

# ANÁLISIS DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRÍZ EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON T.M.G. CONSUMIDORES DE DROGAS DE ABUSO

---

LA RIOJA-2012

Carlota Pérez Mazagatos

# RESUMEN

---

**OBJETIVO:** Analizar la implicación del consumo de sustancias tóxicas con los episodios de agitación psicomotriz en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) hospitalizados.

**MÉTODOS:** Este estudio se ha realizado en las unidades de hospitalización psiquiátrica del Servicio Riojano de Salud. Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se encuestó a una muestra representativa de los pacientes atendidos en estas unidades durante el periodo Enero-Diciembre 2012, 250 pacientes. Con la finalidad de facilitar la triangulación de los resultados con otros estudios se empleó como cuestionario semiestructurado una adaptación del "Cuestionario EDADES" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y del cuestionario de la Universidad de Navarra, departamento de Ciencias de la Salud, para el estudio de estilos de vida en la población general, que además de variables sociodemográficas, recoge información sobre el consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos-LSD, heroína e inhalantes volátiles.

**RESULTADOS:** Un 34,4% de los sujetos entrevistados ha consumido alguna sustancia tóxica de las analizadas en el estudio alguna vez en su vida. Al desglosar por sexos observamos mayores porcentajes de consumo en hombres y por grupos de edad, se observa que el consumo se da principalmente en sujetos de 36 a 45 años. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de sustancias y las conductas de agitación.

**CONCLUSIONES:** la elevada prevalencia del consumo de drogas no institucionalizadas conlleva la necesidad de implantar de forma específica programas y estrategias de prevención en el consumo y deshabituación destinados a la población con patología mental.

**PALABRAS CLAVES:** salud mental, drogas, agitación, abuso de sustancias.

# ABSTRACT

---

**OBJECTIVE:** To analyze the involvement of substance abuse with episodes of acute agitation in patients with Severe Mental Illness (SMI) hospitalized.

**METHODS:** This study was conducted in inpatient units of Rioja Health Service. A cross-sectional study in which representative samples of patients treated in these units were surveyed during the period January to December 2012, 250 patients was performed. In order to facilitate the triangulation of results with other studies semistructured questionnaire was used as an adaptation of the "Questionnaire AGES" the Ministry of Health, Social Services and Equality, and the questionnaire of the University of Navarra, Department of Health Sciences for the study of lifestyles in the general population, in addition to sociodemographic variables, collects information on the consumption of cannabis, cocaine, amphetamines, ecstasy, hallucinogens, LSD, heroin and volatile inhalants.

**RESULTS:** 34.4% of the interviewed subjects consumed a toxic of those analyzed in the study some time in their life substance. A breakdown by gender observed higher rates of consumption in men and by age group, we see that consumption is mainly in subjects 36 to 45 years. Statistically significant differences between substance use and behaviors of agitation are observed.

**CONCLUSIONS:** The high prevalence of non-institutionalized drug implies the need to implement programs specifically and prevention strategies on consumption and addiction to the population with mental illness.

**KEYWORDS:** mental health, drugs, agitation, substance abuse.

# INTRODUCCIÓN

---

El 14 de octubre de 2005, la Comisión Europea adoptó el Libro Verde sobre la Salud Mental con la finalidad de promover una consulta pública sobre cómo hacer frente a la enfermedad mental y emprender las acciones oportunas a partir del año 2006. Se estimó que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida, estas alteraciones son las responsables de gran parte de las cincuenta y ocho mil muertes por suicidio que cada año acontecen en Europa, cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA. Los trastornos de ansiedad y la depresión son las alteraciones psíquicas más prevalentes. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. <sup>(1)</sup>

La enfermedad mental reduce drásticamente la calidad de vida, no sólo de la persona que la sufre sino también de su familia y de su entorno. Los problemas mentales se sitúan entre las tres primeras causas de abandono laboral y constituyen uno de los principales motivos de jubilación anticipada e incapacidad permanente. <sup>(2)</sup>

