

Patrones de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los pacientes que ingresan a una sala de urgencias¹

Marily Daniela Amaro Hinojosa²
Teresita de Jesús Campa Magallón³
Pedro César Cantú-Martínez⁴
Marco Vinicio Gómez Meza⁵

Institución: Universidad Autónoma de Nuevo León

COMO CITAR

Amaro, M.D., Campa, T.J., Cantú-Martínez, P.C. y Gómez (2016). Patrones de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los pacientes que ingresan a una sala de urgencias. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22340>

RESUMEN

Introducción. El objetivo de este trabajo es identificar la disposición de las personas que acuden a una sala de urgencias en cuanto a modificar sus conductas de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Método. El estudio fue de tipo descriptivo con un diseño transversal. La población la constituyeron 83 pacientes mayores de 18 años que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención en Monterrey, México. El muestreo se realizó en el año 2011.

Resultados. La población de estudio estuvo integrada principalmente por hombres ($fi=79$, $hi=95,2\%$), cuya ocupación era la de trabajador ($fi=54$, $hi=71,1\%$), que ingresaron a la sala de urgencias por lesiones por violencia ($fi=42$, $hi=50,6\%$), principalmente por consumo de alcohol ($fi=71$, $hi=85,5\%$), seguido por el de marihuana ($fi=7$, $hi=8,5\%$). Los participantes se encontraron mayormente en la etapa de contemplación, en un 62,2% ($fi=46$) y 77,8% ($fi=7$), respecto de drogas lícitas e ilícitas.

Conclusión. Esencialmente, los entrevistados se encuentran en la etapa de contemplación tanto para el consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo cual precisa una corrección de tales conductas.

Palabras clave: conducta adictiva, alcoholismo, abuso de marihuana, cocaína, violencia.

¹ **Fecha de Recepción:** 27 de julio del 2015

Fecha de aceptación: 25 de octubre del 2015

² Maestra en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. México. Correo electrónico: daniela1267304@hotmail.com

³ Doctorado en Bioética, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. México. Correo electrónico: terecampa@hotmail.com

⁴ Doctorado en Ciencias Biológicas, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Ciencias Biológicas. México. Correo electrónico: cantup@hotmail.com

⁵ Doctorado en Estadística, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Economía. México. Correo electrónico: marco.gomezmez@uanl.edu.mx

Patterns of consumption of licit and illicit drugs patients entering an emergency room¹

Marily Daniela Amaro Hinojosa²
Teresita de Jesús Campa Magallón³
Pedro César Cantú-Martínez⁴
Marco Vinicio Gómez Meza⁵

Institution: Autonomous University of Nuevo León

CITED:



Amaro, M.D., Campa, T.J., Cantú-Martínez, P.C. y Gómez (2016). Patterns of consumption of licit and illicit drugs patients entering an emergency room. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22340>

ABSTRACT

Background. To identify the arrangement of people to change their consumption behavior of licit and illicit drugs that go to an emergency room.

Method. A descriptive cross-sectional design study. The population of patients older than 18 who suffered an accident or injury by violence related to drug use and admitted to the emergency room of a public institution of tertiary care in Monterrey, Mexico, was established. 83 people participated and sampling was conducted in the year 2011.

Results. The study population consisted mainly of men ($f_i=79$, $h_i=95,2\%$), mostly whose occupation was that of worker ($f_i=54$, $h_i=71,1\%$), admitted to the emergency room for injuries by violence ($f_i=42$, $h_i=50,6\%$). Participants are mostly in the contemplation stage, 62,2% ($f_i=46$) and 77,8% ($f_i=7$), to legal and illegal drugs.

Conclusion. Essentially the participants are in the contemplation stage for both legal and illegal consumption of drugs, indicating a correction to their behavior.

Keywords: addictive-behavior, alcohol-abuse, marijuana, cocaine, violence.

