad de inicio de consumo	.324	.519	.625	.534	
Horas transcurridas entre el consumo y el ingreso	-1.47	.812	-1.816	.073	
Motivo de Ingreso	-.220	.812	-.054	.957	

En la tabla 14 se observa que el modelo total fue significativo ( $F=2.18$ ,  $p=.038$ ,  $R^2=19\%$ ), sin embargo se observa que las variable que contribuyo de manera significativa fue sexo ( $\beta=-23.45$ ,  $p=.01$ ).

Tabla 15

*Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre el consumo y el ingreso y motivo de ingreso con índice de etapa acción*

<i>Modelo I</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>Fcal</i>	<i>P</i>
Regresión	6522.29	815.28	8	1.81	.088
Residual	33304.51	450.06	74		
$R^2 = .16$					
<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor p</i>	
Edad	-.258	.285	-.905	.369	
Sexo	-21.26	12.32	-1.726	.089	
Estado marital	3.96	5.22	.760	.450	
Escolaridad	-.719	.920	-.782	.437	
Ocupación	-2.75	5.92	-.465	.643	
Edad de inicio de consumo	.723	.680	1.063	.291	
Horas transcurridas entre el consumo y el ingreso	-1.55	-.159	-1.464	.148	
Motivo de Ingreso	6.55	.141	1.219	.227	

En la tabla 15 se observa que el modelo total no mostro significancia ( $F=1.18$ ,  $p=.08$ ,  $R^2=16\%$ ).

Tabla 16

*Modelo de Regresión Múltiple para las variables: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y horas transcurridas entre el consumo y el ingreso y motivo de ingreso con índice de etapa mantenimiento*

<i>Modelo I</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>gl</i>	<i>Fcal</i>	<i>P</i>
Regresión	4829.36	603.67	8	1.44	.193
Residual	35799.60	418.51	74		
$R^2 = .13$					
<i>Variables</i>	$\beta$	<i>ES</i>	<i>t</i>	<i>Valor p</i>	
Edad	-.253	.275	-.919	.361	
Sexo	-18.809	11.881	-1.583	.118	
Estado marital	2.872	5.034	.570	.570	
Escolaridad	-1.498	.887	-1.688	.096	
Ocupación	-1.595	5.709	-.279	.781	
Edad de inicio de consumo	.625	.656	.952	.344	
Horas transcurridas entre el consumo y el ingreso	-.901	1.025	-.879	.382	
Motivo de Ingreso	3.650	5.180	.705	.483	

En la tabla 16 se observa que el modelo no fue significativo ( $F=1.44$ ,  $p=.193$ ,  $R^2=13\%$ ).

### Hallazgos Adicionales

A continuación se presentan los reactivos de la Valoración de Patrones Funcionales que muestran los diagnósticos de riesgo en los que se observan los factores de riesgo. En los diagnósticos reales se presentan las manifestaciones y factores relacionados. Cabe señalar que para el análisis de los mismos se recodificaron los reactivos del 43-58.

Tabla 17

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Riesgo de Estreñimiento*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF1 Tengo suficiente energía para mis actividades diarias	50	2.94	3.00	33	3.42	3.00	533.500	.003
VPF2 Hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces a la semana o más	50	2.02	2.00	33	2.73	3.00	504.500	.002
VPF3 Me siento descansado cuando hago ejercicio	50	2.08	2.00	33	2.67	3.00	537.500	.005
VPF12 Intencionalmente limito mi consumo diario de grasa	50	1.94	2.00	33	2.82	3.00	389.000	.000
VPF33 Tomo de 5-6 porciones de frutas y vegetales cada día	50	1.94	2.00	33	2.67	3.00	454.500	.000
VPF34 Tomo de 6 a 8 vasos de agua al día	50	2.68	2.50	33	3.24	3.00	419.500	.003
VPF44 Siento estrés, tensión o presión	50	2.96	3.00	33	2.27	2.00	450.500	.000
VPF47 Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	50	3.46	4.00	33	3.09	3.00	585.500	.015

En la tabla 17 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales (VPF), que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Riesgo de Estreñimiento

Tabla 18

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Baja Autoestima*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF4 Me siento bien conmigo mismo	47	2.40	2.00	36	3.50	4.00	240.000	.000
VPF5 Puedo enfrentar el estrés en mi vida	47	2.45	2.00	36	3.19	3.00	432.000	.000
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	47	2.21	2.00	36	3.06	3.00	422.000	.000
VPF8 Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	47	2.28	2.00	36	2.78	3.00	606.500	.021
VPF15 Me duermo sin problemas	47	2.64	3.00	36	3.17	3.00	583.500	.011
VPF16 Tengo esperanzas en el futuro	47	2.55	3.00	36	3.22	3.00	467.500	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	47	2.19	2.00	36	3.25	3.00	276.000	.000
VPF18 Me gusta la manera en que luzco	47	2.79	3.00	36	3.25	3.00	570.500	.007
VPF28 Estoy feliz con mi vida	47	2.60	2.00	36	3.42	4.00	394.000	.000
VPF30 Puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	47	2.81	3.00	36	3.36	3.50	498.500	.000

Tabla 18

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Baja Autoestima*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF35 Estoy satisfecho con lo que hago de trabajo	47	2.77	3.00	36	3.44	3.00	438.500	.000
VPF38 Me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	47	2.34	2.00	36	3.28	3.50	362.000	.000
VPF57 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	47	2.79	3.00	36	3.19	3.00	574.000	.006

En la tabla 18 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales (VPF), que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnostica Baja Autoestima.