Entre los problemas más importantes de salud pública en la población de las sociedades occidentalizadas se encuentran los derivados del consumo de drogas, con frecuencia un factor de riesgo o una consecuencia de los problemas psíquicos. La literatura con evidencia científica abunda cuando se trata de detallar los efectos nocivos del consumo de diversas sustancias tóxicas que originan dependencia, así como el impacto que ello supone en el estado de salud de la población general. Los desórdenes provocados por estas sustancias sobre la salud física, psicológica y social del consumidor, se exacerban cuando este padece un trastorno mental, ante esta premisa resulta de interés monitorizar la prevalencia del consumo de drogas en este grupo de población específica.

Basándonos en los resultados representativos a nivel nacional de la encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (EDADES 2011-2012), la que incluye un total de 22.128 personas entrevistadas entre la población general de entre 15 y 64

años, se pudo comprobar la edad media de inicio en el consumo de drogas, la cual se sitúa entre los 16 y los 34 años según la sustancias, siendo el Cannabis la droga de inicio más temprano, en torno a los 16-18 años, con una media de 18,7, los Hiposedantes 34,5 y la Cocaína 22,4 años, siendo ambas las de inicio más tardío, el Éxtasis 20,8, Heroína 20,7, Alucinógenos 20,7 y por último Anfetaminas 20,2 años. Es necesario aclarar para evitar errores de interpretación, que cuando encuestamos solo a adolescentes como ocurre en la encuesta ESTUDES, la edad de inicio siempre es más baja, al referirse a la edad media de inicio entre los menores que consumen. En este caso, donde la población encuestada es de hasta 64 años de edad, lógicamente la media de edad de inicio es superior, al abarcar también a todos los que han empezado a consumir después de la mayoría de edad. <sup>(3)</sup>

Haciendo referencia al Sistema Nacional de Salud, consideramos el Trastorno Mental Grave (TMG) como un conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados. Para que los pacientes con estos diagnósticos sean considerados pertenecientes al grupo de los TMG se deben cumplir otros dos requisitos: persistencia en el tiempo (por consenso 2 años) y presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social debidas a esta enfermedad. <sup>(4)</sup>

Se integra en TMG a los diagnósticos psiquiátricos CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), tales como:

F20 esquizofrenia, F21 trastorno esquizotípico, F22 trastorno de ideas delirantes persistentes, F24 trastorno de ideas delirantes inducido, F25 trastorno esquizoafectivo, F28-29 trastornos psicóticos no orgánicos y no especificado, F31 trastorno bipolar, F32-33 trastorno depresivo recurrente sin síntomas psicóticos y con síntomas psicóticos, F60 trastorno paranoide de personalidad, F60.1 trastorno esquizoide y F60.3 trastorno de inestabilidad emocional de personalidad. <sup>(5)</sup>

Existe una coexistencia entre el Trastorno Mental Grave (TMG) y el uso de drogas, lo que podemos denominar, Patología Dual (PD). La Organización Mundial de la Salud (OMS), definió en 1995 la patología dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno adictivo y de "otro" trastorno mental. Dicha patología afecta a un importante porcentaje de personas con trastorno mental grave con consecuencias adversas, siendo considerado uno de los factores que mejor predicen el curso de enfermedades como la esquizofrenia.

La neurotoxicidad de las drogas es un factor que gana protagonismo en los principales modelos etiológicos sobre la esquizofrenia: vulnerabilidad-estrés, hipótesis dopaminérgica, etc.

