

Universidad de Sonora
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Enfermería

**CONSUMO DE DROGAS EN PERSONAS QUE INGRESAN AL
SERVICIO DE URGENCIAS POR LESIÓN TRAUMÁTICA**



HERMOSILLO, SONORA

DICIEMBRE, 2017

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



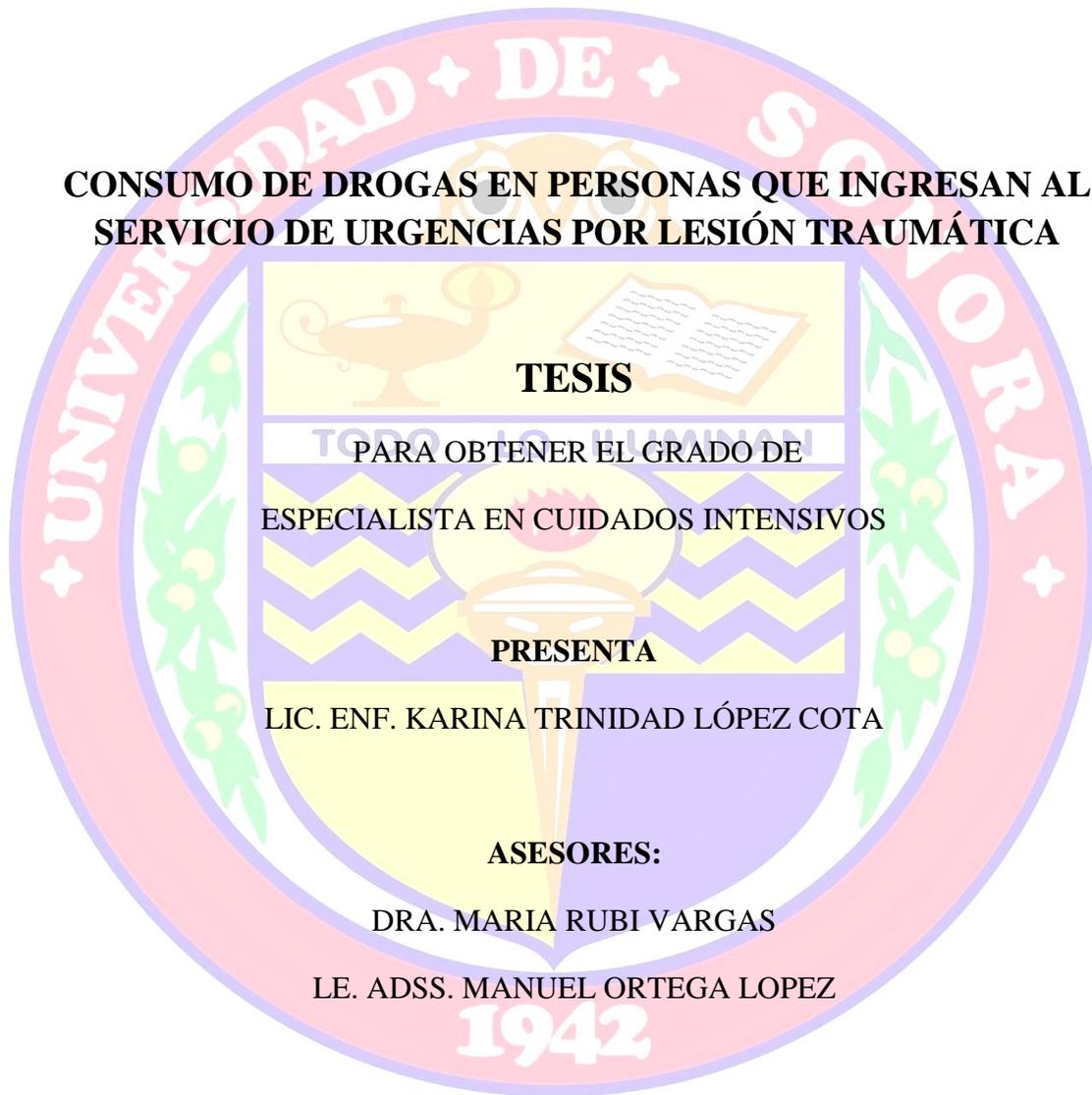
“El saber de mis hijos
hará mi grandeza”



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

Universidad de Sonora
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Enfermería

**CONSUMO DE DROGAS EN PERSONAS QUE INGRESAN AL
SERVICIO DE URGENCIAS POR LESIÓN TRAUMÁTICA**



TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CUIDADOS INTENSIVOS

PRESENTA

LIC. ENF. KARINA TRINIDAD LÓPEZ COTA

ASESORES:

DRA. MARIA RUBI VARGAS

LE. ADSS. MANUEL ORTEGA LOPEZ

DICTAMEN DE APROBACIÓN

TESIS

**CONSUMO DE DROGAS EN PERSONAS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE
URGENCIAS POR LESIÓN TRAUMÁTICA**

MCE. María Alejandra Favela Ocaño

Director

Dra. María Rubí Vargas

Asesor

LE. ADSS. Manuel Ortega López

Asesor

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña

Coordinador de Posgrado

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Gracias Señor por darme la oportunidad de desarrollarme como profesional, por permitirme estudiar la especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos, la cual fue siempre un anhelo de mi corazón. Gracias a Dios por guiar mis pasos, sabiduría para tomar las mejores decisiones y confirmar su verdadero propósito en mi vida.

Agradezco a la Universidad de Sonora, principalmente al Departamento de Enfermería y su planta docente, principalmente a mi directora de tesis la MCE. Alejandra Favela por motivarme a crecer profesionalmente, por su tiempo y dedicación constante.

Dedico este trabajo de tesis a mis padres, por ese apoyo incondicional que solo ellos saben transmitir, aunque no fue fácil este camino siempre han estado brindando su comprensión. A mis sobrinos, por ser mi fuente de inspiración para levantarme día con día y ser el mejor ejemplo para ellos, me llenan de felicidad y alegría cuando llega el cansancio. Gracias infinitas a mi hermana, porque ha sido para mí el mejor ejemplo de crecimiento profesional y personal, quien me ha enseñado a tocar las puertas del cielo para recibir las bendiciones. A mis amigos Sheida Correa, Alondra Olivares y Christian Tirado, por estar conmigo en estos tiempos, por ser excelentes profesionales y personas.

Gracias a Dios por la vida de todas estas personas que puso en mi camino durante todo este tiempo.

“Deléitate en el Señor y el concederá los anhelos de tu corazón” Salmo 37:

RESUMEN

El consumo de drogas en nuestro país ha tenido un crecimiento en los últimos años, siendo la población entre 18 a 34 años la que mayor las usan, lo que afecta la dinámica familiar, social, educativa y laboral del individuo. **Objetivo:** Determinar la relación entre el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos que ingresan a un hospital de segundo nivel de atención por lesión traumática. Estudio descriptivo-correlacional, de corte transversal. **Material y métodos:** La población estuvo constituida por las personas que ingresaron al servicio de urgencias por lesión traumática, el muestreo fue por conveniencia, con una muestra de 52 personas. Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: a) el cuestionario para servicios de urgencias del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), b) cédula de indicadores para medir la dependencia de drogas y c) cuestionario de identificación de trastornos por el uso del alcohol (AUDIT). Además en la detección de drogas en orina se usó el Test Instant-View Drug Screen, validado por la Secretaría de Salud por su alta sensibilidad y especificidad 98%. **Resultados:** El 51.9% de las personas que ingresaron al servicio de urgencias con lesión traumática se encontraba bajo los efectos de alguna droga siendo el alcohol con un 26.9% el de mayor sospecha. El motivo principal de ingresos fue por choque en vehículo de motor en 17.3%. Se obtuvo asociación significativa entre las lesiones y el uso de la marihuana ($\chi^2 = 8.93$, $p < 0.05$). La edad y el test positivo de cocaína ($\chi^2 = 11.68$, $p < 0.05$); el sexo y la marihuana ($\chi^2 = 15.72$, $p < 0.00$), cocaína ($\chi^2 = 11.68$, $p < 0.05$), anfetaminas y benzodiazepinas ($\chi^2 = 6.40$, $p < 0.05$). También entre la ocupación y las benzodiazepinas ($\chi^2 = 11.91$, $p < 0.05$). La clasificación AUDIT, obtuvo un promedio de 10.90 ($DE = 5.93$), lo que representa un consumo de alto riesgo. **Conclusiones:** Los resultados evidencian la necesidad de implementar acciones y estrategias de prevención y protección sobre el consumo de drogas para limitar las complicaciones y daños a la salud que provocan que estos pacientes lleguen a la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que represente mayores costos económicos para las personas y los servicios de salud. **Palabras clave:** consumo de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, traumatismos y lesiones (DeCS BIREME).

INDICE

Contenido	Página
AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS	i
RESUMEN	ii
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE FIGURAS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Justificación y pregunta de investigación	5
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	7
2.1. Atención de urgencias por lesiones traumáticas	7
2.2. Consumo y afectación de las drogas en el adulto joven	7
2.3. Marco Empírico	10
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo general	14
3.2. Objetivos específicos	14
3.3. Hipótesis	14
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	15
4.1. Tipo y diseño de estudio	15
4.2. Población, muestra y muestreo	15
4.3. Criterios de selección	15
4.4. Variables	16
4.5. Instrumentos de recolección de datos	20

4.6. Procedimiento para recolección de datos	22
4.7. Consideraciones éticas	24
4.8. Análisis de los datos	25
CAPITULO V. RESULTADOS	26
CAPITULO VI. DISCUSIÓN	41
CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
APÉNDICES	
A. Escala de Glasgow	51
B. Cuestionario para servicios de urgencias (SISVEA)	52
C. Cédula de indicadores para medir dependencia a drogas	56
D. Cuestionario AUDIT	59
E. Autorización del Comité de Ética del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora	61
F. Autorización del Comité de Investigación, Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours”.	62
G. Consentimiento informado	64

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
I. Variables sociodemográficas	16
II. Variable consumo de drogas	19
III. Datos sociodemográficos de las personas con lesión traumática atendidos en urgencias, de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	26
IV. Consumo de sustancias y lesiones por causa externa de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	27
V. Consumo de drogas lícitas (tabaco y alcohol) de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	29
VI. Consumo de medicamentos y drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	30
VII. Clasificación según el SISVEA según los motivos de ingresos por lesiones de causas externas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	31
VIII. Lesiones por causa externa según clasificación del SISVEA y test positivo a drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	32
IX. Datos sociodemográficos y test positivo a drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	33
X. Indicadores para medir dependencia a drogas en los 12 meses previos de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	35
XI. Cuestionario AUDIT, para identificar trastornos por el consumo de alcohol de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	37
XII. Clasificación total del AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	38
XIII. Clasificación de las lesiones traumáticas de acuerdo con el SISVEA y	38

la clasificación Audit de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

- XIV. Datos sociodemográficos y clasificación del AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

40

INDICE DE FIGURAS

Figura	Pagina
1. Días de estancia hospitalaria por lesión de causa externa de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.	30

INTRODUCCIÓN

En el contexto internacional, se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Aunque considerable, esa cifra no parece haber aumentado en los últimos cuatro años de manera proporcional a la población mundial. El consumo de drogas acarrea numerosos riesgos para la salud y la atención a los toxicómanos suele ser insuficiente (1).

A nivel mundial, más del 11% de las personas que consumen drogas, sufren de trastornos por uso de drogas, lo que significa que su uso es nocivo para la salud. Los opiáceos son las sustancias que causan mayor impacto negativo en la salud, pero el cannabis sigue siendo la droga más utilizada en el mundo, con una prevalencia del 3,8% de la población adulta (183 millones de personas). Las anfetaminas siguen siendo la segunda droga de uso común en todo el mundo, con 35 millones de usuarios en 2016 y está aumentando cada año. Además, en la última década, el impacto negativo del uso de drogas ha aumentado más entre las mujeres que en los hombres (2).

El consumo de alcohol en América aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial. En general, esta población consume alcohol en un patrón que es peligroso para la salud. El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol. Para el 2010 la carga de lesiones traumáticas atribuibles al alcohol en América fue elevada, con 115 300 defunciones (1.8% de todos los fallecimientos). Del número total de traumatismos atribuibles al alcohol, estos fueron causados por accidentes de tránsito en un 24.9% de las cuales el 47.5% corresponden a mujeres y 23.3% a hombres. Los traumatismos por accidentes de tránsito se encuentran entre las 10 principales causas de muerte en todo el mundo, con aproximadamente 1.2 millones de defunciones cada año y una cifra al menos 20 veces mayor de traumatismos no mortales (3).

El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consumo (4).

En el contexto global, México es uno de los países con un bajo nivel de consumo de drogas, pero que a su vez, reporta un incremento de consumo en los últimos años según consideran las tendencias epidemiológicas más recientes de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de 2011 (2). Este fenómeno afecta la salud de la población, sin distinción de género, edad o condición social, y se presenta en todas las regiones de México según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de 2011 (3).

El consumo de drogas en México constituye un preocupante problema de salud pública, lo que se ve reflejado en forma directa e indirecta en las principales causas de mortalidad, debido a las lesiones y accidentes, también se asocia al incremento de ingresos hospitalarios a los servicios de urgencias (5). Existe una evidente asociación entre el consumo de alcohol y drogas ilícitas y el riesgo de tener traumatismos, por lo que los daños a la salud provocados por el consumo de drogas incrementan la prevalencia de pacientes que solicitan atención en los servicios de salud. Uno de cada siete ingresos a la sala de urgencias se origina por lesiones vinculadas al consumo de drogas entre los que se encuentran accidentes automovilísticos y riñas, cuya principal razón es el consumo de alcohol, marihuana y la cocaína (6).

Los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias, tanto por lesiones físicas como por condiciones médicas diversas, tienen tasas más altas de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, en comparación con la población general. Más del 47% de los pacientes traumatizados que consultan por condiciones asociadas al trauma presentan niveles séricos positivos para alcohol (7). Por lo que el ingreso a unidades asistenciales de urgencia es una modalidad de presentación de estos cuadros, de frecuencia cada vez más creciente, por cuadros clínicos cada vez más graves y a más temprana edad de los pacientes que consultan (8).