Tabla 19

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Violencia Autodirigida*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF4 Me siento bien conmigo mismo	47	2.40	2.00	36	3.50	4.00	240.000	.000
VPF5 Puedo enfrentar el estrés en mi vida	47	2.55	2.00	36	3.06	3.00	566.500	.006
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	47	2.21	2.00	36	3.06	3.00	414.500	.000
VPF9 Me siento a gusto con mi sexualidad	47	3.43	3.00	36	3.72	4.00	601.000	.009

Tabla 19

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Violencia Autodirigida*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF10 Mi salud es importante para mí	47	3.26	3.00	36	3.63	4.00	574.000	.005
VPF13 Me siento a gusto con mi peso	47	2.57	3.00	36	3.06	3.00	574.000	.008
VPF16 Tengo esperanzas en el futuro	47	2.53	3.00	36	3.25	3.00	422.00	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	47	2.30	2.00	36	3.11	3.00	410.500	.000
VPF18 Me gusta la manera en que luzco	47	2.79	3.00	36	3.25	3.00	570.500	.007
VPF19 Me siento bien por las decisiones que tomo	47	2.47	2.00	36	2.94	3.00	571.000	.006
VPF28 Estoy feliz con mi vida	47	2.66	3.00	36	3.33	4.00	437.000	.000
VPF37 Estoy satisfecho con mi vida social	47	2.64	3.00	36	3.39	3.50	392.000	.000
VPF38 Me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	47	2.38	2.00	36	3.22	3.00	412.500	.000
VPF47 Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	47	3.13	3.00	36	3.56	4.00	584.000	.008
VPF52 Tengo dificultad para controlar mi ira	47	2.48	2.00	36	3.25	3.00	394.000	.000
VPF55 Me siento en riesgo de daño físico	47	2.85	3.00	36	3.47	4.00	484.500	.000
VPF57 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	47	2.77	3.00	36	3.22	3.00	543.000	.002

En la tabla 19 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales (VPF), que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Riesgo de Violencia Autodirigida.

Tabla 20

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Riesgo de Traumatismo*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF25 Uso el cinturón de seguridad	46	1.54	1.00	37	3.22	3.00	165.000	.000
VPF30 Puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	46	2.89	3.00	37	3.24	3.00	636.000	.032
VPF48 Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco)	46	3.35	4.00	37	3.95	4.00	645.500	.005
VPF50 Tengo dificultades de la visión	46	3.23	4.00	37	3.86	4.00	552.500	.001
VPF58 Temo por mi seguridad	46	3.11	3.00	37	3.54	4.00	652.500	.045

En la tabla 20 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales (VPF), que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Riesgo de Traumatismo.

Tabla 21

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Riesgo de Intoxicación*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF4 Me siento bien conmigo mismo	46	2.67	2.50	37	3.14	3.00	586.500	.010
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	46	2.11	2.00	37	3.16	3.00	316.000	.000
VPF16 Tengo esperanzas en el futuro	46	2.54	3.00	37	3.22	3.00	468.500	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	46	2.26	2.00	37	3.14	3.00	383.500	.000
VPF19 Me siento bien por las decisiones que tomo	46	2.46	2.00	37	2.95	3.00	569.500	.005
VPF20 Estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	46	2.41	2.00	37	2.89	3.00	573.000	.006
VPF28 Estoy feliz con mi vida	46	2.52	2.00	37	3.49	4.00	331.000	.000
VPF32 Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	46	2.46	2.00	37	3.11	3.00	469.500	.000
VPF38 Me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	46	2.43	2.00	37	3.14	3.00	488.000	.000
VPF48 Uso drogas recreativas (es decir cualquier droga que no sea alcohol y/o tabaco)	46	3.37	4.00	37	3.92	4.00	681.500	.021
VPF57 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	46	2.65	3.00	37	3.35	3.00	412.500	.000

En la tabla 21 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Riesgo de Intoxicación.

Tabla 22

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Ansiedad*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF4 Me siento bien conmigo mismo	45	2.56	2.00	38	3.26	3.00	460.000	.000
VPF5 Puedo enfrentar el estrés en mi vida	45	2.44	2.00	38	3.16	3.00	443.000	.000
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	45	2.20	2.00	38	3.03	3.00	425.500	.000
VPF15 Me duermo sin problemas	45	2.44	2.00	38	3.37	4.00	349.000	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	45	2.29	2.00	38	3.08	3.00	426.500	.000
VPF19 Me siento bien por las decisiones que tomo	45	2.42	2.00	38	2.97	3.00	538.000	.002
VPF20 Estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	45	2.44	2.00	38	2.84	3.00	617.000	.018*
VPF27 Estoy en excelente salud	45	2.49	2.00	38	3.00	3.00	546.500	.003
VPF28 Estoy feliz con mi vida	45	2.67	3.00	38	3.29	4.00	507.000	.001