La dificultad para esclarecer la relación entre el uso de drogas y el trastorno mental grave (TMG) viene determinada por múltiples variables como el tipo de ingesta de medicación, respuesta del entorno (familia, etc.), metabolización de sustancias, etc. aunque el pronóstico actual de la patología dual puede parecer sombrío sabemos que la evolución puede ser más favorable si se consigue un abandono del consumo de drogas y si además, dichos pacientes reciben medicación antipsicótica y apoyo social. Es de gran importancia realizar el diagnóstico correcto, para poder realizar un tratamiento adecuado, sobre todo, porque la patología dual no es la suma de dos trastornos, sino, que el resultado es una nueva entidad nosológica, aunque no esté recogida en las clasificaciones internacionales. (DSM-IV, CIE-10)

Muchos de los pacientes diagnosticados de un TMG pueden sufrir diversas alteraciones físicas y psíquicas, presentando cuadros agudos de conductas de agitación psicomotriz, en los que podrían manifestar miedo a episodios de contención, displacer, gran estrés físico y emocional, etc. Los profesionales de la salud que desarrollan su trabajo en áreas de Salud Mental son piezas clave para el desarrollo de este tipo de acciones positivas y de fomento de la salud psíquica. (6)

La agitación psicomotriz representa un cuadro en el cual el paciente sufre hiperactividad motora y psíquica incomprensible para el observador, con un aumento incontenible de la

movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar. El paciente que sufre dicha patología puede manifestar distintos síntomas y signos, tales como; movimientos constantes, presentar desinhibición verbal, falta de conexión ideica, estado afectivo ansioso o colérico, pudiendo llegar a presentar violencia física con auto y heteroagresividad. La agitación psicomotriz puede ser un síntoma y/o signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. El error más grave que se puede cometer ante un paciente agitado es suponer que siempre es de origen psiquiátrico y obviar las posibles causas orgánicas como por ejemplo debido al consumo y abstinencia de tóxicos. (7)

Podemos relacionar con la agitación psicomotriz algunos diagnósticos NANDA tales como:

- (00035) Riesgo de lesión
- (00151) Automutilación
- (00140) Riesgo de violencia autodirigida
- (00138) Riesgo de violencia dirigida a otros
- (00138) Riesgo de violencia al entorno
- (00146) Ansiedad
- (00128) Confusión aguda

Otros problemas y/o complicaciones de la agitación psicomotriz se relaciona con aspectos éticos y legales, relacionados con la autonomía del paciente, la manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona. En el ámbito de la salud el derecho a decidir libremente fue incorporado a la Ley General de Sanidad, la cual abre paso a la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta legislación refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente e información clínica, derechos que en los episodios de agitación psicomotriz requieren de un trato profesional muy específico para ofrecer al paciente unos cuidados y atención digna y de calidad. (8)

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica que requiere de una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que supondrá una disminución de la ansiedad y del comportamiento violento por parte del paciente así como disminuir las lesiones a sí mismo, a otros pacientes o al entorno sanitario, ya que su intensidad es variable, desde una mínima inquietud psicomotriz hasta suponer una tempestad de movimientos descoordinados y sin ninguna finalidad, por lo que puede suponer un peligro grave para el enfermo y su entorno, lo que incluye al personal sanitario. (9) Por ello el personal de enfermería es fundamental en la intervención de un paciente agitado para poder garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, en especial al paciente, al resto de pacientes, familiares, entorno y profesionales que le atienden.

Son escasos los estudios que abarquen la agitación psicomotriz y sobre todo aquellos que tienen a la enfermedad mental o al consumo de tóxicos en su origen.

La enfermería es una profesión humanista que ayuda a las personas a cubrir sus necesidades de salud, necesidades que son determinantes en la evolución de las personas, la familia y la sociedad en general. Concretamente, la Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para poder prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo en todo momento a cada paciente como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a las diferentes circunstancias. La enfermera debe contar con buenas bases para poder optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden tales como administradora, educadora, investigadora y proveedora del cuidado a nivel individual, familiar e incluso grupal. La salud mental es algo inherente a todos y cada uno de nosotros, y debe estar presente en todas nuestras intervenciones profesionales. (10)