¹ **Date of receipt:** July 27, 2015

Date of acceptance: October 25, 2015

² Master of Science in Nursing, Autonomous University of Nuevo León, Nursing Faculty. México. E-mail: daniela1267304@hotmail.com

³ Doctorate in Bioethics, Autonomous University of Nuevo León, Nursing Faculty. México. E-mail: terecampa@hotmail.com

⁴ Doctorate in Biology Sciences, Autonomous University of Nuevo León, Biological Sciences Faculty. México. E-mail: cantup@hotmail.com

⁵ Doctorate in Statistics, Autonomous University of Nuevo León, Economy Faculty. México. E-mail: marco.gomezmez@uanl.edu.mx

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas lícitas e ilícitas es considerado un problema de salud pública que afecta la salud física, mental y social de la población en el mundo, del que México no es la excepción ([Moreno y Cantú-Martínez](#), 2002; [Organización de los Estados Americanos](#), 2010; [Leiva, Pereira, Lobo](#), 2010; [Comisión Nacional Contra las Adicciones](#), 2011a; [Coordinación de Humanidades Programa Universitario de Derechos Humanos](#), 2014).

Los daños a la salud provocados por el consumo de drogas incrementan la prevalencia de pacientes que solicitan atención en los servicios de salud, en particular los de urgencias en los que una de las principales acciones del personal de enfermería es elaborar planes de cuidado para cada paciente que ingresa por problemas asociados al consumo de drogas con la finalidad de desarrollar diagnósticos de enfermería reales o de riesgo. Cabe señalar que en dicho servicio tal situación no es frecuente en personas que ingresan por un accidente o lesión relacionados con el consumo de drogas ([Fernández, Guerrero, Quintero Ailed, et al](#), 2008; [Flores, Rodríguez y Guzmán](#), 2008; [Reyes y Villar](#), 2004).

Respecto de lo mencionado, en países de América Latina, como Costa Rica se reportó que el 25% de los casos atendidos en salas de urgencias se originó por eventos traumáticos ligados al consumo de drogas ingeridas seis horas previas al ingreso ([Bejarano y Obando](#), 2002). En Argentina, el gobierno refirió que el 9,4% de los ingresos a la sala de urgencias estaban relacionados con el consumo de drogas: un 13,2% al consumo de alcohol; un 1,4%, al de marihuana y un 0,4%, al de cocaína (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, 2009). En el caso de México, uno de cada siete ingresos a la sala de urgencias se origina por lesiones vinculadas al consumo de drogas; por ejemplo, en el Estado de Nuevo León, los motivos de ingreso a la sala de urgencias relacionados con el consumo de drogas se debieron a accidentes automovilísticos y riñas, cuya principal razón es el consumo de alcohol, marihuana y la cocaína ([Oliva, Barcellos, Alonso y López](#) 2010).

En torno al tema, se ha documentado que en los servicios de urgencias ha sido posible identificar que un periodo postraumático (lesiones o accidentes), ligado al consumo de drogas lícitas e ilícitas, representa una oportunidad para contribuir a que los pacientes cambien su conducta y disminuyan su patrón de consumo de drogas, dado que la literatura refiere que los pacientes se encuentran en una etapa de crisis y tienen disposición para reflexionar sobre su uso y/o abuso de drogas y muestran más sensibilidad al cambio de conducta ([Fernández, Guerrero, Quintero, Ailed et al](#), 2008; [Oliva et al](#), 2010; [National Drug Intelligence Center](#), 2010; [Rangel](#), 2004). En cuanto a las etapas de cambio, corresponden a las fases que una persona puede experimentar cuando modifica su conducta, sobre todo ante la presencia de conductas de riesgo como el consumo de drogas, tras las que, eventualmente, puede adoptar conductas saludables siempre y cuando se tenga la disposición o el deseo de un cambio de conducta, lo que se constituye en una oportunidad para que el profesional de enfermería considere la decisión de cambio del paciente y realice intervenciones enfocadas a sensibilizarlo respecto del cambio de conducta para disminuir o para abstenerse del consumo de alcohol o de drogas ilícitas, a partir del Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio de Conducta de Prochaska y DiClemente ([Prochaska y DiClemente](#), 1983; [González](#), 2002; [Alonzo y Esparza](#), 2003; [Oliva et al](#), 2010).