Tabla 22

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Ansiedad*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF30 Puedo concentrarme por un periodo largo de tiempo	45	2.76	3.00	38	3.39	4.00	447.500	.000
VPF31 Puedo aprender nueva información con facilidad	45	2.87	3.00	38	3.53	4.00	396.000	.000
VPF32 Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	45	2.44	2.00	38	3.11	3.00	449.000	.000
VPF35 Estoy satisfecho con lo que hago de trabajo	45	2.80	3.00	38	3.37	3.00	507.000	.001
VPF37 Estoy satisfecho con mi vida social	45	2.67	3.00	38	3.32	3.50	621.000	.021
VPF54 Me preocupo mucho	45	2.44	2.00	38	2.76	3.00	643.500	.034
VPF57 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	45	2.76	3.00	38	3.21	3.00	551.500	.002

En la tabla 22 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Ansiedad

Tabla 23

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Procesos Familiares Disfuncionales*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF5 Puedo enfrentar el estrés en mi vida	43	2.54	2.00	40	2.97	3.00	636.000	.030
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	43	2.07	2.00	40	3.13	3.00	317.500	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	43	2.30	2.00	40	3.03	3.00	452.000	.000
VPF19 Me siento bien por las decisiones que tomo	43	2.47	2.00	40	2.90	3.00	589.500	.008
VPF20 Estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	43	2.28	2.00	40	3.00	3.00	412.500	.000
VPF36 Me siento cómodo con el papel que desempeño en mi familia	43	2.53	2.00	40	3.28	3.00	435.500	.000
VPF42 Participo en actividades de cuidados de los miembros de mi familia	43	1.74	2.00	40	2.48	2.00	473.500	.000
VPF52 Tengo dificultad para controlar mi ira	43	2.65	2.00	40	3.00	3.00	645.000	.036
VPF57 Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	43	2.74	3.00	40	3.20	3.00	575.000	.004

En la tabla 23 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnostica Procesos Familiares Disfuncionales

Tabla 24

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Desempeño Ineficaz del Rol*

Reactivos	Si			No			U	Valor p
	n	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF5 Puedo enfrentar el estrés en mi vida	42	2.38	2.00	41	3.17	3.00	407.000	.000
VPF11 Puedo hacer cambios en el estilo de vida para mejorar mi salud	42	2.62	3.00	41	3.17	3.00	559.000	.004
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	42	2.33	2.00	41	2.98	3.00	501.500	.000
VPF20 Estoy satisfecho por mi capacidad de resolver mis problemas	42	2.43	2.00	41	2.83	3.00	639.000	.024
VPF22 Puedo ajustarme a los cambios en mi vida	42	2.52	3.00	41	3.20	3.00	473.000	.000
VPF32 Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	42	2.45	2.00	41	3.05	3.00	500.000	.000
VPF38 Me siento cómodo con mis sentimientos y emociones	42	2.55	2.00	41	2.95	3.00	658.000	.047
VPF39 Siento que puedo comunicarme fácilmente con otros	42	2.64	3.00	41	3.07	3.00	608.000	.013
VPF52 Tengo dificultad para controlar mi ira	42	2.59	2.00	41	3.04	3.00	578.500	.006

En la tabla 24 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnóstica Desempeño Ineficaz del Rol.

Tabla 25

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnostica: Descuido Personal*

Reactivos	Si			No		U	Valor p	
	N	M	Mdn	n	M			Mdn
VPF2 Hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces a la semana o más	42	2.07	2.00	41	2.54	3.00	638.00	.035
VPF4 Me siento bien conmigo mismo	42	2.60	2.00	41	3.17	3.00	536.00	.002
VPF11 Puedo hacer cambios en el estilo de vida para mejorar mi salud	42	2.62	3.00	41	3.17	3.00	557.500	.003
VPF16 Tengo esperanzas en el futuro	42	2.57	3.00	41	3.12	3.00	549.500	.002
VPF21 Busco atención inmediata por cambios en mi salud	42	2.50	2.50	41	3.02	3.00	574.500	.005
VPF24 Puedo seguir las recomendaciones de mi proveedor de cuidados	42	2.24	2.00	41	2.78	3.00	569.00	.004
VPF27 Estoy en excelente salud	42	2.36	2.00	41	3.10	3.00	433.00	.000
VPF43 Siento estrés, tensión o presión	42	3.12	3.00	41	3.56	4.00	597.500	.008
VPF48 Uso drogas recreativas	42	3.24	4.00	41	4.00	4.00	553.500	.000
VPF49 Fumo cigarrillos	42	2.64	3.00	41	3.51	4.00	451.00	.000

En la tabla 25 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta diagnostica Descuido Personal.