La escasez de datos descriptivos en nuestro país referentes a la prevalencia y perfil del paciente con Trastorno Mental Grave y consumidor de tóxicos, la limitación y variabilidad de los mismos; atendiendo a la influencia negativa de la patología dual sobre la evolución, pronóstico clínico y específicamente sobre el síndrome de Agitación Psicomotriz, y siendo el profesional de enfermería el responsable de la intervención directa sobre dichos pacientes para así mantener el cuidado de su salud, el objetivo de este trabajo de investigación es analizar la implicación del consumo de sustancias tóxicas con los episodios de agitación psicomotriz en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) hospitalizados; planteando, en los pacientes afectados de Trastorno Mental Grave, ¿influye el consumo de sustancias tóxicas en la aparición de conductas de agitación psicomotriz?

# DESARROLLO

---

## MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se ha realizado en las unidades de hospitalización psiquiátrica del Servicio Riojano de Salud, unidades de hospitalización completas de pacientes los cuales presentan un Trastorno Mental Grave en fase aguda o subaguda. La hospitalización en estas unidades; unidad de corta, media y larga estancia psiquiátrica, se contempla dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico, se lleva a cabo cuando proporciona más beneficios terapéuticos que las intervenciones realizadas en el entorno ambulatorio, familiar y/o social y su duración esta siempre en función de criterios clínicos.

El objetivo principal del internamiento en estas unidades es posibilitar una intervención terapéutica integral del paciente, en coordinación con los recursos generales y complementarios del Servicio Riojano de Salud y restaurar en la mayor brevedad posible el daño psíquico individual, familiar y social <sup>(11-12)</sup>.

La Unidad de Corta Estancia Psiquiátrica (UCE) se define como una Unidad de Hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada, con dotación de personal especializado y con un tiempo de estancia breve. Se encuentra física y funcionalmente integrada en el Hospital San Pedro, donde dispone de 18 camas con un espacio diferenciado para la atención a pacientes de entre 15 y 17 años, por otro lado, los ingresos de 14 o menor edad se realizan en el servicio de pediatría. El equipo interdisciplinar de la UCE está compuesto por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, auxiliares de enfermería y personal administrativo. Como objetivos de la unidad denotar la función de apoyo a las Unidades

de Salud Mental (USM) en el momento evolutivo de la enfermedad que requiera hospitalización; diagnóstico precoz; mejoría psicopatológica y conductual del paciente desde la hospitalización; coordinación con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental; así como el desarrollo de líneas de formación e investigación.

La Unidad de Media Estancia Psiquiátrica (UME), se encuentra en la tercera planta del Hospital de La Rioja, lleva a cabo en régimen de hospitalización la asistencia de pacientes con estancias medias, que presenten una patología psíquica con una evolución subcrónica - crónica, a través de la integración del tratamiento y el cuidado especializado y la rehabilitación. Cuenta de 26 camas y está dedicada a pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado. El equipo interdisciplinar de la UME está compuesto por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería y personal administrativo. Entre sus objetivos se encuentra la mejoría psicopatológica y conductual en el paciente que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención y evitando la desvinculación con su entorno sociofamiliar de origen; la rehabilitación de déficits y potenciación del autocuidado; la coordinación con las USM, con el entorno socio – comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental asegurando la continuidad de los cuidados y la calidad de los mismos; y el desarrollo de líneas de formación e investigación.

La Unidad de Larga Estancia Psiquiátrica (ULE) del Centro de Salud Mental de Albelda, la cual dispone de 30 camas para la hospitalización, se contempla como elemento asistencial de carácter hospitalario, integrado en la red de salud mental del Servicio Riojano de Salud, para cuidado y tratamiento de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y alta dependencia psiquiátrica que requieren un periodo largo de tratamiento especializado. El equipo interdisciplinar de la Unidad está compuesto por médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud

mental, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares de enfermería y personal administrativo. Como objetivos de la Unidad señalar la mejoría psicopatológica y conductual en el paciente; la rehabilitación de la autonomía y las discapacidades, con mejora de habilidades sociales y de autocuidado; evitar la institucionalización de personas que pertenezcan a grupos de riesgo; la externalización de pacientes con capacidad de integración en la comunidad; la coordinación con el entorno socio – comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental; y el desarrollo de líneas de formación e investigación <sup>(12)</sup>.