Dado lo anterior, el objetivo de este estudio radica en identificar la disposición que tiene la persona para modificar su conducta de consumo de drogas, con el propósito de determinar la etapa de cambio en el consumo de drogas lícitas e ilícitas de pacientes que ingresan a una sala de urgencias de una institución pública de salud de tercer nivel de atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población fue constituida por pacientes mayores de 18 años que sufrieron un accidente o lesión por violencia vinculados 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 en Monterrey, México. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y fue llevado a cabo en el año 2011. El tamaño de la muestra fue de 83 participantes. Para identificar si los pacientes cumplían con el criterio de inclusión en el presente estudio se utilizó la Escala de Coma de Glasgow que fue elaborada por [Tintinalli, Ruiz y Krome](#) (1997), con la que se determinó incluir solo a los pacientes que cumplieran con 15 puntos en la escala, la cual permite evaluar las condiciones del paciente, así como la respuesta de apertura de ojos, verbal y motora integrada.

En un primer momento, aplicar el instrumento permitió valorar el estado de conciencia y solicitar la participación de los pacientes en el estudio, proceso tras el que se incluyó a 83 participantes que ingresaron a la unidad de emergencias y que tuvieron una respuesta de apertura de ojos de manera instantánea, como también de una réplica verbal de carácter orientado que permitiera conversar con ellos y, finalmente, signos de respuesta motora integrada que permitieran al paciente acatar instrucciones, de modo que aplicó las entrevistas sin interferir con los cuidados y procedimientos que el personal de salud otorgaba a los pacientes dentro de la institución de atención médica.

Posteriormente, se aplicó la Cédula de Datos Personales que consistió en dos apartados: el primero correspondió a factores personales como edad, sexo, ocupación, escolaridad y estado marital, mientras que el segundo apartado a los factores ligados al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína), el motivo de ingreso, la edad de inicio de consumo y la frecuencia de consumo de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y/o cocaína), tipo de bebida alcohólica y el tiempo que transcurrió entre el consumo de drogas lícitas e ilícitas y el accidente o lesión. Además, se utilizó la Escala de Valoración de Cambio URICA (University of Rhode Island Change Assessment Scale) realizada por [McConnaughy, Prochaska y Velicer](#) (1983), modificada por [McConnaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer](#) (1989), con la que se determina la etapa de cambio respecto de diversas conductas, incluyendo el consumo de alcohol y drogas.

El estudio fue descriptivo-correlacional, cuyo fin es observar las características sociodemográficas (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo y tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y el motivo de ingreso), las etapas de cambio y correlacionar las etapas de cambio y los factores sociodemográficos en pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia vinculados al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína). Por consiguiente, la intención de este trabajo fue establecer la etapa de cambio en pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas que ingresaron a una sala de urgencias de una institución pública de atención en salud de tercer nivel, y establecer si existe una relación con las variables de carácter sociodemográficas, las cuales se refieren a las características propias del

paciente que ha sufrido el accidente y/o lesiones por violencia bajo la influencia de drogas lícitas (alcohol) e ilícitas (marihuana y/o cocaína).

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en los principios señalados en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y se contó con el consentimiento informado ([Comisión Nacional de Bioética](#), 2012; [Estados Unidos Mexicanos](#), 2014).

RESULTADOS

A partir de los datos recolectados se determinó que los participantes del estudio se situaron en una edad promedio de 30,3 años, con una variación de la edad con respecto a este valor medio de 9,04 años; en cuanto a los años de escolaridad de quienes intervinieron fue de 9,18 años en promedio. En relación con la edad de inicio de consumo de drogas lícitas, fue a los 17,21 años en promedio con una variación de 3,51 años, mientras que el de drogas ilícitas fue a los 14,77 años con una variación de 2,77 años. En lo referente al tiempo promedio transcurrido entre el primer consumo de drogas lícitas e ilícitas y el motivo de ingreso transcurrieron 4,77 horas con una variación en el tiempo de 2,25 horas.

En lo que respecta al género, se observó que el mayor porcentaje de los encuestados fueron del género masculino ($fi=79$, $hi=95,2\%$); respecto de la ocupación, el 71,1% ($fi=54$) trabaja, mientras que el 22,9% ($fi=19$) no lo hace. Por último, en lo que se refiere al estado marital el 59% ($fi=49$) mencionó no tener pareja (tabla 1).