Tabla 26

*U de Mann-Whitney para la etiqueta diagnóstica: Mantenimiento Ineficaz de la Salud*

Reactivos	Si				No		U	Valor p
	N	M	Mdn	n	M	Mdn		
VPF6 Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	42	2.31	2.00	41	2.85	3.00	585.500	.008
VPF10 Mi salud es importante para mí	42	3.19	3.00	41	3.66	4.00	519.000	.000
VPF14 Sano con facilidad	42	3.00	3.00	41	3.46	4.00	521.500	.001
VPF15 Me duerno sin problemas	42	2.52	2.00	41	3.22	3.00	480.500	.000
VPF17 Siento que estoy en el control de mi vida	42	2.36	2.00	41	2.95	3.00	520.000	.001
VPF21 Busco atención inmediata por cambios en mi salud	42	2.48	3.00	41	3.05	3.00	536.500	.001
VPF22 Puedo ajustarme a los cambios en mi vida	42	2.55	3.00	41	3.17	3.00	481.000	.000
VPF23 Me hago un examen anual de salud	42	1.45	1.00	41	2.24	2.00	416.500	.000
VPF27 Estoy en excelente salud	42	2.31	2.00	41	3.15	3.00	377.000	.000
VPF41 Me considero sano	42	2.62	3.00	41	3.41	3.00	362.000	.000
VPF52 Tengo dificultad para controlar mi ira	42	2.54	2.00	41	3.09	3.00	524.000	.001

En la tabla 26 se muestran los reactivos del instrumento Valoración de los Patrones Funcionales, que mostraron tener significancia en la etiqueta Mantenimiento Ineficaz de la Salud.

## Capítulo IV

### Discusión

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

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes del estudio se encontró que una mayor proporción fueron del sexo masculino y que no contaban con pareja, este resultado es similar con lo reportado por Min et al, 2007 de mayor consumo en los pacientes que sufrieron accidentes y lesiones por violencia con un 89.2%. En relación con el consumo de drogas ilícitas previas al ingreso hospitalario la marihuana (12%) fue la de mayor consumo entre los participantes del presente estudio, seguida por la cocaína (2.40%), resultados que concuerdan con la ENA, 2008, así mismo por lo reportado por Oliva et al, 2010 donde se manifestó que la droga lícita de mayor consumo por la población mexicana fue el alcohol y como drogas ilícitas de mayor consumo fueron la marihuana y la cocaína.

La media de edad de consumo de alcohol fue a los 17.21 años resultados similares con Oliva, et al., 2010, la media de edad de inicio de drogas ilícitas fue de 14.77 años resultados similares a lo reportado por la ENA, 2008 quien refiere que la edad de inicio de estas drogas se presentó antes de los 17 años, sin embargo, estos resultados difieren con Oliva, et al., 2010; quienes mencionan que la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas fue a los 17 años.

Referente al primer objetivo que fue determinar las etapas de cambio en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas lícitas e ilícitas. La etapa de mayor prevalencia para ambos consumos fue la de contemplación al cambio, ya que más de la mitad reportó encontrarse en dicha etapa, resultados similares a los presentados por Oliva, et al., 2010, Blow et al., 2010 y Min, et

al., 2007, esto se puede atribuir a que los pacientes después de un periodo postraumático agudo como lo son los accidentes y/o lesiones por violencia les brinda la oportunidad de reflexionar sobre un cambio de conducta con respecto al consumo de drogas que posiblemente fue uno de los factores que puede estar asociado con el ingreso a la sala de urgencias.

En relación al segundo objetivo que fue identificar las etiquetas diagnósticas de enfermería en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas e ilícitas. Se encontró que las etiquetas diagnósticas de mayor prevalencia para el consumo de alcohol fueron las siguientes: 1) Riesgo Estreñimiento, resultado que coincide con lo reportado por López et al., 2007 quienes refieren que el consumo de una sustancia tóxica como el alcohol genera menor número de deposiciones semanales. 2) Baja Autoestima, resultado que concuerda con Inglés et al, 2007 quienes mencionaron que es probable que la embriaguez ocasional y la dependencia del alcohol sean factores de riesgo para cuadros de ansiedad y depresión.

3) Riesgo de Violencia Autodirigida, resultado similar reportado por Cáceres et al., 2006; que mencionan que el consumo de alcohol es un predictor para la generación de la violencia; 4) Riesgo de Traumatismo, resultado similar a lo reportado por la Organización Mundial de la Salud, 2008, quien menciona que el alcohol produce consecuencias secundarias como traumatismos no intencionales ; así mismo por Casanova, Borges, Mondragón, Medina, Cherpitel, 2001 quienes sugieren que el consumo episódico de alcohol trae consigo un riesgo elevado de sufrir accidentes de vehículo de motor en forma inmediata

5) Riesgo de Intoxicación este resultado es similar a lo reportado por Izquierdo, 2002 quien menciona que la intoxicación aguda se produce por el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y por la cantidad superior a la tolerancia individual de la persona, situación que se refleja en los participantes del presente estudio. 6) Desempeño Ineficaz del Rol, resultado similar a lo que reportaron López y López, 2007 donde mencionan que las conductas disociales, la angustia de separación, trastorno por déficit de atención, oposicionismo, falta de apego a las reglas y problemas con la autoridad están relacionados con el consumo de alcohol, mismas que generan patrones de conducta que no concuerdan con las normas o expectativas del contexto en el que se encuentran las personas.