El número de pacientes ingresados en estas unidades de 1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2012, sin contar los reingresos de estos mismos pacientes fue de 352, la estancia media fue de 29,70 días <sup>(13)</sup>.

Se llevó a cabo un estudio trasversal en el que se encuestó a una muestra representativa de los pacientes atendidos en estas unidades durante el periodo Enero-Diciembre 2012. Con la finalidad de facilitar la triangulación de los resultados con otros estudios se empleó como cuestionario semiestructurado una adaptación del "Cuestionario EDADES" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y del cuestionario de la Universidad de Navarra, departamento de Ciencias de la Salud, para el estudio de estilos de vida en la población general, que además de variables sociodemográficas, recoge información sobre el consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, LSD y heroína.

El cuestionario se realiza al alta del paciente, previo consentimiento del mismo, y preserva en todo momento el anonimato de encuestado. Los pacientes se seleccionaron, de entre las unidades indicadas, de forma aleatoria. La patología psiquiátrica que se asocia a cada paciente, ha sido contrastada y clasificada atendiendo a las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico que aparecen en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10.

Los datos fueron codificados y grabados en formato informático. El tratamiento de los datos y los cálculos estadísticos se realizaron con la versión 12.0 del programa

informático SPSS/PC para Windows. Para la interpretación de los resultados, se eligió un nivel de significación estadística de  $p < 0.05$  para un intervalo de confianza del 95%.

El estudio se ha realizado según el consumo de sustancias tóxicas aunque solo fuese una sola vez en la vida. Denominado así consumo a cualquier ingesta de una sustancia tóxica o estupefaciente en el paciente.

Para valorar el comportamiento y las agitaciones de estos pacientes se utilizó la Escala de comportamiento agitado de Corrigan (Agitated Behaviour Scale (ABS)), la cual fue diseñada con la intención de obtener un instrumento que permita medir de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes en 14 variables, agrupadas en tres factores; desinhibición, agresividad y labilidad. (14)

Con respecto a los diagnósticos NANDA se estudiaron los relacionados al 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". (15)

## MARCO TEÓRICO

En La Rioja, en el 1977, se construye un nuevo Centro Psiquiátrico, el Psiquiátrico Reina Sofía, cuyo objetivo era dignificar las condiciones de vida y asistencia de la población internada, dentro de un modelo de atención ya caduco para la época basado principalmente en la institucionalización. Alcanzó el punto de mayor actividad en el año 1979. Tras la integración de nuevos profesionales se introducen nuevas estrategias de intervención con prácticas de estancia breve y consultas ambulatorias. En 1980 se inicia la inflexión de la tendencia en La Rioja.

La Ley General de Sanidad desarrolla el modelo de atención presentado por la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, orientando hacia la Comunidad e integrado en el sistema Sanitario General, quedando patente en La Rioja en el Plan de Salud de la Comunidad Autónoma. Durante los años siguientes, La Rioja se incorporó al movimiento de reformas y en el aspecto de hospitalización pasa de 544 a 206 camas psiquiátricas

totales, que representan un 209 y 77 respectivamente por 100.000 habitantes. En 1985 se creó la primera Unidad de Salud Mental ubicada en el Centro de Atención Primaria de Salud de Joaquín Elizalde, posteriormente en 1988 la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica englobada en el Hospital General de La Rioja con 26 camas que asume los nuevos episodios de hospitalización y comienzan a desarrollarse progresivamente y en línea a las nuevas estrategias, nuevos servicios psiquiátricos en la comunidad, Equipos Comunitarios de Salud Mental (Logroño, Rioja Alta y Rioja Baja), una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, una Unidad de Atención a Drogodependencias y la Unidad de Rehabilitación de Área dotada de Centro de Día y Pisos Protegidos. (16)