Tabla 1. Nuevo León; México. Distribución de las características personales, motivo de ingreso, consumo de drogas lícitas e ilícitas de los participantes en el estudio, 2011
(Frecuencias absolutas (f_i) y relativas (h_i))

Variab les	f_i	h_i
Factores personales		
<i>Género</i>		
masculino	79	95,2
femenino	4	4,8
<i>Ocupación</i>		
trabaja	54	71,1
estudia	4	4,8
trabaja y estudia	1	1,2
no trabaja	19	22,9
<i>Tiene pareja</i>		
sí	34	41,0
no	49	59,0
Motivo de ingreso		
<i>Lesiones por violencia</i>		
Riña	42	50,6
Asalto	13	15,7
<i>Accidentes</i>		
Automovilístico	19	22,9
Caída de propia altura	7	8,4
Atropellamiento	2	2,4
<i>Consumo de drogas</i>		
<i>Lícita</i>		
Alcohol	71	85,5
<i>Ilícitas</i>		
Marihuana	7	8,5
Cocaína	2	2,4
Policonsumidor*	3	3,6

Fuente: elaboración propia *marihuana y alcohol

El motivo principal de ingreso para la atención médica el 50,6% ($f_i=42$) fue producto de lesiones por violencia originados por una riña, seguido de un 22,9% ($f_i=19$) por accidente automovilístico. Mientras que se advirtió que esto fue motivado por el consumo de drogas lícitas (alcohol) con un 85,5% ($f_i=71$) (de los cuales la bebida de mayor consumo previo al ingreso fue la cerveza con un 98,6%, $f_i=70$), el consumo de marihuana estuvo presente en el 8,5% ($f_i=7$) de los casos, seguido por el consumo de cocaína en un 2,4% ($f_i=2$) y el policonsumo en 3,6% ($f_i=3$) (tabla 1). En cuanto a la frecuencia de drogas lícitas y drogas ilícitas, los participantes advierten que mayormente el consumo de alcohol lo realizan cada fin de semana con un 62,2% ($f_i=46$), mientras que en los pacientes que refirieron ser consumidores de marihuana y cocaína se reportó un consumo diario del 40% ($f_i=4$) y de 100% ($f_i=2$) comparativamente (tabla 2).

Tabla 2. Nuevo León; México. Distribución de frecuencias de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los participantes en el estudio, 2011 (Frecuencias absolutas (f_i) y relativas (h_i))

Frecuencia de consumo	Alcohol		Marihuana		Cocaína	
	F_i	h_i	f_i	h_i	f_i	h_i
Diario	8	10,8	4	40,0	2	100,0
Cada tercer día	5	6,8	2	20,0	-	-
Cada siete días	46	62,2	1	10,0	-	-
Cada quince días	9	12,2	1	10,0	-	-
Cada treinta días	6	8,1	2	20,0	-	-

Fuente: elaboración propia

Al 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 e ilícitas, se determinó que la mayor parte se ubicó en la etapa de contemplación, con un 62,2% ($f_i=46$) y 77,8% ($f_i=7$) respectivamente (tabla 3).

Al correlacionar las variables de orden sociodemográficas con las etapas de cambio mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, los años de escolaridad mostraron una relación negativa y significativa con la etapa de precontemplación ($\rho=-0,389$, $p<0,001$) y la etapa de mantenimiento ($\rho=-0,222$, $p=0,043$), lo cual significa que cuanto menor sea el año de escolaridad, mayor será la resistencia al cambio y recaídas. Por otra parte, hubo una relación negativa y significativa entre el índice de precontemplación y la edad de inicio de consumo ($\rho=-0,221$, $p=0,044$), que se refiere a que a menor edad de inicio de consumo, menor es la probabilidad de considerar un cambio en su conducta de consumo de drogas. El tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión mostró tener una relación negativa y significativa con la etapa de contemplación ($\rho=-0,245$, $p=0,026$), dato del que se infiere que a menor cantidad del tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión, mayor es la posibilidad de ubicarse en la etapa de contemplación.