La mayoría de los ingresos hospitalarios al servicio de urgencias no son por problemas adictivos sino por complicaciones derivadas del consumo y conductas asociadas, particularmente por trauma, generalmente secundario a alteración de la coordinación motora, por reflejos alterados o conducta violenta, así como por alucinaciones y descompensaciones psiquiátricas (9).

Por esta razón se consideró importante contar con evidencia científica sobre las lesiones traumáticas asociadas al consumo de drogas en un hospital público de segundo nivel de atención de Hermosillo, Sonora.

Este trabajo está compuesto por seis capítulos. En el primer capítulo se encuentra la introducción, se describe la problemática de salud sobre el consumo de drogas y su relación con los ingresos a los servicios de urgencias, así como el impacto sobre la sociedad, expresados en datos estadísticos y epidemiológicos. El capítulo dos, está conformado por el marco referencial, que sustenta la base del estudio, se habla sobre estudios previos en la atención de urgencias por lesiones traumáticas, consumo y afectación de las drogas en el adulto joven y el marco empírico. El tercer capítulo incluye el objetivo general, objetivos específicos e hipótesis. Dentro del cuarto capítulo, se aborda la metodología, que incluye el diseño de estudio, población y muestra, instrumentos utilizados para la recolección de datos, procedimientos de la recolección de datos, consideraciones éticas y el análisis de datos. En el capítulo quinto, se muestran las tablas con los resultados de la investigación. En el capítulo seis, se hace mención a la discusión, donde se describen los resultados obtenidos de la investigación en relación con los estudios analizados, por último, conclusiones y recomendaciones para futuros estudios.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

Por normatividad los hospitales de segundo nivel de atención deben contar con un servicio de urgencia que es una de las vías de ingreso a hospitalización y en el cual se realizan los procedimientos iniciales para estabilizar o resolver el problema de salud del paciente en un tiempo preestablecido o se determina la referencia del mismo cuando el caso excede la capacidad de respuesta del hospital. Los servicios de urgencias son considerados como el área hospitalaria donde ingresan pacientes con mayor porcentaje de ingesta de alcohol, drogas ilícitas y problemas relacionados al consumo de estas sustancias.

El consumo de drogas ha aumentado progresivamente en los últimos años. Se ha relacionado con el ingreso a los centros hospitalarios por hechos vinculados al consumo de estas sustancias a causa de lesiones intencionales, violencia social y violencia doméstica. En México, se ha documentado el papel del consumo de drogas en la ocurrencia de accidentes y de violencia, sin embargo, existe escasa literatura que aborde la relación del consumo de drogas con los accidentes y la violencia que se generan en el abordaje del cuidado de la salud en las salas de urgencias (10).

En 1998 el SISVEA reportó que 562 personas llegan a urgencias bajo influencia de una droga de los cuales el 85.7% corresponden al género masculino, solteros (55.6%) con edades de entre 20 y 24 años (22.3 %) y con escolaridad de primaria incompleta (35.9 %). La mayoría ingresa consciente (94.4 %), siendo la primera vez que acuden al servicio (70.9%). Fueron 335 (59.6%) los pacientes que solicitaron atención debido a lesiones padecidas bajo el influjo de una sustancia. El 34.4% y 23.3% se presentan por heridas de arma blanca asociado a marihuana e inhalables, respectivamente; el 33.6% y 30.8% presentaron golpes asociados al consumo de alcohol y cocaína. Es interesante notar que la mayoría de los pacientes que usaron marihuana (28.1%) e inhalables (27.9%) resultaron con golpes (11).

Para el 2015 el SISVEA informó de 662 consultas en urgencias por consumo de drogas, correspondiendo el 81.3% al género masculino, de entre 20 y 24 años de edad (22.7%), con escolaridad secundaria con un 32.9%. El 66.4% llegó bajo efectos del alcohol,

11.6% de la marihuana, y 4.6% de la cocaína. Entre las principales lesiones que presentan golpe contundente o por otra persona (23.4%), caída sobre nivel (22.7%), intoxicación o envenenamiento (14.3%), y 12.8% por choque en vehículo automotor (12).

1.2. Justificación y pregunta de investigación

El consumo de drogas en nuestro país ha tenido un crecimiento en los últimos años. Entre las personas que consumen mayor cantidad de drogas se encuentra la población de entre 18 y 34 años, siendo una edad productiva que afecta la dinámica familiar, social, educativa y laboral del individuo. Además, se considera como factor de riesgo en accidentes de todo tipo, ya que ocasionan aproximadamente un 50% de los pacientes traumatizados graves menores de 45 años (13). El impacto del consumo drogas y su relación con la generación de trauma, sobre el sistema de salud como un todo, es de suma importancia dado los efectos económicos negativos que representa. Además, contribuye a elevar las estadísticas de morbi-mortalidad y produce un efecto psicológico y social de largo plazo en las familias de las víctimas.

Los estudios de especialización en Enfermería del Adulto en Estado Crítico tienen como objetivo profundizar y ampliar los conocimientos y destrezas que requiere el ejercicio profesional en cuidado integral de dichos individuos. Así como brindar cuidado y atención integral de enfermería al paciente en estado crítico durante su estancia en las áreas de choque, urgencias, terapia intermedia y terapia intensiva. Ya que los servicios de urgencias, son un escenario importante para llevar a cabo detección de consumo de alcohol y drogas ilícitas, nos permiten identificar población en mayor riesgo para que en un futuro se diseñen nuevas estrategias e intervenciones de enfermería en la promoción y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, además las salas de urgencia son escenario especialmente aptos para intervenir con las personas que las han consumido, ya que el paciente ha sufrido un evento traumático por lo que en dicho momento estos serán más conscientes de la relación entre el consumo de estas sustancias y el accidente sufrido.

Existe información sobre el fenómeno del consumo de drogas, pero no específicamente de la incidencia de esta problemática dentro de los servicios de salud hospitalaria en nuestro país. Por lo tanto, debe considerarse la aplicación de acciones de por parte del profesional de enfermería. La prevención secundaria como intervención

motivacional en las áreas de urgencias ha demostrado ser eficaz y reducir no sólo el consumo de estas sustancias, sino incluso la reincidencia de nuevos accidentes (14).

Lo anterior hace imprescindible la disposición al cambio ya que como enfermeros especialistas se requiere estudiar, investigar y utilizar los hallazgos en la práctica profesional, así como la integración de los conocimientos generados a partir de la investigación, lo que garantiza una mejor y más rápida implementación de los avances científicos en la práctica de enfermería.

El propósito del presente estudio fue determinar la asociación del consumo de drogas en personas que ingresan al servicio de Urgencias por lesión traumática en un hospital público de segundo nivel de atención en el estado de Sonora. Esto por el aumento de accidentes, hechos violentos y sociales causados por los efectos del consumo de drogas. Por lo anterior surgió la siguiente interrogante ¿Qué asociación existe entre el consumo de drogas y las lesiones traumáticas en las personas que ingresan a urgencias en un hospital de segundo nivel de Hermosillo Sonora?

A través de dicha investigación se pretende demostrar la evolución en la práctica asistencial del enfermero especialista, generar nuevos conocimientos, avanzar como profesión, adquirir habilidad para la identificación de problemas sujetos a investigación y aplicación de la metodología científica, ya que sin investigación, la práctica asistencial está destinada a la rutina; razón por la cual, se considera al presente estudio con relevancia práctica y factible debido a que los estudios revisados sugieren la necesidad de exploración del fenómeno de consumo de drogas, los daños a la salud y el impacto socioeconómico en el sector público y a partir de esto implementar medidas de prevención específicas.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Atención de urgencias por lesiones traumáticas

La relación entre consumo de drogas, especialmente alcohol, y eventos traumáticos ha sido bien establecida. El consumo excesivo de alcohol constituye un elemento común entre las víctimas de violencia. La indagación en las historias de los eventos traumáticos usualmente revela la presencia del alcohol como factor relevante. En países industrializados, alrededor de un 45% de la totalidad de los accidentes de tránsito severo estaba relacionada con la ingesta de alcohol y constituye, al menos, una quinta parte de todas las lesiones atribuibles a accidentes de vehículo automotor en pacientes que acuden en las salas de urgencias (15).

Las salas de urgencias brindan atención permanente a personas que presentan problemas críticos con su salud física y a otras personas que requieren de un tratamiento básico debido a lesiones por accidente y agresiones físicas. Las salas de urgencia son escenarios donde ingresan pacientes con mayor porcentaje de ingesta de drogas (16).

En América Latina se han reportado casos de trauma relacionados con el consumo de drogas. En Venezuela 23,6% de los eventos traumáticos atendidos en salas de emergencia correspondió a sujetos, principalmente hombres, que resultaron con exámenes positivos de la presencia de drogas, especialmente cocaína. Asimismo, que explican la correlación entre el hábito del consumo de drogas y la generación de hechos violentos. En el caso del alcohol, la asociación más fuerte se halló para los sujetos con más de 40 años (16).

2.2. Consumo y afectación de las drogas en el adulto joven

Las drogas modifican el equilibrio de la neuroquímica cerebral y las señales que conducen los complejos procesos de maduración. El consumo durante esta etapa del adulto joven puede traer repercusiones a largo plazo, ya que también puede alterar el proceso de selección de las conexiones neuronales que en el futuro permitirán el funcionamiento íntegro del cerebro (17) y por ello la necesidad de evitar el consumo, o cuando menos retrasar la edad de inicio. Se ha informado que las personas que consumen drogas ilícitas

(cocaína, marihuana, inhalables) y han presentado algún accidente o lesión, también presentan consumo de alcohol, siendo esta la droga de inicio, por lo que esta población joven son los más susceptibles a que presenten algún tipo de accidente o lesión al presentar problemas en su forma de beber, sobre todo un tipo de consumo de alcohol dañino.

Efectos de drogas lícitas e ilícitas

Se realizó una investigación en el campo de las neurociencias que ha aportado la evidencia necesaria que permite sustentar una relación íntima entre las estructuras cerebrales y las conductas asociadas con el consumo de drogas, además de la predisposición, los efectos a corto y largo plazo que puede causar el consumo de sustancias y la importante participación de los factores medioambientales. Sin embargo, lo que lleva a una persona a incursionar en el consumo drogas, y las razones por las cuales desarrolla el trastorno de dependencia, involucran una poderosa interacción entre el cerebro y una serie de determinantes biológicos, psicológicos y sociales del entorno del individuo (17). Gracias al avance en el conocimiento de la neurobiología de las adicciones, ahora se sabe que el consumo repetido de drogas produce cambios persistentes en el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) (18).

Alcohol

El alcohol constituye una droga de elevado consumo a escala global. Existen numerosas consecuencias asociadas a su consumo excesivo que varían de acuerdo con el sexo, peso corporal, velocidad de su ingestión, tamaño de dosis, entre otros factores. En la actualidad no existen dudas sobre el impacto negativo que tiene el alcohol sobre el SNC existiendo varias hipótesis sobre la acción específica de esta sustancia sobre el funcionamiento cerebral (19).

El consumo de alcohol en altas concentraciones modifica el funcionamiento cognitivo, percepción y funciones motoras en general causando graves daños a la persona que lo consume (20). El efecto de esta droga sobre SNC cuando se consume en exceso genera alteraciones funcionales y morfológicas, provocando variaciones en los lóbulos temporales, frontales, sistema límbico y cerebelo. Estas alteraciones generan importantes

cambios cognitivos y comportamentales que pueden desembocar en conductas socialmente reprochables y muerte del individuo consumidor (19).

Entre los efectos agudos a dosis bajas produce una aparente estimulación porque inhibe estructuras del cerebro que normalmente tienen funciones inhibitorias. Si el consumo continúa, la inhibición comprende estructuras relacionadas con la coordinación locomotora. A dosis más altas, se deprimen los centros nerviosos básicos y puede producirse un estado de inconsciencia (21). Asimismo, su consumo crónico afecta el sistema nervioso y gastrointestinal (desnutrición alcohólica, irritación de mucosas, úlceras, sangrados, várices esofágicas, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática y pancreatitis); cardiovascular (ruptura de pequeños vasos sanguíneos, cardiopatía alcohólica); reproductor (impotencia, dismenorrea, síndrome alcohólico fetal) (21).

Por otro lado, cuando al consumir alcohol este es mezclado con otras sustancias, pueden presentarse interacciones de varios tipos, desde una potenciación, hasta la aparición de reacciones nuevas. En lo que se refiere a la combinación con cocaína, favorece a la presentación de conductas agresivas y el riesgo de complicaciones cardiovasculares (21).

Marihuana

La evidencia científica disponible señala que es una droga asociada con menor mortalidad que otras sustancias, pero que no está exenta de daños potenciales y está asociada con riesgos mayores. La marihuana, afecta la regulación de las emociones, la memoria, la atención y la percepción (22). El consumo intenso de marihuana incrementa la probabilidad de que se presenten síntomas psicóticos, depresivos y conducta suicida (23).

A dosis bajas, se produce un cambio en el estado de ánimo que la mayoría de los usuarios describe como agradable, pero otros, manifiestan aumento de ansiedad o paranoia. En mayor grado hay confusión con alteración de la percepción del tiempo y el espacio, despersonalización, incapacidad de concentración, deterioro de la memoria de corto plazo y disminución de la capacidad de raciocinio. Los consumidores de marihuana sienten mucha hambre y sed; cuando la exposición es en dosis muy altas se presentan náuseas y vómito, llevándolos a efectos a largo plazo como el síndrome amotivacional (apatía, falta de eficacia en el desempeño de las labores cotidianas, disminución de la capacidad o del deseo de realizar proyectos a largo plazo, disminución de la concentración, y descuido personal).