Este estudio también permitió conocer las etiquetas diagnósticas de enfermería para pacientes que consumieron drogas ilícitas (marihuana y cocaína) como fueron:

1) Descuido Personal y Gestión Ineficaz de la Propia Salud resultados que se reportan como causa del consumo de marihuana, quien entorpece la coordinación y el equilibrio al adherirse a los receptores en los ganglios basales y el cerebelo, que son las partes del cerebro que regulan el equilibrio, la postura, la coordinación y el tiempo de reacción. Por lo tanto, también se ve afectada la capacidad de realizar tareas entre las que se encuentran: aprender, conducir o cuidar su salud (Schweinsburg, Brown & Tapert, 2008)

2) Ansiedad, resultado similar con lo reportado por Musitu y Herreo, 2003, Cáceres et al., 2006 y Álvarez et al., 2008 quienes refieren que la presencia de ansiedad, depresión o estrés está asociado al consumo de drogas, ya que estas sustancias modifican los sentimientos asociados al malestar emocional, mitigar la tensión y el estrés, afrontar cambios, entre otros. 3) Riesgo de Traumatismo resultado similar a Vadillo & Rodríguez, 2009 quienes señalan que los consumidores de cocaína presentan riesgos de traumatismos, asimismo refieren O'Malley y Johnston 2007 y Richer y Bergeron 2009

que una persona intoxicada por marihuana tiene una mayor probabilidad de estar involucrada en un accidente y de ser responsable del mismo 4) Riesgo de Intoxicación, resultado similar a lo reportado por Vadillo & Rodríguez, 2009 que indica que existe un mayor riesgo de intoxicación cuando se consume cocaína de forma conjunta con alcohol, ya que dicha combinación genera el cocaetileno, que incrementa el efecto euforizante de la cocaína y los efectos tóxicos en el sistema cardiovascular.

5) Riesgo de Violencia Autodirigida, resultado similar a lo reportado por Vadillo & Rodríguez, 2009 y Álvarez, 2008 quienes señalan que un periodo de abstinencia, puede generar conductas que dañen su integridad física. 6) Riesgo de Suicidio éste resultado concuerda con lo mencionado por Halpern et al., 2005 quienes reportaron que los consumidores de marihuana pueden presentar tendencias suicidas, por lo que constituyen un peligro para sí mismos y como para los demás. La muerte con frecuencia en estas personas es el resultado de lesiones accidentales o suicidio durante un episodio de intoxicación.

Respecto al tercer objetivo, que hace referencia a la relación que existe entre las etapas de cambio con los factores como: edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y motivo de ingreso. Se encontró una relación negativa y significativa entre la etapa de precontemplación y los años de escolaridad; resultados que coinciden con lo reportado por Rangel, 2004; lo que significa que a menor escolaridad, mayor posibilidad de resistencia al cambio. Así mismo se encontró una relación positiva y significativa entre la etapa de cambio de contemplación y el sexo resultados que difieren de Min et al, 2007 y Oliva et al., 2010 dicho comportamiento puede ser explicado por el número de pacientes que ingresaron a la sala de urgencias, en donde predominó el sexo masculino.

## Conclusiones

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

Las etiquetas diagnósticas de enfermería de acuerdo a la taxonomía II NANDA más frecuentes en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas lícitas (alcohol) e ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención fueron: Riesgo Estreñimiento, Baja Autoestima, Riesgo de Violencia Autodirigida, Riesgo de Traumatismo, Riesgo de Intoxicación, Desempeño Inefectivo del Rol, Mantenimiento Ineficaz de la Salud y Ansiedad.

Las etiquetas diagnósticas de enfermería de acuerdo a la taxonomía II NANDA más frecuentes en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas ilícitas (marihuana y cocaína) e ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel fueron: Descuido Personal, Gestión Ineficaz de la Propia Salud, Ansiedad, Riesgo de traumatismo, Riesgo de Intoxicación, Riesgo de Violencia Autodirigida y Riesgo de suicidio.

Se presentó un efecto significativo entre la variable etapa de cambio precontemplación y escolaridad. Así mismo, se encontró un efecto significativo entre la etapa de contemplación y sexo.

Los instrumentos Escala de Valoración de Cambio Urica y Valoración de los Patrones Funcionales de Salud reportaron consistencia interna aceptable.

## **Recomendaciones**

Realizar una réplica del estudio en pacientes que ingresan a una sala de urgencias, incrementando la muestra, para conocer si los resultados del presente estudio se presentan de forma similar, así como incrementar la muestra de pacientes consumidores de drogas ilícitas (marihuana y cocaína) y agregar a los pacientes que consumieron inhalables, ya que en el presente estudio se encontró una muestra importante de consumidores de dicha sustancia.

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

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

Se recomienda a los profesionistas de la salud de las salas de urgencias que atienden a los pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas de prevención secundaria a fin de reducir la demanda de drogas.