En el año 2007 se reestructuró la Red de Salud Mental de La Rioja, coincidiendo con la inauguración del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, con un enfoque más rehabilitador y comunitario, en línea con la Ley General de Sanidad, el documento de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007, como objetivos específicos del plan de la Comunidad Autónoma se establecen:

- Constituir un nuevo modelo asistencial que se aproxime al paciente, equipos de tratamiento multidisciplinarios y potenciación del diagnóstico precoz.
- Potenciar la rehabilitación con la creación de unidades de media y larga estancia.
- La hospitalización del paciente psiquiátrico agudo se realizará en el nuevo Hospital San Pedro.
- Incrementar los dispositivos de Salud Mental en los Centros de Salud como puerta de acceso de estos enfermos al Sistema Sanitario.
- Establecer una fluida relación con los servicios socio sanitarios (trabajadores sociales, residencias...) y el resto de especialidades y servicios asistenciales, para poder prestar la mejor asistencia a los pacientes crónicos y con gran dependencia fomentando la continuidad de los cuidados.

- Incrementar la prevención de los problemas de Salud Mental en la infancia y adolescencia. Especial atención a los trastornos alimentarios y a la Patología DUAL (drogodependencias y enfermedad mental asociadas).
- Fomentar las relaciones con las asociaciones de pacientes y de familiares de enfermos con patología mental.
- Aumentar la formación continuada de los profesionales de la Red de Salud Mental.
- Fomentar la investigación en Salud Mental.
- Los profesionales sanitarios riojanos de Salud Mental van a contar con una Red Asistencia única, coordinada y que integra los distintos niveles asistenciales.

Con el desarrollo de esta nueva estructura y la apertura del nuevo Hospital San Pedro en el año 2007 los servicios asistenciales de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud se van a organizar en los siguientes dispositivos:

- Unidades de Salud Mental en los Centros de Salud (USM): su objetivo es el diagnóstico precoz, la mejoría psicopatológica y conductual en el paciente desde una asistencia en la comunidad que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando así un plan continuado de atención.
- Unidad de Hospitalización de Corta Estancia (UCE). Hospital San Pedro: trata de permitir la intervención de los pacientes en los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención mediante la mejoría psicopatológica y conductual del mismo.
- Unidad de Media Estancia y Rehabilitación (UME). Hospital de La Rioja: su objetivo, al igual que la UCE, es la mejoría psicopatológica y conductual del paciente, permitiendo así la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando al paciente un plan continuado de atención.

- Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área (URA). Hospital de La Rioja: se encarga de facilitar la reinserción en su medio evitando la hospitalización, cronificación y recaídas.
- Hospital de Día para trastornos alimenticios (UTA). Hospital de La Rioja: gestionar el tratamiento y cuidados terapéuticos del paciente con trastorno de la conducta alimentaria evitando en la medida de lo posible la ruptura con su medio socio-familiar y laboral/escolar, ofreciendo la concentración y coordinación de los recursos terapéuticos.
- Centro Asistencial Albelda de Iregua: se encarga de prestar asistencia sanitaria de carácter hospitalario a través de la aplicación de un modelo de rehabilitación psiquiátrica bio-psico-social con abordaje multidisciplinar y orientado a mejorar la discapacidad funcional del paciente, teniendo como meta la desinstitutionalización y la reinserción social. Atiende a minusválidos psíquicos en régimen residencial asistido en razón a la discapacidad de cada paciente, a enfermos de geronto-psiquiatría y enfermos mentales de tipo sociosanitario. Ayuda a promover la autonomía de estos pacientes a través de terapias rehabilitadoras y sociales, contemplando siempre que sea posible la externalización como el principal elemento rehabilitador.