Cocaína y anfetaminas

La cocaína es un potente estimulante con una gran capacidad adictiva, mejora el estado de ánimo y produce un aumento de la energía acompañado de una disminución del apetito y del sueño, ese aumento de energía se da junto con un aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Las venas periféricas más superficiales se contraen y las pupilas se dilatan (22). En dosis altas, se presenta una sobreestimulación, ansiedad, miedo, insomnio, posible violencia, alucinaciones y en casos extremos, muerte por infarto. Los efectos crónicos deterioran la memoria, problemas de concentración, microembolias cerebrales, irritabilidad y cambios repentinos de humor (21)-

2.3. Marco Empírico

A continuación, se presentan estudios sobre el consumo de drogas y su relación con el ingreso de personas a los servicios hospitalarios. La búsqueda se realizó a través de las bases de datos EBSCO Host, Pubmed, Clinicalkey; abarcando los años 2010 al 2016. Se utilizó como palabras clave: consumo de bebidas alcohólicas, drogas ilícitas, traumatismos y lesiones.

En México, se llevó a cabo un estudio en 2016, con el propósito de 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. La población de estudio estuvo conformada 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 y contó con una muestra de 83 participantes. El estudio fue descriptivo-correlacional. En cuanto a los resultados, la edad promedio de 30.3 años, en mayor proporción de género masculino (95.2%). El principal motivo de ingreso hospitalario fue por lesiones por violencia originados por una riña con 50.6% y 22.9% por accidente automovilístico. La droga de mayor consumo fue el alcohol con un 85.5%, marihuana 8.5% de los casos, seguido por el consumo de cocaína en un 2.4%. Por lo antes mencionado, se concluyó que es fundamental el estudio de dicho fenómeno, ya que proyecta lo estimable de una atención adecuada en salud como la 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 del consumo de drogas licitas 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 (6).

Un estudio en Taiwán documentó los accidentes relacionados con el abuso de drogas que conducen al incremento de los ingresos a los servicios de emergencias. La investigación se realizó en dos centros médicos de traumatología que cuentan con unidades de toxicología y que son representativos entre otros hospitales de Taiwán en términos de medicina relacionados con el abuso. El instrumento de medición que se utilizó fue la revisión de expedientes clínicos (antecedentes de consumo, manifestaciones clínicas de la persona que ingresó al hospital por consumo de drogas, entrevista para obtener datos sociodemográficos y prueba toxicológicas). Los resultados arrojaron que la mayoría de los pacientes tenían la edad de entre 21 y 40 años de edad, siendo las principales causas de accidentes las heridas por arma blanca, seguidas por accidente de tráfico. Las drogas de mayor consumo fueron de primera instancia opioides y benzodiazepinas. Con respecto a la detección de consumo de drogas en la orina, la prueba fue positiva en 52 de los 56 pacientes (24).

En España, en el año 2016, se realizó un ensayo sobre la prevalencia de consumo de cocaína entre usuarios que consultan a un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel por patología traumática o cardiovascular, se estudiaron las variables de edad y sexo, motivo de consulta (traumatismo o dolor torácico), tiempo de estancia en urgencias y días de estancia hospitalaria. Además se determinó la presencia de cocaína en orina mediante el proceso de polarización de fluorescencia (FPIA). Se reportó en los 325 pacientes (206 pacientes con traumatismos) que en los que consumieron cocaína el 81% fueron varones, promedio de edad $31 \pm 9,2$ años (10). El principal hallazgo de este estudio es que prácticamente el 20% de los pacientes con traumatismo o dolor torácico presentaban consumo reciente de cocaína. Por lo anterior, los autores concluyen que el consumo de cocaína no declarado entre los usuarios de un servicio de urgencias con patología cardiológica o traumática presenta una prevalencia alta (10).

En el 2012, se planteó una investigación que tuvo como objetivo relacionar los ingresos por accidentes, hechos violentos e intoxicaciones con el consumo de drogas en las salas de emergencias de hospitales públicos. Estudio no experimental, transversal,

descriptivo asociativo con una muestra de 1595 pacientes que ingresaron al servicio de emergencias. Los datos se recolectaron con un cuestionario, previo consentimiento informado del paciente, para detectar presencia de alcohol en saliva se empleó el Test de alcohol de Vita Labs Internacional Inc., y Test multiparámetro, de un solo paso para drogas de abuso (marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas y benzodiazepinas), para detección de metabolitos de droga en la orina (13).

De la muestra total, el 60.9% tienen 30 años o menos; el 76% de los pacientes ingresados corresponden al sexo masculino, los períodos de mayor ingreso fueron los fines de semana en horario diurno. La causa de ingreso de mayor porcentaje fueron los accidentes de tipo tránsito, accidente común y accidente de trabajo con un 50.4%. El consumo de alcohol arrojó un porcentaje prueba positiva de 46.7% de los encuestados, siendo la cerveza la de mayor consumo con 78.1%. Respecto al consumo declarado de drogas ilícitas, refleja que las más consumidas son la marihuana con 15.5% y cocaína con 10.4%, mientras que la detección en la prueba de orina fue positivo para la marihuana en 32.4% de los pacientes y para la cocaína en 28.2%. El 40.9% de pacientes ingresados tuvieron reacción positiva a dos o más drogas. Como conclusión, existe asociación significativa entre el sexo y el consumo de alcohol, marihuana y cocaína, situación que nos muestra la necesidad de realizar pruebas toxicológicas a los pacientes que ingresan a los servicios de emergencias, con la finalidad de brindarle una intervención oportuna que disminuya la posibilidad de episodios recurrentes e iniciar un sistema de registro sistemático de pacientes a través de un sistema de vigilancia epidemiológica (13).

En Nuevo León, México, se realizó un estudio descriptivo-correlacional, en un hospital del sector público, con el objetivo de describir la diferencia del consumo de alcohol por género, escolaridad y ocupación además de conocer el efecto de las características sociodemográficas sobre el consumo de alcohol en pacientes que ingresan al servicio de urgencias. La muestra fue de 120 personas que sufrieron accidentes o lesiones y que fueron admitidas para recibir atención médica en las salas de urgencia.

Se utilizó como instrumento de medición el Cuestionario de Factores Sociodemográficos e Historia de Ingreso Hospitalario y Consumo de Alcohol y Drogas (CFSHIHCAD), la evaluación del cambio Using Alcohol Version of the University Rhode Island Change Assessment – URICA y la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso

de Alcohol (AUDIT) de De la Fuente, Kershenobich (OPS/OMS). En base a los resultados, 83.3% fueron del género masculino, la media de edad de los participantes fue de 30.3 años, de acuerdo con el consumo de alcohol fue 75%, mientras que en mayor frecuencia de drogas ilícitas se encuentra la marihuana con 12.5% y la cocaína con 3.4%.

Respecto a la causa de lesión, el 61.6% de los participantes fue ingreso por accidente y el 34.2% reconocen que sufrieron agresión por otra persona. En cuanto al tipo de lesión el 36.7% ingreso por contusión, 28.3% por algún traumatismo y 15% por heridas y lesiones. Por lo anterior, se concluye que dentro contexto actual requiere de profesionales especializados, capaces de analizar problemas, presentar soluciones y/o estrategias con perspectivas nacionales e internacionales, basadas en datos científicos y también en la unión de esfuerzos con representantes de todos los sectores políticos, de salud y de educación, para promover la participación conjunta con la comunidad a través de programas que tratan los factores de riesgo y aumentan los factores de protección de la sociedad (25).

CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 General

Determinar la relación entre el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos que ingresan a un hospital de segundo nivel de atención por lesión traumática.

3.2 Específicos

Describir el consumo de alcohol y drogas ilícitas considerando las características sociodemográficas edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.

Identificar la prevalencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas en personas con lesión traumática.

3.3 Hipótesis

Existe relación positiva entre el consumo de drogas y las lesiones traumáticas en personas que ingresan al servicio de urgencias.

CAPITULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de estudio.

El tipo de estudio fue descriptivo-correlacional, ya que especifica propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno que se analiza, asociando variables mediante un patrón predecible para la población. Es de corte transversal porque permite la medición de la muestra en un solo momento de tiempo (26).

4.2. Población, muestreo y muestra.

La población de estudio estuvo constituida por las personas que ingresaban al servicio de urgencias por lesión traumática en un hospital público de segundo nivel de atención en Hermosillo, Sonora. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra fue un total de 52 personas.

4.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Personas que ingresaron al servicio de urgencias que hayan sufrido alguna lesión traumática no superficial.
- Personas que al valorarlas tenían 13 puntos en la escala de coma de Glasgow (27) (Apéndice A).
- Personas que se encontraban clínicamente en condiciones de responder en la entrevista.
- Personas que decidieron participar.

Criterios de exclusión

- Personas que no aceptaron participar en la investigación.
- Personas que presentaron lesiones traumáticas superficiales de acuerdo con el CIE-10 (28).
- Personas con menos de 13 puntos en la escala de Glasgow (27).
- Personas legalmente privadas de su libertad.
- Personas que tuvieron un diagnóstico diferente a traumatismo y/o lesiones.

4.4. Variables

Tabla I. Variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Edad	Cuantitativa	Tiempo en años que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos y expresados por la persona en el momento de la entrevista.	Número de años cumplidos
Sexo	Cualitativa Nominal	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción.	Según sexo indicador biológico	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa Nominal	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, y que a su vez tengan lazos jurídicamente reconocidos dentro de las leyes.	Condición civil que presenta y hace referencia la persona durante la entrevista.	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Separado (a) 5. Divorciado (a) 6. Viudo (a)
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Grado académico, expresado por la persona al momento del interrogatorio.	1. Sin estudios (No sabe leer ni escribir) 2. Sin estudios (Sabe leer y escribir) 3. Primaria 4. Secundaria 5. Estudios técnicos o comerciales 6. Bachillerato o bachillerato técnico

				7. Estudios superiores 8. Estudios de posgrado
Ocupación	Cualitativa Nominal	Actividad o trabajo que desempeña la persona, y que le genera recursos económicos.	Actividad laboral a la que se dedica la persona	1. Estudiante de tiempo completo 2. Estudiante con actividad laboral 3. Con actividad laboral estable (más de 6 meses) 4. Con actividad laboral estable (menos de 6 meses) 5. Desempleado (a) (busca empleo) 6. Desocupado (a) (No busca empleo) 7. El hogar 8. Pensionado (a)
Días de estancia hospitalaria	Cuantitativa	Número de días que permanecen los pacientes en el hospital.	Número de días transcurridos desde el ingreso del paciente al servicio de urgencias hasta su egreso.	Número de días de estancia hospitalaria
Lesión traumática	Cualitativa Nominal	Traumatismo no superficial que afectan múltiples regiones del cuerpo, según el CIE-10, herida o daño físico causado por un objeto externo, lesión por agresión, (heridas por armas de fuego, herida por arma blanca, agresión física	Lesión o daño físico que provoco el ingreso de la persona al servicio de urgencias	1. Atropellado 2. Choque en vehículo de motor 3. Caída sobre su nivel u otro nivel 4. Golpeado por objeto contundente o persona 5. Aplastamiento

por hechos violentos)
y accidentes de
tránsito.

6. Proyectoil de
arma de fuego
 7. Objetos
punzocortantes
 8. Maquinaria
 9. Piquete o
mordedura de
animal
 10. Fuego o
flama
 11. Sustancias
líquidas, sólidas o
gaseosa tóxicas
 12. Corriente
eléctrica
 13. Asfixia o
sofocación
 14. Intoxicación
o
envenenamiento
 15. Sustancias,
vapor u objetos
calientes
 16. Violación
-

Tabla II. Variable consumo de drogas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Consumo de drogas	Uso de cualquier droga legal (alcohol) e ilegal (marihuana, cocaína, anfetaminas, heroína, benzodiacepinas, entre otras) una o más veces en la vida	Frecuencia de consumo Resultado de la detección de presencia de drogas en orina		0. Nunca 1. Anual 2. Mensual 3. Semanal 4. Diario 5. Eventual Negativo Positivo
Dependencia del consumo de drogas	Grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos, además existe un patrón de repetida auto administración.	Conjunto de manifestaciones en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta, por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.	Tolerancia Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar una sustancia Dificultad para controlar el consumo de sustancias Abstinencia Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses: Uso persistente de la droga a pesar de las consecuencias dañinas:	1a, 1b o 1c =1 Afirmativa 2a o 2b =1 Afirmativa 3a o 3b =1 Afirmativa 4a o 4b=1 Afirmativa 5a, 5b y 5c =1 Afirmativa 6a, 6b, 6c y 6d=1 Afirmativa

Dependencia del consumo de alcohol	Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos en los cuales el uso del alcohol se transforma en prioritario para el individuo, en contraposición a otras actividades y obligaciones que en algún momento tuvieron mayor valor para él. Una característica central que se presenta es el deseo, poderoso y difícil de controlar, de consumir alcohol.	de	Puntaje del test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT).	<ul style="list-style-type: none"> • Sin riesgo • Empieza a tener problemas • Riesgo elevado 	Puntaje 0 a 3 a 3 a 7 8 o más
------------------------------------	--	----	--	---	--

4.5. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

Cuestionario para servicios de urgencias, Secretaria de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (25). El instrumento de recolección de datos está integrado por cinco secciones. En su inicio se encuentra un apartado de instrucciones; continúa con la primera sección de datos sociodemográficos que va del ítem 1 al 9; la segunda sección corresponde al consumo de drogas, correspondiente al ítem 10 y 11, donde el médico nos proporciona el criterio y opinión personal que se presume si él (médico) presume el consumo de una determinada droga por parte del paciente y, a la vez, si tal consumo estuvo relacionado o no con el motivo que llevó al paciente a la sala de urgencias en la últimas 6 horas antes de su ingreso hospitalario. En la tercera sección se refiere a las lesiones por causa externa correspondiente al ítem 12 (motivo de ingreso hospitalario), en la sección cuatro que corresponde al ítem 13 se pregunta al paciente el lugar donde ocurrió la lesión. Por última en la quinta sección corresponde si el ingreso hospitalario fue causado por otra enfermedad diferente a una lesión (Apéndice B).