## Referencias

- Alonso, M., & Esparza, S. (2003). Intervención breve: estrategias para la disminución del consumo de alcohol en pacientes que sufrieron un accidente automovilístico. *Desarrollo Científico de Enfermería, 11* (1), 6-11.
- Álvarez, M., Cuervo, M., Espinal, M., & Castaño, J. (2008). Diagnósticos de Enfermería, Perfil Social y Clínico en Adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín 2006. *Revista de Salud Mental Alcohol y Drogas, 1*(4),1-14.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnostico de Enfermería. (2005) *Validación de la taxonomía NANDA II en España*. Recuperado de <http://www.aentde.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=3>
- Bejerano, J., & Obando, P. (2002). Trauma y consumo en pacientes admitidos en salas de emergencias en 2 hospitales generales de Costa Rica. *Salud y Drogas, 2*(1), 47-60.
- Blow, F.,Walton, M., Murray, R., Cunningham, R., Chermack, S., Barry, K., Llgén, M. & Sala, B. (2010). Intervention attendance among emergency department patients with alcohol-and drug-use disorders. *Jurnal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(5), 713.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. & Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psychol. Bogotá, 5*(3), 521-534.
- Casanova, L., Borger, G., Mondragón, L., Medina, M. E., & Cherpitel, Ch. (2001). El alcohol como factor de riesgo y accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental, 24*(5), 3-10.

- Comisión Nacional de Bioética. (2010). *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. Gobierno Federal, México.
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico en de la violencia en las Américas. *Rev. Biomédica*, 22(2), 347-361.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, [CONADIC]. (2008). Encuesta Nacional de las Adicciones, tabaco, alcohol y otras drogas. México, recuperado el 28 de agosto de 2010, [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)
- DiClemente, C., Bellino, L., & Neavins, T. (1999). Motivation of change and alcoholism treatment. *Alcohol Research and Health*, 23, 86-92.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. (1ª ed). España, Madrid. Síntesis.
- Fernández, E., Guerrero, F., Quintero, M., Ailed, E., Miñambres, E., Salinas, I., Rivera, R. & Galdos, P. (2008). Prevención secundaria en traumatizados relacionados con alcohol y drogas. *Medicina Intensiva*, 33(7), 321-326.
- Flores, F. Rodríguez, L., & Guzmán, F. (2008). Consumo de alcohol y características demográficas de usuarios en salas de urgencias Tamaulipas México. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 1(2), 1-14.
- Gómez, M., Balaguer, J., González, J., Montia, J., Selva, F., Vilchez, M., Jiménez, M., Lluch, M., & Ugalde, M. (2007). Estudios de diagnósticos enfermeros prevalentes en pacientes consumidores habituales de sustancias tóxicas en una unidad de patología dual. *Revista de Psiquiatría*, 17(3), 1-8.
- González, J. A. (2002). Etapas de cambio en pacientes que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Gordon, M. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería* (11ª ed.). España. McGraw-Hill/Interamerica.

- Halpern, J.H., Sherwood, A.R., Hudson, J.I., Yurgelun-Todd, D., & Pope, H.G. (2005). Psychological and cognitive effects of long-term peyote use among Native Americans. *Biol Psychiatry*, 58(8),624–631.
- Iyer, P., Taptich, B., & Bernocchi, D. (1997). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México. Mc Graw- Hill Interamericana.
- Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García, J.M., Hidalgo, M.D., & García, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 403-420.
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14(1), 175-193.
- Jones, D., & Barret, F. (1997). Functional Health Pattern Assessment Scening Tool. *Boston College School of Nursing*
- López, M. A., López, P. J., Cerdán, M. O., Ocaña, J. M., Celada, A., Solera, J., & Palomino, M. A. (2006). Estreñimiento en la población mayor de 50 años. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 98(6), 455-459.
- López, M. E., & López A. (2007). Relación del alcoholismo con los trastornos de la personalidad en una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(1), 1-15.
- McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J., & Velicer, W. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.
- McConaughy, E., Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Min, K., Sung, J., Jung, G., Soo, S., Gyu, J., Min, S., Ju, H., & Hoon, D. (2007). The Readiness to change and insight in alcohol dependent patients. *J. Korean Med Sci*, 22, 453-458.

- Mondragón, L., Borges, G., Avilés, K., & Casanova, L. (2005). Motivaciones al cambio en bebedores que ingresan a una sala de urgencias. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 169-176.
- Musitu, G., & Herrero, J. (2003). El rol de el autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista internacional de ciencias sociales y humanidades*, 8(1), 285-306.
- National Drug Intelligence Center.[NDIC]. (2010). National drug threat assessment Washington , D.C., recuperado el 05 de febrero de 2010, <http://www.justice.gov/ndic/pubs38/38661/38661p.pdf>.
- North American Nursing Diagnosis Association. [NANDA]. (2009). *Diagnósticos Definiciones y Enfermeros Clasificación 2009-2011*. España, S.L. ElSevier.
- Oliva, N., Barcellos, M., Alonso, M., & López, K. (2010). Accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas en pacientes atendidos en una sala de urgencias. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 18, 521-528.
- O'Malley, P.M., & Johnston, L.D. (2007). Drugs and driving by American high school seniors, 2001–2006. *J Stud Alcohol Drugs*, 68(6), 834–842.
- Operativo Argentino de Drogas. [OAD]. (2009). *El uso indebido de drogas y consulta de emergencia*. (Cuarto estudio nacional). Argentina.
- Organización de los Estados Americanos. [OEA]. (2010). *Evaluación del progreso del control de drogas 2007-2009*. (OAS/Ser.L/XIV.2.48; CICAD/docx.1843/10). México: Mecanismo de Evaluación Multilateral y Grupo de Expertos Gubernamentales.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2004*. Recuperado el 21 noviembre, 2008, de <http://www.who>.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4898s/9.html>