Desde las distintas unidades de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud se aporta un cuidado bio-psico-social, con una concepción de la salud multidimensional y holística, que afecta a todos los aspectos de la unidad, organización, estructura y funcionalidad. Entre otras cosas, y respecto a los miembros del equipo, requiere una actitud y formación específicas de los profesionales, como por ejemplo intervención en situaciones de crisis, resolución de problemas, empatía, confianza... y una gran flexibilidad interventiva.

Los planes de cuidados diseñados para los pacientes atendidos en estas unidades están basados en un modelo operativo centrado en los patrones funcionales alterados a



consecuencia del trastorno sufrido. Como modelos taxonómicos para el diseño de los planes de cuidados se utilizan diagnósticos desarrollados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) Internacional, las intervenciones de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y por último, los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

La intervención enfermera en los distintos dispositivos se establece desde una perspectiva individual y grupal. A estas intervenciones se suman con carácter transversal las intervenciones de docencia e investigación. Las/os enfermeras/os de la Red de Salud Mental trabajan coordinados con el resto de profesionales vinculados a la atención del paciente y especialmente con el resto de profesionales que componen los dispositivos de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud. <sup>(17)</sup>

Este estudio de investigación se desarrolla en este marco teórico de atención comunitaria a la salud mental, destacar los aspectos positivos de este modelo basado en la atención comunitaria, la rehabilitación y la reinserción social del paciente, se trata de un modelo asistencial más próximo a los pacientes. En este marco ha sido posible la integración de la atención a la salud mental en los Servicios de Salud. Se ha producido un cambio en la actitud y aptitud de los profesionales de la salud que desarrollan su actividad en la asistencia a la salud mental, teniendo una formación más especializada, reglada de los profesionales de la salud mental (enfermeros especialistas en Salud Mental). Equipos interdisciplinarios de trabajo, formados por enfermeros especialistas, psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales entre otros.

## RESULTADOS

En el estudio participaron 250 pacientes. En el cuestionario de edades desestimamos dos por minoría de edad.

La edad media de la muestra es de 45,23 años, siendo el grupo de edad media (36-45 años) el que ocupa un mayor porcentaje (25,4%), mientras que el grupo más joven (18-25 años) y los más adultos (>65) suponen un 12,1% y un 10,5% respectivamente. (Tabla 1)

El 58,4% de la muestra es representado por el sexo masculino y el 41,6% por el sexo femenino. Respecto al estado civil la mayoría son pacientes solteros/as, ocupando un 64,8% de los casos. (Tabla 2)

Los pacientes que han residido en La Rioja media ocupan un mayor porcentaje (70,4%) respecto a los residentes en la Rioja baja con un 18% y en la Rioja alta con un 11,6%. (Tabla 3)

La muestra cuenta con un bajo porcentaje de población con un nivel alto de estudios (estudios universitarios) un 8,4%, el 46,8% han finalizado estudios primarios (EGB/ESO) y el 18,4% estudios secundarios (Bachiller, BUP, módulos de formación profesional), y un 26,4% de la muestra estaban sin escolarizar. (Tabla 4)

Analizando la situación laboral de los encuestados, un 56% se encontraba en paro, ocupando el mayor porcentaje con respecto al 14,8% de trabajadores en activo y al 28,8% quienes tienen concedido algún tipo de pensión por incapacidad permanente o jubilación. (Tabla 5)

La distribución de los ingresos se divide en cinco intervalos diseñados, siendo un 47,2% quienes reciben menos de 300€ mensuales o ningún tipo de remuneración, un 22,4% reciben de 300 a 600€, un 19,2% de 601 a 1000€, un 6% reciben entre 1001 a 1500€ y una minoría del 5,2% tiene una remuneración mensual de más de 1500€. (Tabla 6)

En lo que se refiere a la patología, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29) ocupan el porcentaje mayor (48,8%), seguido de pacientes con un trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69) quienes ocupan el 16,4%, los pacientes con un episodio depresivo (F32) forman el 15,6%. Un 8% lo compone la patología asociada a trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (F10-19) y los porcentajes minoritarios los componen los pacientes diagnosticados de episodios bipolares (F31) con un 5,2% y con episodios maniacos (F30) con un 1,2%. (Tabla 7)