Cédula de indicadores para medir la dependencia de drogas (29). Este instrumento utiliza criterios para diagnosticar la dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos (Apéndice C). Esta Adaptación está basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1995). En el primer apartado se pregunta el tipo de droga que se consume, donde el paciente puede marcar más de una opción señalando la droga de consumo principal.

Las siguientes secciones inicia con la recolección de datos basados en los últimos 12 meses: en los ítems 1a, 1b y 1c se refiere al grado de tolerancia, los ítems 2a y 2b, se refiere al fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar una sustancia; en los ítems 3a y 3b menciona la dificultad para controlar el consumo de sustancias. En el siguiente apartado los ítems 4a y 4b califican al síntoma de abstinencia; en los ítems 5a, 5b y 5c se refiere a que si la persona ha tenido una reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses por dedicar mayor tiempo al consumo de sustancias; los siguientes ítems 6a, 6b y 6 corresponden al uso persistente de sustancias a pesar de las consecuencias dañinas.

Como prueba confirmatoria de la declaración del consumo de drogas del paciente en el cuestionario, en el ítem 7 se arrojan los resultados de la aplicación de test toxicológico para la detección de drogas en la orina medida con el *Test Instant-View Drug Screen*, el cual tiene alta sensibilidad y especificidad de 98% (30) detecta metabolitos de drogas diversas en orina. Cada prueba se encuentra empacada individualmente, incluye un gotero desechable, frasco para toma de muestra y panel de testeo de drogas.

La detección de drogas por medio de este test arroja el consumo de cinco diferentes tipos de drogas (cocaína, marihuana, anfetaminas, metanfetaminas y benzodiazepinas), a través de un test de cintas absorbentes que al estar en contacto con la orina reacciona con los agentes y antígenos para producir una reacción coloreada en el lector de la cinta, indicando si el resultado es positivo o negativo en cinco minutos. El entrevistador procede a solicitar una muestra de orina y a aplicar un test de acuerdo al instructivo. Se debe tener presente que estos test son para determinar la presencia de drogas y no su cantidad.

Cuestionario de identificación de trastornos por el uso del alcohol (AUDIT) (31). Fue desarrollado por la OMS como un método sencillo para examinar consumo de alcohol. El AUDIT ayuda a identificar el consumo de riesgo y perjudicial del alcohol, así como una posible dependencia (Apéndice D). Consta de 10 ítems, donde las preguntas 1,2, y 3 evalúan la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, los ítems 4, 5, y 6 valoran la posibilidad de que exista dependencia de consumo al alcohol y las cuestiones 7, 8, 9, y 10 hacen referencia a un consumo de alcohol perjudicial que implica consecuencias para la salud física y mental, y las consecuencias sociales entre los daños cuasados por el alcohol. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

En el formato, el entrevistador anota la puntuación correspondiente a la respuesta del paciente (el número dentro de los paréntesis) dentro del cuadro que se encuentra al lado de cada pregunta. Todas las puntuaciones de las respuestas deben entonces ser sumadas y anotarse en el cuadro denominado «Total». La clasificación de consumo es de acuerdo a la puntuación (29), de 0 a 7 lo considera como abstinencia o consumo de bajo riesgo, de 8 a 15 consumo de alto riesgo, de 16 a 19 consumo perjudicial y de 20 a 40 probable dependencia.

4.6. Procedimiento de recolección de datos.

El estudio contó con el Dictamen de Aprobación del Comité de ética del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora (Apéndice E), así como del Comité de Investigación de la institución donde se llevó a cabo el estudio (Apéndice F). La identificación de las personas se llevó cabo en el área de urgencias de la institución de segundo nivel, donde el investigador y su colaborador, previamente capacitado, acudirán a la institución portando uniforme y credencial de identificación de jueves a lunes, en dos horarios de 8:00 a 10:00 hrs. y 16:00 a 18:00 hrs, para revisar la lista de ingreso y seleccionar a las personas que cumplan con los criterios de inclusión.

Una vez identificado el nombre de la persona y el área donde se encontraba el participante, se procedió a la visita. Se abordaba siempre y cuando el equipo médico no se encontrará realizando procedimientos con la persona, cuidando su privacidad 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.

Se le solicitó su autorización verbal para poder valorar su nivel de conciencia y se entrevistó a las personas previa valoración de la Escala de Glasgow siempre y cuando obtuvieran una puntuación de 13 o más (Apéndice A). Se solicitó su participación de manera voluntaria y por escrito a través del consentimiento informado, explicando el propósito del estudio, en caso de dudas se resolvieron en el momento, reiterando que se podía posponer o suspender la entrevista en el momento que lo deseará si lo consideraba necesario y que tal situación no afectaría de ninguna manera la atención que recibía en la institución de salud.

Durante la entrevista se aplicó el cuestionario y el test para la detección de drogas en orina, en el servicio de urgencias. el investigador enfatizó que se mantendría el anonimato y la confidencialidad de la información en los participantes que consintieron participar por escrito. En el análisis de drogas instantáneo en orina se siguieron las instrucciones del manual, para ello se recolectaron muestras de 30 ml de orina, en un envase compacto y sellado con la etiqueta del folio correspondiente al participante.

Se aplicó la muestra de orina por medio del gotero en el panel de testeo de manera uniforme. El envase contiene cintas absorbentes que permiten medir cada droga al nivel máximo tolerado. Provee resultados instantáneos a los 5 minutos, si estos son positivos se debe esperar al menos 10 minutos para su corroboración. La orina reacciona con los agentes y antígenos para producir una reacción coloreada en el lector de la cinta, indicando si el resultado es positivo o negativo. Si se presentan dos líneas el resultado es negativo, en el caso de una sola línea sería un resultado positivo, en caso de que no se presente ninguna línea el resultado sería inválido y habría que repetir el test.

Un resultado negativo se indica por dos líneas y se observó después de cinco minutos; resultado positivo se indica por una línea y se observará después de 8 a 10 minutos. Los resultados se mantuvieron estables hasta por una hora, una vez obtenidos se anotaron en el ítem 7 del cuestionario cédula de indicadores para medir la dependencia de drogas. Una vez utilizada la muestra de orina, el contenedor se sumergía 15 minutos en un recipiente con hipoclorito de sodio y posteriormente se desechaba la orina en el drenaje o sanitario y el recipiente en la bolsa de la basura común. La tira reactiva empleada en el análisis y los guantes, se colocaron en el bote de la basura. Por último, se agradeció la participación y se reiteró que los resultados de la información darán a conocer de forma general.

4.7. Consideraciones éticas

El protocolo de investigación se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud, que hace referencia a la atención de los aspectos éticos que garantizan la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación (32).

Además, se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo, capítulo 1, artículo 13: referente al respeto, la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio, en donde siempre se reiteró de preservar la privacidad y confidencialidad de la información y el no enjuiciamiento de la conducta del participante.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 14, fracción I, V, VI, VII y VIII, se ajustó a los principios científicos y éticos que justifican el estudio, así como la autorización por medio del consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación, por lo que la investigación se realizó por un profesional de la salud bajo la supervisión de autoridades sanitarias competentes. Contó con el dictamen favorable y la autorización del Comité de Investigación de la institución de salud donde se llevó a cabo. Según lo establecido en el artículo 17 el estudio se clasificó de riesgo mínimo, porque tiene datos considerados sensibles como el consumo de drogas y empleó procedimiento no invasivo como la recolección de orina.

La elaboración del consentimiento informado se realizó acorde a los lineamientos del artículo 21: se explicaron los objetivos de la investigación, se brindó la confianza para la aclaración de cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; seguridad de que no se identificó al sujeto y que se mantuvo la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; el compromiso de proporcionarle información.

Del artículo 25, se valoró la capacidad mental del individuo para otorgar su consentimiento, utilizando la Escala de Glasgow para determinar su nivel de conciencia (27).

Del título sexto, capítulo único, el artículo 113 señala que la conducción de la investigación estuvo a cargo de un investigador principal, quien es un profesional de la salud y tiene la

formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de contar con la autorización del jefe responsable de área de adscripción (32).

4.8. Análisis de los datos.

Para el análisis de resultados, se usó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva a través de distribución frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos, así como para describir el tipo de lesión, trauma y/o accidente y caracterizar el uso de drogas. Se calculó el puntaje de AUDIT. Se obtuvo la consistencia interna del instrumento por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. Se utilizó *Chi* cuadrada para evaluar la hipótesis acerca de la relación entre dos variables.

CAPITULO V
RESULTADOS

En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos, se dividen en estadística descriptiva de las variables de estudio, que se presentan a través de tablas de frecuencia y proporciones y estadística inferencial para dar respuesta a la hipótesis.

Tabla III. Datos sociodemográficos de las personas con lesión traumática atendidos en urgencias, de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Variables	<i>f</i>	%
Edad		
menores de 20	2	3.8
21 a 30 años	11	21.2
31 a 40 años	18	34.6
41 a 50 años	12	23.1
51 a 60 años	7	13.5
61 años y mayores	2	3.8
Sexo		
Femenino	6	11.5
Masculino	46	88.5
Estado civil		
Soltero (a)	13	25.0
Casado (a)	19	36.5
Unión libre	14	26.9
Separado (a)	3	5.8
Divorciado (a)	3	5.8
Nivel escolar		
Sin estudios (Sabe leer y escribir)	2	3.8
Primaria	9	17.3
Secundaria	16	30.8
Estudios técnicos o comerciales	5	9.6
Bachillerato o bachillerato técnico	15	28.8
Estudios superiores	5	9.6
Principal actividad		
Estudiante con actividad laboral	1	1.9
Con actividad laboral estable (más de 6 meses)	30	57.7
Con actividad laboral estable (menos de 6 meses)	8	15.4
Desempleado (busca empleo)	5	9.6
Desempleado (No busca empleo)	7	13.5
El hogar	1	1.9
Residencia		
Hermosillo	46	88.5
Nogales	5	9.6
Magdalena de Kino	1	1.9
TOTAL	52	100

Fuente: CSU

n: 52

En la tabla III, se observa que la edad oscila mayormente entre los 31- 40 años, con un porcentaje de 34.6%. La edad media fue de 39.29 años ($DE = 11.44$ años), con una mínima de 19 años y una máxima de 68 años. Dominando el sexo masculino con 88.5%. El 36.5% corresponde a personas casadas, con nivel escolar secundaria 30.8% y bachillerato 28.8%, los cuales el 57.7% cuentan con una actividad laboral estable. El lugar de residencia con mayor porcentaje fue Hermosillo con un 88.5%.

Tabla IV. Consumo de sustancias y lesiones por causa externa de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Variables	<i>fr</i>	%
¿Llegó el paciente bajo la influencia de alguna (s) sustancia (s) en las últimas 6 horas según la impresión clínica del médico?		
Si		
No	27	51.9
	25	48.1
Sustancia (s) / droga (s) que utilizó según diagnóstico médico		
Alcohol		
Benzodiacepinas	14	26.9
Cristal	2	3.8
Alcohol/cristal	5	9.6
Relajante	3	5.8
	3	5.8
Lesiones por causa externa		
Atropellado	4	7.7
Choque en vehículo de motor	9	17.3
Caída sobre su nivel u otro nivel	6	11.5
Golpeado por objeto contundente o persona	9	17.3
Aplastamiento	1	1.9
Proyectil de arma de fuego	3	5.8
Objetos punzocortantes	9	17.3
Maquinaria	1	1.9
Corriente eléctrica	1	1.9
Asfixia o sofocación	1	1.9
Intoxicación o envenenamiento	4	7.7
Intento de suicidio	4	7.7
Lugar donde ocurrió la lesión		
Hogar	19	36.5
Vía pública	28	53.8
Sitio de recreación	2	3.8
Trabajo	3	5.8
Enfermedad diferente a la lesión con la que llega el paciente		
Urgencia quirúrgica	1	1.9
Psicosis alcohólica/sustancias (drogas)	1	1.9
Intento de suicidio	1	1.9
TOTAL	52	100
Fuente: CSU		<i>n</i> : 52

Según los datos arrojados en la tabla IV, se estima que 51.9% de las personas que ingresaron al servicio de urgencias con lesión traumática se encontraba bajo los efectos de alguna droga siendo el alcohol con un 26.9% el de mayor sospecha. En el 17.3% de los casos, el motivo principal de ingresos fue por choque en vehículo de motor, golpeado por objeto contundente o persona y por objetos punzocortantes, seguido por caída sobre su nivel u otro nivel 11.5%, siendo la vía pública el lugar principal donde ocurrió la lesión 53.8%. También 5.8% de las personas ingresaron una enfermedad diferente a la lesión por causa externa, siendo estas una urgencia quirúrgica, psicosis por uso de sustancias e intento de suicidio.

Consumo de sustancias (Drogas)

En la tabla V, se describe el consumo de drogas lícitas dentro de las cuales se consideran tabaco y alcohol. Respecto al consumo de tabaco 53.8% expreso que lo ha llevado a cabo en los últimos 30 días, 67.9% lo hace a diario y 25% de forma semanal. En cuanto a la cantidad fuman en promedio 8.64 cigarros ($DE = 6.60$), destacando de 28.6% fuman entre 11 y 20 cigarros. En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas 76.9% lo ha llevado a cabo en los últimos 30 días, 46.2% refiere una frecuencia semanal y 21.2% de forma mensual, 20.9% comenta que consume en forma semanal hasta la embriaguez y 14% mensual.