- Polít, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6a ed). México D.F. McGraw-Hill Interamericana.
- Prochaska, O., & DiClemente, C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, O., & DiClemente, C. (1994). Modelo de etapas con componentes múltiples para relacionar las estrategias y mensajes de prevención de drogas con a etapa de uso de los jóvenes. *Health Education Research Theory and Practice, 9* (1), 39-46.
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1995). *Changing for good*. New York, USA: Quill Haper Collins
- Rangel, M. (2004). Etapas de Cambio en pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Reyes, P., & Villar, M. (2004). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev. Latino-am Enfermagem, 12*, 420-426.
- Richer, I., & Bergeron, J. (2009). Driving under the influence of cannabis: Links with dangerous driving, psychological predictors, and accident involvement. *Accid Anal Prev , 41*(2), 299–307.
- Romero, R.M. (2004). Metodología para la determinar necesidades de cuidado de enfermería en adolescentes. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Schweinsburg, A.D., Brown, S.A., & Tapert, S.F. (2008). The influence of marijuana use on neurocognitive functioning in adolescents. *Curr Drug Abuse Rev, 1*(1), 99–111.

- Secretaría de Salud [SS]. (1999). *Norma Oficial Mexicana [NOM-28-SSA2-1999] para la prevención, tratamiento y control de adicciones*. Recuperado el 02 de junio del 2011 de [http:// www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html)02/06/11
- Secretaría de Salud [SS]. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud* (7<sup>a</sup> ed.). México. Porrúa.
- Tapia, C. R. (2001). *Las adicciones, dimensión, impacto y perspectiva* (2<sup>a</sup> ed.). México, D.F. Manual Moderno.
- Tintinalli, J., Ruiz, E., & Krome, R. (1997). *Medicina de Urgencias*. Escala de coma de Glasgow. México. McGraw-Hill Interamericana.
- Vadillo, S., & Rodríguez, E. (2009). Diagnósticos en pacientes dependientes a cocaína. Interpsiquis, 10<sup>o</sup> Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/40032/>

## **Apéndices**

## Apéndice A

### Escala de Coma de Glasgow

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

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

## Apéndice B

### Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



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

Autor del estudio: Lic. Marily Daniela Amaro Hinojosa

Director de Tesis: ME. Teresita de Jesús Campa Magallon

#### Prologo:

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

#### Propósito del Estudio:

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

#### Descripción del estudio/procedimiento:

- En caso de aceptar participar en el presente estudio se le aplicarán tres cuestionarios que tienen la duración de 30 minutos, esto se llevará a cabo durante su hospitalización, esta actividad se realizará en un horario que no interfiera con los cuidados o actividades que se realizan dentro de la institución (vista del médico, aplicación de medicamentos, hora de visita, entre otras). Donde se cuidará cuidara en todo momento su privacidad y anonimato.
- Es importante mencionar a usted que en caso de participar, usted tendrá la libertad de terminar su participación en cualquier momento del estudio. La información que se facilite no será proporcionada a ninguna persona, ni a la propia institución hospitalaria.

**Riesgos e inquietudes:**

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

**Beneficios esperados:**

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

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación**

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

**Preguntas:**

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

**Consentimiento:**

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

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

## Apéndice C

### Cedula de Datos Personales

No de cuestionario

Edad:       Sexo:  M  F      Ocupación: Trabaja   
 Estudia   
 Trabaja y Estudia   
 Otros

Años de escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado marital: Con pareja       Sin Pareja

Motivo de ingreso: \_\_\_\_\_

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

## Apéndice D

### Escala de Valoración de Cambio de URICA Alcohol

No. De cuestionario: \_\_\_\_\_

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

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

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

<b>Pregunta</b>	<b>TD</b>	<b>ED</b>	<b>I</b>	<b>DA</b>	<b>TA</b>
1. Cree usted no tener ningún problema con su forma de beber que requiera cambios	1	2	3	4	5
2. Piensa que podría estar listo para mejorar por usted mismo el consumo de alcohol	1	2	3	4	5
3. Esta haciendo algo respecto a los problemas que le han estado preocupando por su forma de beber	1	2	3	4	5
4. Podría valer la pena que usted haga algo con su problema de la bebida	1	2	3	4	5
5. Usted no tiene problema con el alcohol? Y no tiene sentido que esté en un programa para dejar de beber	1	2	3	4	5
6. Le preocupa que pueda recaer en el problema de la bebida, que ya había cambiado y quisiera buscar ayuda	1	2	3	4	5
7. Actualmente ha estado trabajando algo en su problema con la bebida	1	2	3	4	5
8. Ha estado pensando que tal vez quiera cambiar algo acerca de usted mismo	1	2	3	4	5
9. Ha tenido éxito al tratar de resolver su problema de beber, pero no está seguro que pueda mantener lo que ha logrado por si mismo	1	2	3	4	5
10. En ocasiones su problema con el alcohol es difícil, pero está haciendo algo para resolverlo	1	2	3	4	5
11. Preocuparse por su forma de beber es una gran pérdida de tiempo para usted porque el problema de beber no tiene que	1	2	3	4	5