REVENF

Tabla 3. Nuevo León; México. Distribución de las etapas de cambio en pacientes que consumieron drogas lícitas e ilícitas, 2011 (Frecuencias absolutas (*fi*) y relativas (*hi*))

Variables	<i>fi</i>	<i>hi</i>	Interpretación
Lícitas (alcohol)			
Precontemplación	12	16,2	No se tiene la intención de cambiar la conducta
Contemplación	46	62,2	Se declara abiertamente la intención de cambiar
Acción	7	9,5	Se han hecho cambios perceptibles de conducta
Mantenimiento	9	12,1	Se trabaja para sostenerse en el compromiso
Ilícitas (marihuana y cocaína)			
Contemplación	7	77,8	Se declara abiertamente la intención de cambiar
Acción	2	22,2	Se han hecho cambios perceptibles de conducta

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Para iniciar es necesario resaltar que dentro del perfil sociodemográfico de los participantes en el estudio, el género masculino encabeza las listas de pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas que ingresan al servicio de emergencias por lesión o violencia, situación congruente con lo señalado por [Min, et al](#) (2007) y [Blow, et al](#) (2010) quienes afirman que los accidentes asociados al consumo de drogas se relacionan con el género masculino. En esta misma línea discursiva se destaca que mayormente los participantes que sufrieron accidentes son personas que trabajan, hecho semejante a lo reportado por [Oliva et al](#) (2010) y [Rangel](#) (2004), en cuanto a que los pacientes que sufrieron accidente o lesiones por consumo de drogas cuentan con un trabajo remunerado, lo cual refleja un mayor poder adquisitivo para la compra tanto de drogas lícitas e ilícitas.

En cuanto al principal motivo de ingreso a la sala de emergencias, obedeció a lesiones por violencia como riñas y asaltos, aspecto que [Pérez, Díaz y Fernández](#) (2014) atribuyen a la afectación del estado emocional de las personas por el que presentan cuadros clínicos de ansiedad o depresión. En segundo término, los ingresos por accidentes automovilísticos en el estudio tienen resultados distintos de lo reportado por [Oliva et al](#) (2010) y [Mondragón, Borges, Avilés y Casanova](#) (2005), quienes sitúan los accidentes automovilísticos como la primera causa de ingreso. Este comportamiento en lo referente al ingreso a la sala de urgencias es reflejo de la violencia social en la ciudad en los últimos años, caracterizada por conflictos colectivos, asesinatos, acciones del crimen organizado relacionado con el tráfico y distribución de drogas ([Concha](#), 2002; [National Drug Intelligence Center](#), 2010).

Respecto del consumo de drogas lícitas, se encontró que el alcohol es la sustancia de mayor consumo de los pacientes que sufrieron lesiones por violencia y accidentes, predominio similar, de acuerdo con [Romo-](#)

[González y Larralde](#) (2013), a la preponderancia de mortalidad causada por drogas legales en México, entre las que el alcohol es el que más muertes ocasiona. En este sentido la [Comisión Nacional Contra las Adicciones en México](#) (2011b), indica que el consumo de alcohol es uno de los problemas de salud pública que afecta principalmente a la población mexicana, cuyas secuelas sociales y sanitarias imposibilitan el desarrollo de familias y comunidades enteras.

Por otra parte, el consumo de marihuana seguido del de cocaína, ambas drogas ilícitas reportadas por los participantes en el estudio, coinciden con los resultados expuestos en la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2008 y del 2011 ([Consejo Nacional Contra Adicciones](#), 2008; [Villatoro-Velázquez, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Téllez-Rojo et al.](#), 2012).

La preferencia del consumo del alcohol en la población mexicana, como droga lícita, y de la marihuana y la cocaína, como drogas ilícitas, y que se demuestra en este estudio, puede deberse a la facilidad y disponibilidad de conseguirlas en los contextos socioambientales donde se desenvuelven los participantes de este estudio ([Consejo Nacional Contra Adicciones](#), 2008; [Villatoro-Velázquez, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Téllez-Rojo et al.](#), 2012).

En relación con la edad promedio de inicio de consumo de alcohol (17 años) en los participantes de este estudio, coincide con lo descrito por [Oliva et al](#) (2010), mientras que respecto de la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas es menor a lo citado por [Oliva et al](#) (2010), debido a que la edad ha disminuido de los 17 años a los 14 años. Tal cambio evidencia la vulnerabilidad de una población más joven al consumo de drogas ilícitas, por su disponibilidad, situación que podría derivarse de las nuevas estrategias de comercialización, distribución y tráfico de drogas.