Tabla V. Consumo de drogas lícitas (tabaco y alcohol) de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Drogas Lícitas	f	%
<i>Tabaco</i>		
En los últimos 30 días, ¿ha fumado tabaco?		
Si	28	53.8
No	26	46.2
¿Cada cuándo fuma?		
Diario	19	67.9
Semanal	7	25.0
Mensual	1	3.6
Anual	0	0.0
Eventual	1	3.6
¿Cuántos cigarros fuma?		
0 – 10	20	71.4
11 – 20	8	28.6
<i>Alcohol</i>		
En los últimos 30 días ¿ha tomado bebidas alcohólicas?		
Si	40	76.9
No	12	23.1
¿Cada cuando tomas bebidas alcohólicas?		
Diario	0	0.0
Semanal	24	46.2
Mensual	11	21.2
Anual	1	1.9
Eventual	7	13.5
Nunca	9	17.3
¿Con que frecuencia hasta la embriaguez?		
Nunca	3	7.0
Diario	0	0.0
Semanal	9	20.9
Mensual	6	14.0
Anual	5	11.6
Eventual	20	46.5
Total	52	100

Fuente: CSU

n: 52

En la tabla VI, se presenta el consumo de medicamentos durante los últimos 30 días que se consideran con efectos altamente adictivos, de los cuales los tranquilizantes con un 13.5% se consumen con mayor frecuencia y los medicamentos que se utilizan para la depresión con un 7.7%. Asimismo, se incluyen las drogas ilícitas que refiere haber consumido la persona durante los últimos 30 días, la más frecuente es la marihuana con un 53.8% y 32.7% cocaína y crack.

Tabla VI. Consumo de medicamentos y drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

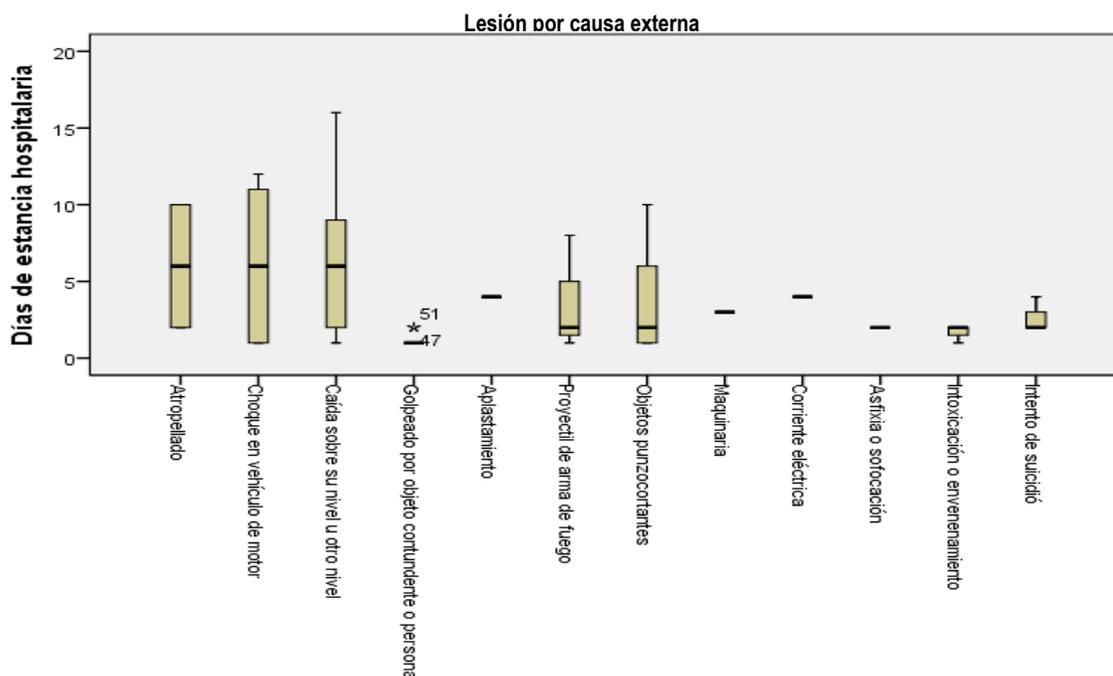
En los últimos 30 días ha consumido:	Si		No	
	f	%	f	%
<i>Medicamentos para:</i>				
Dolor que requieren receta médica (como darvon, dolviran, temgesic, etc)	2	3.8	50	96.2
Tranquilizarse o dormir (como tafil, rivotril o vallium)	7	13.5	45	86.5
Contra la tristeza o el desgano (como prozac o paxil, etc)	4	7.7	48	92.3
Bajar de peso	2	3.8	50	96.2
<i>Drogas ilícitas</i>				
Marihuana	28	53.8	24	46.2
Cemento, thinner, etc, inhalado	13	25.0	39	75.0
Cocaína o crack	17	32.7	35	67.3
Heroína, morfina u opio	5	9.6	47	90.4
Hongos, peyote o LSD	3	5.8	49	94.2

Fuente: CSU

n: 52

En la figura 1, se muestran los días de estancia hospitalaria según la lesión por causa externa, con una media de 3.83 días ($DE = 3.70$), con un mínimo de 1 y un máximo de 16 días. Entre las causas que tienen mayores días de estancia son por atropellamiento, choque en vehículo motor y caída sobre su nivel u otro nivel.

Figura 1. Días de estancia hospitalaria por lesión de causa externa de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.



Fuente: CSU

n: 52

El SISVEA divide en dos grupos a las personas que se presentan a urgencias según el motivo de ingreso por causas externas y evidencia clínica de haber consumido alguna sustancia. Estos dos grupos se clasifican como accidentes donde se consideran el atropellamiento, choque vehicular, caída, aplastamiento, maquinaria, piquete o mordedura de animal, fuego o flama, sustancias tóxicas, corriente eléctrica y sustancias vapor u objetos calientes. En el otro grupo se engloban los que consideran que pueden ser secundarios a probables delitos, entre estos están el ser golpeado por objetos contundentes u otra persona, proyectil por arma de fuego, objetos punzocortantes o punzocontundentes, asfixia o sofocación y violación. Sin embargo, para el presente estudio, se incluyó autolesiones donde se considera el intento de suicidio, como la causa de la lesión (17). Teniendo estas consideraciones se obtuvieron los siguientes resultados, 42.3% ingreso por accidentes, 50% por probables delitos y 7.7% por autolesiones (tabla VII).

Tabla VII. Clasificación según el SISVEA según los motivos de ingresos por lesiones de causas externas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Motivo de ingreso según la causa externa	f	%
Accidentes	22	42.3
Pb. Delitos	26	50.0
Autolesiones (intento de suicidio)	4	7.7
Total	52	100

Fuente: CSU

n: 52

Para responder al objetivo de la investigación se llevó a cabo un test de uso de drogas obteniendo que 78.8% de las personas que sufrieron lesiones por causa externa resultaron positivos a marihuana, 55.8% a metanfetamina y 51.9% a cocaína. Para responder a la hipótesis de la investigación se utilizó la prueba de *Chi* cuadrada de Pearson, obteniendo que existe una asociación significativa entre las lesiones y el uso de la marihuana ($\chi^2 = 8.93$, $p < 0.05$), no así entre las otras sustancias que fueron examinadas en el test (tabla VIII).

Tabla VIII. Lesiones por causa externa según clasificación del SISVEA y test positivo a drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Lesión	Accidentes		Pb. delitos		Autolesiones		Total		χ^2	Sig.
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Droga										
Marihuana	20	38.5	20	38.5	1	25.0	41	78.8	8.93	.012
Cocaína	14	26.9	13	25.0	0	0.0	27	51.9	5.56	.062
Anfetamina	8	15.4	9	15.4	3	5.8	19	36.5	2.92	.232
Metanfetamina	10	19.2	16	30.8	3	5.8	29	55.8	1.89	.387
Benzodiacepina	5	9.6	11	21.2	3	5.8	19	36.5	4.73	.094

Fuente: CSU

n: 52

Al describir la diferencia del consumo de drogas ilícitas considerando las características sociodemográficas (tabla IX), se puede observar que según la edad el consumo es mayor en todas las drogas de los 31 a los 40 años. En esta muestra el sexo masculino consume drogas en mayor proporción, la de mayor consumo es la marihuana con 76.9% y la de menor consumo en el sexo masculino son las benzodiacepinas con 25%. Asimismo, el estado civil se observa mayor proporción de personas que consumen que son casados (as), a excepción de las benzodiacepinas donde se observa mayor consumo entre quienes están solteras(os) (13.5%) y quienes viven en unión libre con 11.7%. Y, por último, la ocupación obteniendo que quienes consumen tienen una actividad laboral estable (más de 6 meses).

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la edad y el test positivo de cocaína ($\chi^2 = 11.68$, $p < 0.05$); así como como entre el sexo y la marihuana ($\chi^2 = 15.72$, $p < 0.00$), cocaína ($\chi^2 = 11.68$, $p < 0.05$), anfetaminas y benzodiacepinas ($\chi^2 = 6.40$, $p < 0.05$). También hubo una asociación significativa entre la ocupación y las benzodiacepinas ($\chi^2 = 11.91$, $p < 0.05$).

Tabla IX. Datos sociodemográficos y test positivo a drogas ilícitas de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Datos Sociodemográficas	Drogas ilícitas		Marihuana		Cocaína		Anfetaminas		Metanfetamina		Benzodiacepina	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Edad												
menores de 20	2	3.8	0	0.0	0	0.0	1	1.9	1	1.9	1	1.9
21 a 30 años	6	11.5	2	3.8	5	9.6	8	15.4	6	11.5	6	11.5
31 a 40 años	17	32.7	12	23.1	8	15.4	11	21.2	7	13.5	7	13.5
41 a 50 años	9	17.3	6	11.5	3	5.8	6	11.5	3	5.8	3	5.8
51 a 60 años	6	11.5	5	9.6	2	3.8	2	3.8	2	3.8	2	3.8
61 años y mayores	1	1.9	2	3.8	1	1.9	1	1.9	0	0.0	0	0.0
χ^2	8.35		11.68		3.05		3.80		3.77			
<i>p</i>	.138		.039		.692		.578		.583			
Sexo												
Femenino	1	1.9	1	1.9	5	9.6	3	5.8	6	11.5	6	11.5
Masculino	40	76.9	26	50.0	14	26.9	26	50.0	13	25.0	13	25.0
χ^2	15.72		3.37		6.40		.092		11.78			
<i>p</i>	.000		.066		.011		.762		.001			
Estado civil												
Soltero (a)	11	21.2	3	5.8	3	5.8	8	15.4	7	13.5	7	13.5
Casado (a)	15	28.8	14	26.9	14	26.9	10	19.2	4	7.7	4	7.7
Unión Libre	11	21.2	7	13.5	7	13.5	9	17.3	6	11.5	6	11.5
Separado (a)	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9	1	1.9	1	1.9
Divorciado (a)	2	3.8	2	3.8	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9
χ^2	.79		8.63		5.09		1.88		3.19			
<i>p</i>	.939		.071		.277		.756		.418			
Escolaridad												
Sin estudios (sabe leer y escribir)	1	1.9	1	1.9	2	3.8	1	1.9	1	1.9	1	1.9
Primaria	8	15.4	6	11.5	4	7.7	7	13.5	4	7.7	4	7.7
Secundaria	12	23.1	6	11.5	4	7.7	9	17.3	6	11.5	6	11.5
Estudios técnicos o comerciales	5	9.6	3	5.8	2	3.8	3	5.8	0	0.0	0	0.0
Bachillerato o bachillerato técnico	12	23.1	10	19.2	5	9.6	6	11.5	5	9.6	5	9.6
Estudios superiores	3	5.8	1	1.9	2	3.8	3	5.8	3	5.8	3	5.8
χ^2	4.10		5.59		4.75		3.38		4.53			
<i>p</i>	.535		.347		.447		.642		.457			
Ocupación												
Estudiante con actividad laboral	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	1.9	0	0.0	0	0.0
Con actividad laboral estable (más de 6 meses)	26	50.0	14	26.9	7	13.5	14	26.9	10	19.2	10	19.2
Con actividad laboral estable (menos de 6 meses)	8	15.4	6	11.5	3	5.8	5	9.6	0	0.0	0	0.0
Desempleado (busca empleo)	4	7.7	3	5.8	1	1.9	4	7.7	3	5.8	3	5.8
Desempleado (No busca empleo)	3	5.8	3	5.8	7	13.5	5	9.6	5	9.6	5	9.6
El hogar	0	0.0	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	1.9	1	1.9
χ^2	16.41		4.40		17.32		5.095		11.91			
<i>p</i>	.006		.493		.004		.404		.036			
Total	41	78.8	27	51.9	19	36.5	29	55.8	19	36.5	19	36.5

Fuente: CSU

n: 52

En cuanto a los resultados de consumo de drogas ilícitas en los últimos doce meses, las drogas de mayor consumo fueron marihuana 26.9%, seguida por el cristal 25% y la cocaína 19.2%. De las personas encuestadas el 59.6% se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad de droga para lograr el efecto deseado, por lo que se considera un grado de tolerancia a la droga. Además, el 40.4% ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir droga que no pueden evitarlo. El 36.5% ha tenido signos y síntomas de abstinencia, cuando intentaron disminuir el consumo de drogas. De los encuestados el 42.3% ha continuado con el consumo de sustancias a pesar de los daños ocasionados a la salud, mientras que solo el 13.5% ha descuidado o suspendido sus actividades recreativas y laborales (tabla X).

Tabla X. Indicadores para medir dependencia a drogas en los 12 meses previos de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Variables	<i>f</i>		<i>%</i>	
¿Qué tipo (s) de droga (s) consume?				
Marihuana	14		26.9	
Tranquilizantes	6		11.5	
Cristal	13		25.0	
Cocaína	10		19.2	
Heroína	6		11.5	
Ninguna	3		5.8	
Indicadores para medir dependencia en los 12 meses previos	Si		No	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>En los últimos 12 meses ¿Uso en más de cinco ocasiones drogas para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirte más activo o alerta?</i>	49	94.2	3	5.8
<i>Tolerancia</i>				
1a ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad de droga para lograr el efecto deseado?	31	59.6	18	34.6
1b ¿Notó que la misma cantidad de droga le hacía menos efecto que antes?	8	33.3	44	66.7
1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más droga para lograr el mismo efecto?	3	5.8	49	94.2
<i>Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia</i>				
2a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir droga que no puede evitarlo?	21	40.4	31	59.6
2b ¿Ha deseado consumir drogas tan desesperadamente que no podía pensar en nada?	7	13.5	45	86.5
<i>Dificultad para controlar el consumo de sustancias</i>				
3a Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de drogas? Si fue así, ¿ha sido capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?	41	78.8	11	21.2
3b ¿Ha tenido periodos en los que uso drogas en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo antes de sentirse intoxicado?	24	46.2	28	53.8
<i>Abstinencia</i>				
4a En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de drogas ¿alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?	19	36.5	33	63.5
4b Utilizó drogas u otra droga para evitar tener malestares como los que se acaban de mencionar	3	5.8	49	94.2
<i>Reducción progresiva del repertorio de actividades o intereses</i>				
5a ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo a conseguir droga?	18	34.6	34	65.4
5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de las drogas?	2	3.8	50	96.2
5c ¿Ha descuidado o suspendido sus actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares por conseguir o usar drogas?	7	13.5	45	86.5
<i>Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas</i>				
6a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión relacionada con el uso de drogas?	22	42.3	30	57.7

Continúa.....