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

## Apéndice E

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

No. De cuestionario: \_\_\_\_\_

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

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

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

Pregunta	TD	ED	I	DA	TA
1. Cree usted no tener ningún problema con su forma de consumir drogas que requiera cambios	1	2	3	4	5
2. Piensa que podría estar listo para mejorar por usted mismo el consumo de drogas	1	2	3	4	5
3. Esta haciendo algo respecto a los problemas que le han estado preocupando por su forma de consumir drogas	1	2	3	4	5
4. Podría valer la pena que usted haga algo con su problema del consumo de drogas	1	2	3	4	5
5. Usted no tiene problema con drogas? Y no tiene sentido que esté en un programa para dejar de consumir drogas	1	2	3	4	5
6. Le preocupa que pueda recaer en el problema del consumo de drogas, que ya había cambiado y quisiera buscar ayuda	1	2	3	4	5
7. Actualmente ha estado trabajando algo en su problema de consumir drogas	1	2	3	4	5
8. Ha estado pensando que tal vez quiera cambiar algo acerca de usted mismo	1	2	3	4	5
9. Ha tenido éxito al tratar de resolver su problema de consumir drogas, pero no está seguro que pueda mantener lo que ha logrado por si mismo	1	2	3	4	5
10. En ocasiones su problema con drogas es difícil, pero está haciendo algo para resolverlo	1	2	3	4	5
11. Preocuparse por su forma de consumir drogas es una gran pérdida de tiempo para usted porque el problema de consumo de drogas no tiene que ver con usted	1	2	3	4	5

12. Espera que una terapia personal o de grupo lo ayude a entenderse mejor usted mismo	1	2	3	4	5
13. Cree que tiene defectos, pero no hay nada que realmente piensa que debe trabajar en él para resolverlo	1	2	3	4	5
14. Realmente está haciendo un gran esfuerzo por cambiar su forma de consumir drogas	1	2	3	4	5
15. Tiene un problema de consumo de drogas y realmente piensa que debe trabajar en él para resolverlo	1	2	3	4	5
16. No le está dando un seguimiento tan bien como esperaba a lo que ya había cambiado, y puede ingresar a un programa para evitar una recaída en su problema de consumo de drogas	1	2	3	4	5
17. Aunque no siempre ha tenido éxito para cambiar, al menos está trabajando algo en su problema con drogas	1	2	3	4	5
18. Pensó usted que una vez que hubiera resuelto su problema con las drogas estaría libre de él, pero todavía se encuentran luchando con él.	1	2	3	4	5
19. Le gustaría tener más ideas sobre cómo resolver su problema de consumir drogas	1	2	3	4	5
20. Ha empezado a trabajar su problema de consumir drogas, pero le gustaría recibir ayuda	1	2	3	4	5
21. Quizá la terapia le puede ayudar a reflexionar sobre su problema con de consumir drogas	1	2	3	4	5
22. Puede que necesite un estímulo ahora mismo para ayudarlo a mantener cambios	1	2	3	4	5
23. Cree que sea parte del problema de consumir drogas, pero piensa que realmente lo sea	1	2	3	4	5
24. Espera que alguien en la terapia de apoyo le dé un buen consejo para usted	1	2	3	4	5
25. Cualquiera puede hablarle acerca de cambiar, en realidad usted está haciendo algo respecto a su forma de consumir drogas	1	2	3	4	5
26. Todas las pláticas acerca de terapia de apoyo son aburridas y piensa que la gente no puede entenderlas	1	2	3	4	5
27. Le gustaría en la terapia de apoyo para evitar tener una recaída del problema drogas que pensó que ya había resuelto	1	2	3	4	5
28. Es frustrante, pero siente que podía estar teniendo una recaída de un problema con las drogas que pensó que ya había resuelto	1	2	3	4	5
29. Tiene preocupaciones, pero el resto de la gente también ¿Por qué pasar el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5
30. Está trabajando activamente en algo de su problema con las drogas	1	2	3	4	5
31. Prefiere sobrellevar sus defectos que tratar de cambiarlos	1	2	3	4	5
32. Después de todo lo que ha hecho para tratar de cambiar su problema con las drogas, de vez en cuando vuelve a perseguirlo.	1	2	3	4	5

## Apéndice F

### Instrumento de Valoración Patrones Funcionales

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

Definición de respuestas

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

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

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

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

## Apéndice G

### Oficio de Autorización de la Institución



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Oficio FAEN No. 279/2011



FAEN

**DR. SANTOS GUZMÁN LÓPEZ**

Director del Hospital Universitario

"Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L.

Presente.-

**At'n: Lic. Teresa Hernández Montoya**

Coordinadora de Enfermería

**Estimado Dr. Guzmán:**

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

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

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"

UANL, FACULTAD DE MEDICINA

Monterrey Nuevo León, a 17 de Junio de 2011

Soma

27 JUN 2011

4:53

RECIBIDO  
DIRECCIÓN

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



c.c.p. archivo



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

## **Resumen Autobiográfico**

Lic. Marily Daniela Amaro Hinojosa

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** Etapas de Cambio y Etiquetas Diagnósticas de Enfermería en Pacientes  
Consumidores de Drogas Lícitas e Ilícitas

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

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

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

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

mail: daniela1267304@hotmail.com