Al determinar las etapas de cambio en los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el consumo de drogas lícitas e ilícitas, se identificó que la etapa de mayor prevalencia tanto para las drogas lícitas e ilícitas fue la de contemplación al cambio, resultado similar al presentado por [Oliva et al](#) (2010), [Min et al](#) (2007) y [Blow et al](#) (2010), lo cual puede atribuirse a que los pacientes después de un periodo postraumático agudo, como son los accidentes y/o lesiones por violencia, reflexionan sobre un cambio de conducta respecto del consumo de drogas que posiblemente fue uno de los factores que puede estar asociado con el ingreso a la sala de urgencias.

A pesar de lo anterior, [Prochaska y Di Clemente](#) (1983) consideran esta etapa como un estado de ambivalencia, ya que la persona puede reconocer que tiene un problema con el consumo de drogas, mas aún no ha decidido disminuir su consumo, por lo tanto, el personal de enfermería tiene una gran oportunidad para desarrollar acciones que motiven el cambio de conducta de estas personas, particularmente persuadiéndolas de que se alejen de los ambientes que propician su reincidencia ([Moral-de la Rubia](#), 2005), ya que de los entrevistados han reiterado su conducta en el consumo de alcohol el 21,6% ($fi=16$), mientras que por consumo de marihuana y cocaína sucedió en un 22,2% ($fi=2$) de los encuestados.

Por otra parte, al establecer la relación entre las etapas de cambio con los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado marital, escolaridad, ocupación, edad de inicio de consumo, tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión y motivo de ingreso) de los pacientes que sufrieron un accidente o lesión

por violencia relacionado al consumo de drogas lícitas (alcohol) y/o ilícitas (marihuana y/o cocaína) y que ingresaron a la sala de urgencias de una institución pública de tercer nivel de atención, se encontró como un hallazgo importante la relación negativa y significativa entre la etapa de precontemplación y los años de escolaridad, resultados que coinciden con [Rangel](#) (2004), lo que significa que a menor escolaridad, mayor posibilidad de resistencia al cambio.

De igual modo, las variables etapa de mantenimiento y la escolaridad presentaron una correlación negativa y significativa, hecho que puede reflejar que a menor escolaridad mayor predisposición a las recaídas, por ende, se colige que un mayor nivel de estudios crea habilidades de pensamiento para las personas, dado que propicia que perciban los daños a la salud que provoca el consumo de drogas.

Finalmente, se encontró una relación negativa y significativa entre la etapa precontemplación y la edad de inicio de consumo, situación que difiere de [Min et al](#) (2007) y [Mondragón et al](#) (2005) y que podría reflejar que a menor edad de consumo, menor compromiso por modificar el patrón de consumo de drogas, lo cual puede estar asociado a los procesos de tolerancia y dependencia a las drogas. Así también se correlacionó de forma negativa y significativa la etapa de contemplación y el tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión, lo que significa que a mayor tiempo transcurrido entre el primer consumo y el accidente o lesión, mayor resistencia al cambio: dicho resultado difiere de [Rangel](#) (2004) para quien las horas transcurridas entre el primer consumo y el ingreso a la sala de urgencias se correlacionan con la etapa de acción.