Continúa... ..

Indicadores para medir dependencia en los 12 meses previos	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas</i>				
6b ¿Continúo usando drogas aun después de presentar estos problemas de salud?	23	44.2	29	55.8
6c ¿Ha tenido usted problemas psicológicos o sociales asociados al uso de drogas, como sentirse deprimido, extraño perseguido o presentar fracasos laborales, escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.)	38	73.1	14	26.9
6d ¿Continuó consumiendo drogas aun después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?	36	69.2	16	30.8
Fuente: CSU	<i>n: 52</i>			

En la tabla XI se presentan los resultados relacionados con el cuestionario AUDIT para identificar trastornos por el consumo de alcohol, donde se describe que la frecuencia de consumo de alcohol el 44.2% la llevan a cabo una vez al mes o menos. En relación con el número de copas 44.2% menciona que consume entre 7 y 9 copas por ocasión. En cuanto a la frecuencia de consumo de 6 o más copas indicaron que 26.9% lo realiza semanalmente y en la misma proporción mensualmente y 13.4% indico que no pudo parar de beber una vez que había empezado.

De los entrevistados 11.5% indico que mensualmente deja de hacer algo que debería haber hecho por beber. Por lo menos el 15.4% indico que bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior, el 34.6% se siente culpable o tuvo remordimiento por haber bebido menos una vez al mes y 11.5% mensualmente. Entre quienes “olvidaron algo de lo que les había pasado estando bebiendo” 26.9% mencionó que le pasa menos de una vez al mes y 1.9% semanalmente; 49.1% se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol. También se les cuestionó respecto a si un amigo, familiar o doctor se ha preocupado por su forma de beber o que la disminuya indicando que a 26.9% le ha ocurrido esto en el último año y 42.3% también pero no en el último año (tabla 9).

Tabla XI. Cuestionario AUDIT, para identificar trastornos por el consumo de alcohol de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

VARIABLE	f	%
¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?		
Una vez al mes o menos	23	44.2
Dos o cuatro veces al año	18	34.6
Dos o tres veces por semana	10	19.2
Cuatro o más veces por semana	1	1.9
¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?		
3 o 4	7	13.5
5 o 6	13	25.0
7 a 9	23	44.2
10 o más	9	17.3
¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?		
Nunca	17	32.7
Menos de una vez al mes	7	13.5
Mensualmente	14	26.9
Semanalmente	14	26.9
Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?		
Nunca	44	84.6
Menos de una vez al mes	3	5.8
Mensualmente	2	3.8
Semanalmente	3	5.8
Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?		
Nunca	42	80.8
Menos de una vez al mes	4	7.7
Mensualmente	6	11.5
Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?		
Nunca	44	84.6
Menos de una vez al mes	8	15.4
Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?		
Nunca	28	53.8
Menos de una vez al mes	18	34.6
Mensualmente	6	11.5
Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo?		
Nunca	34	65.4
Menos de una vez al mes	14	26.9
Mensualmente	3	5.8
Semanalmente	1	1.9
¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?		
No	27	51.9
Sí, pero no en el último año	17	32.7
Sí, en el último año	8	15.4
¿Algún amigo, familiar o doctor se ha preocupado por la forma en que bebe o le ha sugerido que le baje?		
No	16	30.8
Sí, pero no en el último año	22	42.3
Sí, en el último año	14	26.9

Fuente: AUDIT

n: 52

Tabla XII. Clasificación total del AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Clasificación del consumo de alcohol	<i>f</i>	%
Abstemio o consumo de bajo riesgo	16	30.8
Consumo de alto riesgo	27	51.9
Consumo perjudicial	4	7.7
Probable dependencia	5	9.6
Total	52	100

Fuente: AUDIT *n*: 52

En la tabla XII se presenta la clasificación AUDIT, donde se obtuvo una puntuación promedio de 10.90 ($DE = 5.93$), lo que representa un consumo de alto riesgo, con una puntuación mínima de 3 y máxima de 29. El 51.9% presenta consumo de alto riesgo, y 9.6% presenta probable dependencia. En este estudio se aplicó el Alpha de Cronbach y se obtuvo una consistencia interna de .803, lo cual se considera aceptable.

Tabla XIII. Clasificación de las lesiones traumáticas de acuerdo con el SISVEA y la clasificación AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Clasificación Audit	Abstemio o consumo de bajo riesgo		Consumo de alto riesgo		Consumo perjudicial		Probable dependencia		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Lesiones traumáticas										
Accidentes	5	9.6	13	25.0	2	3.8	2	3.8	22	42.3
Pb. Delitos	9	17.3	12	23.1	2	3.8	3	5.8	26	50.0
Autolesiones (intento de suicidio)	2	3.8	2	3.8	0	0.0	0	0.0	4	7.7
Total	16	30.8	27	51.9	4	7.7	5	9.6	52	100

Fuente: CSU y AUDIT $\chi^2 = 2.31, p = .889$ *n*: 52

En la tabla XIII, se describe la clasificación de lesiones traumáticas de acuerdo con el SISVEA y la clasificación de AUDIT considerando que las personas que tuvieron accidentes presentaron un consumo de alto riesgo (25%) al igual que las personas que sufrieron lesiones por probables delitos (23.1%) y quienes ingresaron por autolesiones presentaron un consumo de bajo riesgo y de alto riesgo, con 3.8% respectivamente.

En esta muestra no se presentó una asociación estadísticamente significativa entre las lesiones traumáticas y el consumo de alcohol ($\chi^2 = 2.31, p = .889$) ni con los datos sociodemográficos (tabla 14), aunque se observa mayor consumo entre las personas de 31 a 40 años,

quienes presentan una mayor proporción de consumo de alto riesgo, al igual quienes son del sexo masculino (17.3%), están casados (23.2%), con grado académico de secundaria o bachillerato técnico con 17.3% y quienes tienen una actividad laboral estable (36.5%).

La siguiente tabla muestra los datos sociodemográficos y clasificación del AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas, donde se observa que la edad de mayor consumo es de los 31 a los 40 años, 23.2% son casados con estudios hasta secundaria 30.8%; de los cuales 17.3%, tienen un consumo de alto riesgo. El consumo de alto riesgo se da mayormente en el género masculino (88.5%), teniendo una estabilidad laboral estable (36.5%), aunque no se demuestra una asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables sociodemográficas (tabla XIV).

Tabla XIV. Datos sociodemográficos y clasificación del AUDIT de las personas atendidas en urgencias por lesiones traumáticas de un hospital público de Hermosillo, Sonora.

Datos sociodemográficos	Audit		Abstemio o consumo de bajo riesgo		Consumo de alto riesgo		Consumo perjudicial		Probable dependencia		Total		χ^2	p
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%		
Edad													7.85	.930
menores de 20	0	0.0	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
21 a 30 años	3	5.8	4	7.7	2	3.8	2	3.8	2	3.8	11	21.2		
31 a 40 años	6	11.5	9	17.3	2	3.8	1	1.9	1	1.9	18	34.6		
41 a 50 años	4	7.7	7	13.5	0	0.0	1	1.9	1	1.9	12	23.1		
51 a 60 años	2	3.8	4	7.7	0	0.0	1	1.9	1	1.9	7	13.5		
61 años y mayores	1	1.9	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.8		
Sexo													6.92	.074
Femenino	3	5.8	1	1.9	0	0.0	2	3.8	2	3.8	6	11.5		
Masculino	13	25.0	26	50.0	4	7.7	3	5.8	3	5.8	46	88.5		
Estado civil													5.61	.934
Soltero (a)	4	7.7	6	11.5	1	1.9	2	3.8	2	3.8	13	25.0		
Casado (a)	5	9.6	12	23.2	1	1.9	1	1.9	1	1.9	19	36.5		
Unión Libre	4	7.7	6	11.5	2	3.8	2	3.8	2	3.8	14	26.9		
Separado (a)	2	3.8	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.8		
Divorciado (a)	1	1.9	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.8		
Escolaridad													9.84	.829
Sin estudios (sabe leer y escribir)	0	0.0	1	1.9	0	0.0	1	1.9	1	1.9	2	3.8		
Primaria	3	5.8	4	7.7	1	1.9	1	1.9	1	1.9	9	17.3		
Secundaria	5	9.6	9	17.3	1	1.9	1	1.9	1	1.9	16	30.8		
Estudios técnicos o comerciales	2	3.8	2	3.8	1	1.9	0	0.0	0	0.0	5	9.6		
Bachillerato o Bachillerato técnico	4	7.7	9	17.3	0	0.0	2	3.8	2	3.8	15	28.8		
Estudios superiores	2	3.8	2	3.8	1	1.9	0	0.0	0	0.0	5	9.6		
Ocupación													22.57	.093
Estudiante con actividad laboral	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9		
Con actividad laboral estable (más de 6 meses)	7	13.5	19	36.5	2	3.8	2	3.8	2	3.8	30	57.7		
Con actividad laboral estable (menos de 6 meses)	2	3.8	5	9.6	1	1.9	0	0.0	0	0.0	8	15.4		
Desempleado (busca empleo)	3	5.8	1	1.9	1	1.9	0	0.0	0	0.0	5	9.6		
Desempleado (No busca empleo)	3	5.8	2	3.8	0	0.0	2	3.8	2	3.8	7	13.5		
El hogar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	1	1.9		
Total	16	30.8	27	51.9	4	7.7	5	9.6	5	9.6	52	100		

Fuente: CSU y Audit

n: 52

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado a 52 personas que ingresaron a un hospital de segundo nivel por causa de alguna lesión traumática. La búsqueda bibliográfica relacionada con investigaciones realizadas en México sobre la relación del consumo de alcohol y drogas ilícitas es muy escasa. Sin embargo, la carencia de registros con las características mencionadas anteriormente no exime el hecho de que existan casos sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas y su relación con la generación del trauma. Para efectos de la presente investigación fueron considerados aquellos estudios que indicaron que el consumo de drogas está asociado con ingresos hospitalarios a los servicios de urgencias a causa de lesiones traumáticas.

En relación a los datos sociodemográficos, se observó que el grupo de edad más representativo fue el de 31- 40 años, siendo los sujetos de estudio en su mayoría del género masculino lo cual coincide con Bejarano donde el grupo de edad que predomina son los menores de 40 años (16), siendo ésta la edad correspondiente al adulto joven, lo que puede traer repercusiones a largo plazo, además está ligada a la edad productiva afectando la dinámica familiar, social, educativa y laboral del individuo (13), ocasiona un daño en la salud integral de la persona, su entorno familiar y la sociedad. Predomino el género masculino con un 88.5%, lo cual coincide con Navarro donde el 76% de los pacientes ingresados pertenece al sexo masculino (13), de igual manera el grupo de edad y el género masculino coincide con la ENA 2011, el 30.8% tienen escolaridad secundaria que concuerda con el SISVEA en el 2015 que también señala la escolaridad secundaria con un 32.9% (12).

Según la impresión clínica médica el 51.9% de las personas que ingresaron al servicio de urgencias con lesión traumática se encontraba bajo los efectos de alguna droga siendo el alcohol con un 26.9% el de mayor sospecha. Misma que coincide con Bejarano y Obando, quienes detectaron una clara coincidencia entre la opinión del médico y todos los casos que reportaron algún consumo previo al ingreso hospitalario, siendo el alcohol, la que presentaba mayor asociación (16). Asimismo, el SISVEA reportó según la impresión clínica del médico que el 4.5% de los pacientes que se presentaron al servicio de urgencias se encontraban bajo el efecto de alguna droga, siendo el alcohol, con un 68.8%, la sustancia más consumida (12).

Los principales motivos de ingreso en cuestión de proporción fueron choque en vehículo de motor, golpe por objeto contundente o persona y por objetos punzocortantes, lo que coincide con Cherpitel y otros, donde el 61.6% ingresaron por accidentes, 34.2% agresión por otra persona y 15% por heridas y lesiones (3).

Respecto al consumo de tabaco 53.8% ha utilizado tabaco en los últimos 30 días y el 67.9% lo hace a diario, el 76.9% consumió alcohol los últimos 30 días, 46.2% refiere una frecuencia semanal donde el 20.9% llega hasta la embriaguez, lo que lleva a un acercamiento a los resultados con el SISVEA, donde el 61% consume tabaco diariamente y el 23.1% ingirió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días llegando a la embriaguez semanal (12). El abuso de bebidas alcohólicas ha ido en aumento lo que puede provocar un incremento de los problemas sociales y de salud, otro estudio presenta resultados similares a los encontrados, que muestran que el consumo de alcohol aumenta el riesgo de sufrir un accidente y por consecuencia una lesión más grave (5).

En cuanto al consumo declarado de drogas ilícitas, muestra que las más consumidas durante los últimos 30 días, fueron la marihuana con un 53.8% y 32.7% cocaína, teniendo una coincidencia con la investigación de Navarro (13) donde las sustancias ilícitas de mayor consumo fueron marihuana 15.5% y cocaína 10.4%.

El SISVEA divide en dos grupos a las personas que se presentan a urgencias según el motivo de ingreso por causas externas y evidencia clínica de haber consumido alguna sustancia. Teniendo estas consideraciones se obtuvieron los siguientes resultados, 42.3% ingreso por accidentes, 50% por probables delitos, de los cuales como se menciona anteriormente el 26.9% se sospecha que venían bajo la influencia de alcohol. Esta información es comparable con los datos obtenidos entre los años 2011 y 2013 en salas de emergencias en México (12,25) donde el 67.2% corresponden a accidentes de los cuales 79.2% se identificaron datos clínicos de haber consumido alcohol y 32.8% a probables delitos teniendo el alcohol una influencia relativa del 73.3%. En menor porcentaje, pero no menos importante se encontraron los ingresos hospitalarios por autolesiones 7.7%, los cuales en su totalidad venían bajo la influencia de algún tipo de droga principalmente de benzodiazepinas y anfetaminas (12,25).

La detección de drogas en la orina fue positivo con el 78.8% de las personas que sufrieron lesiones por causa externa a marihuana, 55.8% a metanfetamina y 51.9% a cocaína,

lo que coincide con diversos autores que señalan que la droga de mayor consumo es la marihuana y la cocaína (10,13,16,33). En el contexto internacional, los resultados de la encuesta coinciden con lo que ocurre en otros países, donde la marihuana tiene la más alta prevalencia de consumo (10,13,16,33).

Respecto a los resultados obtenidos por el consumo elevado de metanfetaminas y su relación con accidentes y hechos violentos existe escasa literatura asociada a este hecho, sin embargo, las cifras obtenidas en el Centro de Integración Juvenil (CIJ) del estado de Sonora 2016 reflejan que la drogas ilícitas de mayor consumo son marihuana (92.9%), cocaína (39.2%), metanfetaminas (28.6%) y benzodiazepinas (23.5%), lo que coloca al estado de Sonora con un elevado consumo de metanfetaminas en comparación de otros estados (34).

En cuanto la puntuación AUDIT, se obtuvo que el 51.9% de los encuestados presenta consumo de alto riesgo, y 9.6% presenta probable dependencia, predominando el género masculino. Existe una relación entre las personas que sufrieron algún tipo de accidente presentaron un consumo de alto riesgo (25%) al igual que las personas que sufrieron lesiones por probables delitos (23.1%). Por su parte Borges y otros (33), calificaron al 10.9% de los encuestados como bebedores riesgosos con dependencia al alcohol según el AUDIT, donde las personas que acudieron al servicio de urgencias por accidentes u hechos violentos tuvieron mayor prevalencia de consumo de alcohol. En la misma investigación (33), el tipo de accidentes que sufrieron los pacientes que ingresaron a sala de urgencia bajo influencia de alcohol en mayor proporción fueron las caídas desde su propia altura 39.7%, accidentes automovilísticos 35.5% y riñas 24.8%, en su mayoría según el AUDIT por consumo dañino (34). El consumo de bebidas alcohólicas, en las personas atendidas en los servicios de urgencias debido a un accidente o acto de violencia, es elevado y perjudicial, ya que lo resultados arrojan el uso de una o más sustancias ilícitas.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio nos muestra la relación que existe entre el consumo de alcohol y drogas ilícitas y su ingreso a los servicios de urgencias por causa de alguna lesión traumática. En lo que se refiere a los datos sociodemográficos, específicamente en la edad se presenta este fenómeno con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años, lo que corresponde a la población adulta joven. Los resultados obtenidos son de suma importancia, ya que evidencian la necesidad de implementar acciones y nuevas estrategias de prevención y protección sobre el consumo de drogas en hospitales de segundo nivel, con el objetivo de evitar el daño físico, psicológico y social que implica el consumo, así como limitar las complicaciones y daños a la salud que provocan que estos pacientes lleguen a la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que represente mayores costos económicos para las personas y los servicios de salud.

El alcohol, la marihuana, metanfetaminas y cocaína son las drogas de mayor consumo en la población relacionados con los ingresos hospitalarios al servicio de urgencias. El papel del profesional de enfermería ocupa un lugar importante en el diseño e implementación de políticas públicas en las salas de urgencias, por medio de la enseñanza, investigación, prevención y promoción de la salud en el contexto de accidentes relacionados con el consumo de alcohol y drogas ilícitas.

No existe un marco legal que atienda esta problemática, por lo que se resalta la necesidad de involucrar al personal de salud que atiende a la población que llega a los servicios de urgencias con lesiones relacionadas al consumo de alcohol y otras drogas, en el desarrollo de estrategias de detección, tales como el uso de pruebas de tamizaje para detectar o confirmar su consumo y la canalización de los casos positivos con el fin de que los expertos realicen intervenciones breves o tratamiento, según sea el caso, para reducir el consumo abusivo de alcohol y prevenir las consecuencias negativas, especialmente las relacionadas con la generación de lesiones.

Se recomienda que el profesional de enfermería implemente programas de prevención de drogas en los servicios de urgencias, instituciones de primer nivel, centros de estudio de nivel medio y superior, y lugares de trabajo donde se encuentre la mayor proporción de adultos jóvenes. Así como ofrecer una intervención secundaria en forma de intervención

motivacional para disminuir el consumo de sustancias, y así mismo esta intervención forme parte de una rutina asistencial dentro del tratamiento integral del paciente lesionado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito UNODC. Informe Mundial Sobre las Drogas 2016. Resumen Ejecutivo. ; 2016.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Executive Summary Conclusions and Policy Implications. World Drug Report 2017. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC); 2017.
3. Cherpitel C, Borges G, Giesbrecht N, Monteiro M, Stockwell T. Prevención de los traumatismos relacionados con el alcohol en las Américas: de los datos probatorios a la acción política (OPS) OPdIS, editor. Washington, D.C.; 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol. In 51° Consejo Directivo; 2011; Washington, D.C.
5. Oliva N, Baecellos M, López J. Accidentes y lesiones por consumo de alcohol en pacientes atendidos en una sala de urgencias. Rev Lat Am Enfermagem. 2010; 18(Spec): p. 521-8.
6. Amaro M, Campa T, Cantú P, Gómez A. Patrones de consumo de drogas lícitas e ilícitas de los pacientes que ingresan a una sala de urgencias. Rev Enfermería Actual de Costa Rica. 2016; 30: p. 1-12.
7. Gómez C, Castro S, Eraso C, Gil F, Arango C, Fagua J, et al. Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en pacientes no psiquiátricos que consultan un servicio de urgencias en Bogotá. Rev Colomb Psiquiat. 2011; 40(4): p. 709-22.
8. Duffy D. Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. 2015;(7): p. 371-82.
9. Cárdenas K, Orjuela M, Téllez-Mosquera J. Perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos en los servicios de urgencias, por intoxicación aguda con sustancias

- psicoactivas. Rev Fac Med. 2012; 60(4): p. 265-73.
10. Burrillo-Putze G, Borreguero J, Vallbona E, De Vera A, Fernández J, García J, et al. Consumo de cocaína y su relación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias. Emergencias. ; 20: p. 380-4.
 11. Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones Informe 1998. Informe nacional. México, D.F.: Dirección General de Epidemiología; 1998.
 12. Secretaria de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones Informe 2015. Informe Nacional. México, D.F.: Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología; 2015.
 13. Navarro M, Romero P, Medina V, García L, Flores J. Corte epidemiológico del consumo de drogas de personas atendidas en emergencias de hospitales del Estado de Carabobo-Venezuela: CECODPEH. Revista Salud Pública, Ed. especial. 2013;; p. 34-42.
 14. Fernández E, Guerrero F, Quintana M, Alted E, Miñambres E, Salinas I, et al. Prevención secundaria en traumatizados relacionados con alcohol y drogas. Resultados de una encuesta nacional. Med Intensiva. 2009; 33(7): p. 321-26.
 15. Consejería de Sanidad, Agencia Antidroga. Informe sobre ingresos hospitalarios por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas comunidad de Madrid. Madrid:, Servicio de Evaluación e Investigación; 2015.
 16. Bejarano J, Obando P. Trauma y consumo de drogas en pacientes admitidos en salas de emergencias de dos hospitales generales de Costa Rica. Salud y drogas. 2002; 2(1): p. 47-60.
 17. Insulza J. Alternativas legales y regulatorias. In OEA , editor. El problema de las drogas en las Américas. Washington, D.C.; 2008. p. 43.
 18. Goldstein R, Volkow N. Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. Nat Rev Neurosci. 2011; 12: p. 652-69.

19. Cristóvão-Calado J, Broche-Pérez Y, Rodríguez-Méndez L. Efectos nocivos del consumo prolongado de alcohol sobre el sistema nervioso central. *Arch Neurocién (Méx)*. 2015; 20(1): p. 79-85.
20. Oscar-Berman M, Marinkovic K. Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Rev*. 2007;(17): p. 239-57.
21. Cruz S. Los efectos de las drogas de sueños y pesadillas México : Trillas; 2007.
22. Piomelli D. The molecular logic of endocannabinoid signaling. *Nat Rev Neusoci*. 2003; 4(11): p. 873-84.
23. Moore t, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes T, Jones P, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007;(370): p. 319-28.
24. Chen I, Hung D, Hsu C, Wu M, Deng J, Chang C,ea. Drugs abuse-related accidents leading to emergency department visits at two medical centers. *J Chin Med Assoc*. 2012; 75(5): p. 234-9.
25. Secretaría de Salud (SS), Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2011. México: Secretaría de Salud; 2013.
26. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGRaw-Hill Interamericana; 2010.
27. Bermejo F, Porta-Etessam J, Días J, Martínez-Martín P. Mas de Cien escalas en Neurología. Segunda ed. Barcelona: Aula Médica Ediciones; 2008.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud, Décima revisión. 8th ed. OMS , editor.; 2009.

29. [DOF] DOdIF, editor. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; 2006.
30. Baselt R. Disposition of Toxic Drugs and Chemicals in Man. 4th ed. Davis, California: Biomedical Publ.; 1995.
31. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: pautas para su utilización en atención primaria (OMS) OMdIS, editor. Ginebra; 2001.
32. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. 1984 Febrero 7..
33. Borges G, Medina M, Cherpitel C, Casanova LML, Romero M. Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca. Salud Pública de México. 1999 Enero-Febrero; 41(1).
34. Gogiascoechea M, Méndez S, Natera G, Blazquez M, San Jorge X, Treviño S. Consumo de alcohol y lesiones: estudio en población atendida en servicios de urgencias de la ciudad de Xalapa, Veracruz, México. Salud Mental. 2016; 2(39): p. 61-68.
35. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz (INPRFM), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Secretaría de Salud (SS). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Reporte. México;; 2011.
36. Varela M, Sanjurjo M, Blanco F. La investigación en enfermería. Rol de la enfermería. Enfuro. 2012;(121): p. 19-21.

APENDICES



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



A. ESCALA DE GLASGOW

FOLIO: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

	Valoración
Apertura de ojos	
Espontánea	4
A la orden	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palabras	3
Sonidos	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
A la orden	6
Orientada al dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1
PUNTUACIÓN TOTAL	
TCE Leve (Consciente)	15-13
TCE Moderado (Letargo-. Estupor)	12-9
TCE Grave (Coma)	8 o <8



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

B. CUESTIONARIO PARA SERVICIOS DE URGENCIAS

SECRETARÍA DE SALUD



SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ADICCIONES (SISVEA)

Los datos del presente cuestionario son de carácter estrictamente confidencial y sólo serán usados para contribuir a la planeación de programas de prevención y protección de la salud.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS FOLIO: _____

(Anote la respuesta sobre la línea sin ocupar los recuadros o marque con una "X" el número de la opción correspondiente a la situación del paciente).

Lugar de residencia actual:

1. Estado _____
2. Municipio _____
3. Ciudad _____
4. Edad en años cumplidos _____ Fecha de nacimiento: _____
5. Sexo 1. Masculino 2. Femenino
6. Nivel escolar

1. Sin estudios (no sabe leer ni escribir)	4. Primaria	8. Estudios superiores
2. (pase a la preg. 9)	5. Secundaria	9. Estudios de Posgrado
3. Sin estudios (sabe leer y escribir) (pase a la preg. 9)	6. Estudios técnicos o comerciales	
	7. Bachilleratos o bachillerato técnico	
7. Esos estudios

1. Los concluyó	2. No los concluyó	3. Los cursa actualmente
-----------------	--------------------	--------------------------
8. Estado civil

1. Soltero (a)	3. Unión libre	5. Divorciado (a)
2. Casado (a)	4. Separado (a)	6. Viudo (a)
9. Principal actividad

1. Estudiante de tiempo completo	4. Con actividad laboral inestable (menos de 6 meses)	6. Desempleado (a) (No busca empleo)
2. Estudiante con actividad laboral	5. Desempleado (a) (busca empleo)	7. El Hogar
3. Con actividad laboral estable (más de 6 meses)		8. Pensionado (a)

14. Si el paciente llega por una enfermedad diferente a una lesión marque con una "X" la opción que provocó la atención.

1. Bronquitis/ Enfisema/ Asma
2. Cáncer de tráquea/bronquios/pulmón
3. Enf. Del Corazón
4. Hipertensión
5. Afección Neurológica
6. Cirrosis/Gastritis
7. Urgencia quirúrgica
8. Psicosis alcohólica /sustancias (drogas)
9. Afección Gineco-Obstétrica
10. Afección Osteo-muscular
11. Diabetes Mellitus
12. Otros _____ (especifique)

VI. CONSUMO DE SUSTANCIA (DROGAS).

15. En los últimos 30 días, ¿ha fumado cigarros (tabaco)?

1. Sí
2. No (pase a la preg. 18)

16. ¿Cada cuándo fuma?

1. Diario
2. Semanal
3. Mensual
4. Anual
5. Eventual

17. ¿Cuántos cigarros fuma? _____

18. En los últimos 30 días, ¿ha tomado bebidas alcohólicas?

1. Sí
2. No (pase a la preg. 21)

19. ¿Cada cuándo tomas bebidas alcohólicas?