CONCLUSIÓN

En función de la evidencia encontrada, se concluye que la etapa en la que se ubican mayormente los pacientes que sufrieron un accidente o lesión por violencia relacionado con el 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 contemplación al cambio, lo cual indica abiertamente que podría aprovecharse para corregir conductas. Sin embargo, es evidente una reincidencia en pacientes que se encontraban en etapas de acción y mantenimiento. Lo mencionado es fundamental ya que proyecta lo estimable de una atención adecuada en salud como de promoción de la salud en las salas de urgencias, que motive a los pacientes a transitar a etapas más avanzadas como las de acción y mantenimiento, para abstenerse de frecuentar el consumo de drogas lícitas e ilícitas o, bien, para reforzar las conductas de disminución de consumo o abstinencia y, por ende, motive a permanecer en un estilo de vida más saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M. y 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.
- Bejerano, J. y Obando, P. (2002). Trauma y consumo en pacientes admitidos en salas de emergencias en dos hospitales generales de Costa Rica. *Salud y Drogas*, 2(1): 47-60.
- Blow, F., Walton, M., Murray, R., Cunningham, R., Chermack, S., Barry, K., Ligen, M. y Sala, B. (2010). Intervention attendance among emergency department patients with alcohol-and drug-use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5): 713-719.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2011a). *Programa de Acción Específico: Prevención y Tratamiento de las Adicciones. Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2011b). *Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas: Actualización 2011-2012*. México: Secretaría de Salud/Comisión Nacional contra las Adicciones.
- Comisión Nacional de Bioética (2012). *Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética*. 3a ed. México: Secretaría de Salud/ Comisión Nacional de Bioética.
- Concha, A. (2002). Impacto social y económico en de la violencia en las Américas. *Rev. Biomédica*, 22(2), 347-61.
- Consejo Nacional Contra Adicciones (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
- Coordinación de Humanidades Programa Universitario de Derechos Humanos (2014). *Bases Técnico-Metodológicas para el Primer Informe de México al Protocolo de San Salvador Derecho a la Salud*. México: UNAM-PUDH.
- Estados Unidos Mexicanos (2014). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Diario Oficial de la Federación.
- Fernández, E., Guerrero, F., Quintero, M., Ailed, E., Miñambres, E., Salinas, I., Rivera, R. y Galdos, P. (2008). Prevención secundaria en traumatizados relacionados con alcohol y drogas. *Medicina Intensiva*, 33(7): 321-326.
- Flores, F., Rodríguez, L. y 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.
- González, J. (2002). *Etapas de cambio en pacientes que sufrieron accidentes y lesiones por consumo de alcohol y drogas ilícitas*. (Tesis de Maestría (inédita)), Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Leiva, V., Pereira, G. y Lobo, M. (2010). Caracterización de estudiantes de la carrera de enfermería sobre consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (Espec): 565-572.
- McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J. y Velicer, W. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26: 494-503.

- McConaughy, E., Prochaska, J. y 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. y 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. y Casanova, L. (2005). Motivación al cambio en bebedores que ingresan a un servicio de urgencias. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 169-76.
- Moral, J. (2005). Avances en la investigación sobre dependencia de sustancias. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 6(4): 1-10.
- Moreno, D. y Cantú, P. (2002). La adición como vía para la adicción. *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 3(1): 1-5.
- National Drug Intelligence Center (2010). *National Drug Threat Assessment 2010*. Johnstown: U.S. Department of Justice.
- Oliva, N., Barcellos, M., Alonso, M., y 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.
- Organización de los Estados Americanos (2010). *Evaluación del progreso de control de drogas 2007-2009*. Washington: OEA-CICAD.
- Pérez, V., Díaz, D. y Fernández, C. (2014). Percepción de la violencia social en estudiantes mexicanos de educación media, usuarios y no usuarios de sustancias. *Psicología y Salud*, 24 (2): 255-268.
- Prochaska, O. y 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.
- Rangel, M. (2004). *Etapas de Cambio en pacientes con accidentes y lesiones por consumo de alcohol*. (Tesis de Maestría (inédita)), Monterrey. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Reyes, P. y Villar, M. (2004). Actitud de la enfermera de un complejo hospitalario en relación al paciente alcohólico. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 12: 420-426.
- Romo, T. y Larralde, C. (2013) ¿Cuáles y qué tan graves son los daños a la salud individual y a la sociedad causados por el consumo de drogas lícitas e ilícitas? *Psychol. av. Discip.*, 7 (1): 67-80.
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (2009). *El uso indebido de drogas y la consulta de emergencia. Cuarto Estudio Nacional Argentina 2009*. Argentina: SERDENOR-OAD.
- Tintinalli, J., Ruiz, E. y Krome, R. (1997). *Medicina de Urgencias*. 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Villatoro, J., Medina, M., Fleiz, C., Téllez, M., Mendoza, L., Romero, M. et al (2012) *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Ilícitas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaria de Salud.