1. Diario
2. Semanal
3. Mensual
4. Anual
5. Eventual

20. ¿con qué frecuencia hasta la embriaguez?

0. Nunca
1. Diario
2. Semanal
3. Mensual
4. Anual
5. Eventual

En los últimos 30 días ha consumido:

21. ¿Medicamentos para el dolor que requieren receta médica? (como darvon, dolviran, temgesic, etc.)

1. Sí
2. No

22. ¿Medicamentos para tranquilizarse o dormir? (como tafil, rivotril o valium)

1. Sí
2. No

23. ¿Medicamentos contra la tristeza o desgano? (como prozac o paxil, etc.)

1. Sí
2. No

24. ¿Medicamentos para bajar de peso?

1. Sí
2. No

25. ¿Marihuana o hashis?



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

C. CÉDULA DE INDICADORES PARA MEDIR DEPENDENCIA A DROGAS (29)



Criterios para diagnosticar dependencia a sustancias adictivas: conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas, en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo, que se manifiesta por tres o más síntomas en algún momento, en los 12 meses previos.

(Organización Mundial de la Salud, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992).

FOLIO: _____

Edad del sujeto: _____

Anote el nombre de la droga: _____

<p>¿Qué tipo (s) de droga (s) consume? (Puede marcar más de una opción).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Disolventes o inhalables <input type="checkbox"/> Rohypnol <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Alucinógenos <input type="checkbox"/> Basuco o Pasta base <input type="checkbox"/> Opiáceos (analgésicos narcóticos) <input type="checkbox"/> Opio o morfina <input type="checkbox"/> Cristal (metanfetaminas) <input type="checkbox"/> Cocaína <p>¿Principal droga consumida? _____</p>		
<p>En los últimos 12 meses</p>	<p>PREGUNTA FILTRO Si la respuesta es afirmativa continúe</p>	<p>Calificación Marque con una X si el síntoma está presente</p>	
<p>¿Usó en más de cinco ocasiones: _____ (nombre de la droga) para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta?</p>	<p>No 0 Sí 1</p>		
<p>1a ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad de _____ para lograr el efecto deseado?</p>	<p>No 0 Sí 1</p>	<p><i>Tolerancia</i> Se califica como síntoma presente,</p>	

1b ¿Notó que la misma cantidad de _____ le hacía menos efecto que antes?	No 0 Sí 1	cuando alguna de las respuestas es afirmativa =1	
1c ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ para lograr el mismo efecto?	No 0 Sí 1	Después de la primera respuesta afirmativa pase a la pregunta 2 ^a <u>Síntoma:</u> 1 ^a , 1b o 1c	
2a ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ que no pudo evitar hacerlo?	No 0 Sí 1	<i>Fuerte deseo o sensación de compulsión para tomar la sustancia</i>	
2b ¿Ha deseado consumir _____ tan desesperadamente que no podía pensar en nada más?	No 0 Sí 1	Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa =1 Después de la primera respuesta afirmativa pase a la pregunta 3 ^a <u>Síntoma:</u> 2 ^a o 2b =1	
3a ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____? Si fue así, ¿ha sido capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?	No pase a 3b Sí continúe No 0 Sí 1	<i>Dificultad para controlar el consumo de sustancias</i>	
3b ¿Ha tenido períodos en los que usó _____ en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo antes de sentirse intoxicado?	No 0 Sí 1	Se califica como síntoma presente cuando 3 ^a =1 o 3b=1 <u>Síntoma:</u> 3 ^a o 3b =1	
En los últimos 12 meses:			
4a En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ ¿alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?	No 0 Sí 1	<i>Abstinencia</i> Se califica como síntoma presente cuando alguna de las respuestas es afirmativa=1	
4b ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como los que se acaban de mencionar?	No 0 Sí 1	Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 5 ^a <u>Síntoma:</u> 4 ^a o 4b	
5a ¿Ha habido ocasiones en que	No 0	<i>Reducción progresiva</i>	

dedicaba mucho tiempo a conseguir _____?	Sí 1	<i>del repertorio de actividades o intereses</i>	
5b ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____?	No 0 Sí 1	Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa=1	
5c ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____?	No 0 Sí 1	Después de la primera respuesta afirmativa, pase a la pregunta 6a. <u>Síntoma: 5 a, 5b y 5c</u>	
6 a ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión relacionada con el uso de _____?	No 0 Sí 1	<i>Uso persistente a pesar de las consecuencias dañinas</i>	
6b ¿Continuó usando _____ aún después de presentar estos problemas de salud?	No 0 Sí 1	Se califica como síntoma presente, cuando alguna de las respuestas es afirmativa=1	
6c ¿He tenido usted problema psicológicos o sociales asociados al uso de _____, como sentirse deprimido, extraño perseguido, o presentar fracasos laborales, escolares, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.?	No 0 Sí 1		
6d ¿Continuó consumiendo _____ aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?	No 0 Sí 1	<u>Síntoma: 6 a, 6b y 6c</u>	
7 Test de detección de drogas en orina		Marcar con una "X" la columna correspondiente al resultado obtenido	
<i>Tipo de Droga</i>		<i>Resultado</i>	
		- (0)	+ (1)
Marihuana			
Cocaína			
Anfetamina			
Metanfetamina			
Benzodiacepina			

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (195).



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



D. CUESTIONARIO AUDIT

PRUEBA PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL (29)

FOLIO: _____

- 1. ¿Qué tan frecuentemente ingiere bebidas alcohólicas?**
0= Nunca
1= Una vez al mes o menos
2= Dos o cuatro veces al año
3= Dos o tres veces por semana
4= Cuatro o más veces por semana
- 2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico de los que bebe?**
0= 1 o 2
1= 3 o 4
2= 5 o 6
3= 7 a 9
4= 10 o más
- 3. ¿Qué tan frecuentemente toma seis o más copas en la misma ocasión?**
0= Nunca
1= Menos de una vez al mes
2= Mensualmente
3= Semanalmente
4= Diario o casi diario
- 4. Durante el último año ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?**
0= Nunca
1= Menos de una vez al mes
2= Mensualmente
3= Semanalmente
4= Diario o casi diario
- 5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber?**
0= Nunca
1= Menos de una vez al mes
2= Mensualmente
3= Semanalmente
4= Diario o casi diario
- 6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebió a la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?**
0= Nunca
1= Menos de una vez al mes
2= Mensualmente
3= Semanalmente
4= Diario o casi diario
- 7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente se sintió culpable o tuvo remordimiento por haber bebido?**
0= Nunca
1= Menos de una vez al mes
2= Mensualmente
3= Semanalmente
4= Diario o casi diario

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

0= Nunca

1= Menos de una vez al mes

2= Mensualmente

3= Semanalmente

4= Diario o casi diario

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

0= No

2= Sí, pero no en el último año

4= Sí, en el último año

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

0= No

2= Sí, pero no en el último año

4= Sí, en el último año

Calificación total

- 0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo
- 8 a 15 Consumo de alto riesgo
- 16 a 19 Consumo perjudicial
- 20 a 40 Probable dependencia

Versión en español: De la Fuente J.R., Kershenovich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico, UNAM. Revista de la Facultad de Medicina 35, p.p. 2, 47, 51.

E. DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SONORA



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Hermosillo, Sonora, a 1 de marzo de 2017.

Oficio CEI-ENFERMERÍA-18/2017

Lic. Karina Trinidad López Cota
Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
Departamento de Enfermería
Presente.

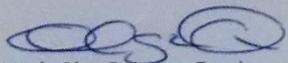
Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERIA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado "Consumo de drogas en personas que ingresan al servicios de urgencias por lesión traumática" que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente, en el que participa como Directora la MCE. María Alejandra Favela Ocaño y como asesores la Dra. María Rubí Vargas y el Mtro. Manuel Ortega López.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERIA-EPE-36/2017**.

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería


Dra. María Olga Quintana Zavala
Presidente



"COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN"

C. c. p. Archivo CEI-ENFERMERIA

F. DICTAMEN DEL COMITÉ DE INVESTIGACION, HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO “DR. ERNESTO RAMOS BOURS”.



Gobierno del
Estado de Sonora

Secretaría
de Salud

Hospital General del
Estado
“Dr. Ernesto Ramos Bours”
Número de Oficio: SSS-HGE-DG-2017-361
Hermosillo, Sonora a 20 de julio de 2017

Lic. Enf. Karina Trinidad López Cota
Especialidad de Cuidados Intensivos.-

Por medio de la presente en relación a su protocolo de investigación con registro CI.2017-45, titulado: **“LESIONES TRAUMÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS EN PERSONAS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS”**, el cual cuenta con dictamen de aprobado emitido el 19 de julio del presente año por parte del Comité de Investigación de éste nosocomio; tengo a bien informarle que no existe inconveniente para recomendar que se lleve a cabo, por lo cual se autoriza su realización.

No omito mencionar que deberá hacer entrega de los informes correspondientes y sujetarse a los lineamientos estipulados por el Comité de Investigación, quienes vigilarán que su estudio se desarrolle de la forma correcta. Sin otro particular por el momento reciba saludos cordiales.

Atentamente
Sufragio efectivo, No reelección


Dr. Eduardo Horacio Torres Inguanzo
Director General



C. c. p. Director Médico-Dr. José Alfonso Monjardín Rochín
División de Enseñanza e Investigación-Dr. Juan Pablo Contreras Félix
Comité de Investigación
Archivo


JPCF/pcg



Hospital General
del Estado
Dr. Ernesto Ramos Bours

Bldv. Luis Encinas Johnson 9007 Colonia San Benito
Tel. (662) 259 25 00 C.P. 83190, Hermosillo, Sonora



Hospital General
del Estado
Dr. Ernesto Ramos Bours

COMITÉ DE
INVESTIGACIÓN

SSS-HGE-DEI-CI-2017.45

Hermosillo, Sonora a 19 de julio de 2017

Asunto: Dictamen de Protocolo

Lic. Enf. Karina Trinidad López Cota
Especialidad de Cuidados Intensivos.-

Por medio de la presente en relación a su protocolo de investigación con registro 2017.45, titulado: "LESIONES TRAUMÁTICAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS EN PERSONAS QUE INGRESAN AL SERVICIO DE URGENCIAS". Se le comunica que el Comité de Investigación llegó al siguiente Dictamen: Aprobado.

Así mismo deberá acudir por su gafete de identificación e inducción e instrucciones con la Secretaria del Comité de Investigación. Sin otro particular por el momento quedo a sus órdenes, reciba saludos cordiales.

Atentamente

Dr. Juan Pablo Contreras Félix
Presidente del Comité de Investigación y
Jefe de la División de Enseñanza e Investigación

Handwritten note:
25-07-17
14:00hrs

C. c. p. Archivo del Comité de Investigación

JPCF/pcg

HGE-CI

Blvd. Luis Encinas Johnson 9007 Colonia San Benito
Tel. (662) 259 2534 C.P. 83190, Hermosillo, Sonora
investigacion.hge@gmail.com



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"



G. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE SONORA DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto:

“Consumo de drogas en personas que ingresan al servicio de urgencias por lesión traumática”

Equipo de investigadores

Responsable:

Lic. Enf. Karina Trinidad López Cota

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña

MC. Olga Barragán Hernández

MC. Eva Angelina Hernández Villa

MGS. Juan Alberto López González

P.S.S. Jaqueline Alejandra Bojórquez

Encinas

Colaboradores:

MCE. María Alejandra Favela Ocaño

Dra. María Rubí Vargas

El **propósito del estudio** es determinar la asociación del uso de drogas en personas que ingresan al servicio de Urgencias por lesión traumática en un hospital público de segundo nivel de atención en el estado de Sonora.

Procedimiento

Si yo acepto participar en el estudio, se me pedirá que realice lo siguiente:

- Se me aplicarán 3 cuestionarios: 1. Cuestionario para servicios de urgencias, 2. Cédula de indicadores para medir dependencia a drogas y 3. Cuestionario AUDIT para identificar trastornos por el consumo de alcohol. Los cuales tomarán en total alrededor de 20 a 30 minutos. Asimismo, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, autorizó a la investigadora a realizar un análisis de drogas instantáneo en orina para detectar en mi organismo la presencia de sustancias psicoactivas. Comprendo que, para efectos de la obtención y confiabilidad de la muestra, se me acompañará durante la toma de la misma y que se mantendrá la confidencialidad del resultado de esta prueba

Riesgos

Comprendo que este estudio tendrá un riesgo mínimo porque al contestar puedo sentirme preocupada (o), ya que responderé cuestiones respecto del consumo de alcohol y/o drogas y el análisis de drogas instantáneo se realizará en orina, no implica procedimientos invasivos.

Compensación

Comprendo que no recibiré beneficio, compensación o generación de costo monetario como resultado de mi participación en esta investigación

Tratamiento

No es un estudio donde exista tratamiento.

Participación Voluntaria/Abandono

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que tendré derecho a terminarla en cualquier momento, si así lo decido, sin que se tomen represalias en mi persona, además esto no afectará los servicios que requiero del equipo de salud.

Preguntas

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora al teléfono (662)2592165 con Lic. Karina Trinidad López Cota, responsable del estudio. En caso de preguntas o quejas relacionadas con los derechos de los participantes del estudio con la Dra. María Olga Quintana Zavala, presidenta del Comité de Ética en Investigación (662) 2592165, en un horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 15:00 p.m.

Confidencialidad

Se me expuso que los datos sobre mi participación y mis respuestas, así como los resultados del análisis de drogas instantáneo en orina será información confidencial. Y que en ningún informe de este estudio se me identificará en forma alguna.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El equipo de investigadores me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos, asimismo comprendo que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte la calidad de atención que recibo por el equipo de salud

Al firmar este documento acepto mi participación en el estudio de forma voluntaria y a que el equipo de investigadores me aplique los cuestionarios libremente, así como el análisis de drogas instantáneo en orina.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del investigador responsable

Fecha

Firma, relación y nombre del testigo

Fecha

Firma, relación y nombre del testigo

Fecha