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

Con respecto a las conductas de agitación registradas sobre el total de los pacientes encuestados (250), el 41,6% ha sufrido episodios de agitación psicomotriz, lo que supone un total de 104 pacientes. De las conductas de agitación registradas, se califican de grado BAJO un 40,3% de ellas, de grado MEDIO un 74,03% y de grado ALTO un 39,42%. (Tabla 8)

Dentro de las conductas de agitación podemos dividir las en tres predomios/grados según la Escala ABS Corrigan:

- Desinhibición
- Agresividad
- Labilidad

En relación con los factores de ABS Corrigan, se produjo un 45,19% de conductas de agitación en las cuales predominaba la desinhibición, un 88,46% con cierto grado de agresividad y un 12,5% de conductas de agitación con labilidad. (Tabla 9)

Sobre el total de los encuestados que padecieron conductas de agitación, el 9,6% presentaron un diagnóstico NANDA equivalente a 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", el 57,6% un diagnóstico 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", el 75,9% un diagnóstico NANDA 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y por último el 59,6% presentaron 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". Prevalciendo la violencia al entorno. (Tabla 10)

## **CONSUMO DE CANNABIS Y FACTORES ASOCIADOS**

Un 34% de los encuestados afirman haber consumido cannabis o marihuana aunque solo fuera una vez en la vida, lo que supone que respecto a un total de 250 pacientes, que 85 de ellos han consumido alguna vez dicha sustancia, siendo 16 años la edad de inicio que predominó en el consumo de esta sustancia, la edad media de inicio de consumo se sitúa en 15,89. Estamos ante la sustancia más consumida de las descritas en este estudio. (Tabla 11)

Basándonos en estos 85 pacientes consumidores de cannabis alguna vez en la vida, 79 de ellos han presentado conductas de agitación, lo que se refiere a un 92,9% de los consumidores de cannabis. (Tabla 12)

El 32,9% de estas conductas fueron registradas como grado BAJO, el 77,6%, grado MEDIO y por último el 36,5% de las conductas de agitación fueron registradas como grado ALTO. (Tabla 13)

El 30,6% presento agitación en la cual predominaba la desinhibición, el 92,9% con cierto grado de agresividad y el 4,7% agitación calificada grado labilidad. (Tabla 14)

De los 79 pacientes consumidores de cannabis que manifestaron algún tipo de conducta de agitación psicomotriz, el 3,7% manifestaron el diagnóstico NANDA 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", un 65,8% 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", el mayor porcentaje, siendo un 96,2% se asocia al diagnóstico 00138: "Riesgos de violencia al entorno" y por último un 63,2% asociado a 00140: "Riesgo de violencia autoridigida". (Tabla 15)

El análisis cruzado de la variable "consumo de cannabis alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas. Un 92,9% de los pacientes que refieren haber consumido cannabis presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 15,1% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson=143,632; GL=1; p= 0,000).

## **CONSUMO DE COCAÍNA Y FACTORES ASOCIADOS**

Un 14% de los encuestados han afirmado haber consumido alguna vez en la vida cocaína, dicho 14% hace referencia a un total de 35 pacientes respecto al total de los encuestados, 250. La edad con mayor porcentaje (28,6%) de consumo por primera vez de cocaína es a los 18 años. La edad media del inicio del consumo de cocaína es 18,6. (Tabla 16)

Del total de pacientes consumidores de cocaína, el 97,1% presentó conductas de agitación. (Tabla 17)

El 11,4% de ellas registradas como grado BAJO, un 91,4% grado MEDIO y por último el 34,3% calificadas como grado ALTO. (Tabla 18)

El 45,7% presentó agitación con predominio en desinhibición, un 97,1% agitación calificada con grado de agresividad y por último un 11,4% presentó conductas de agitación calificadas con grado de labilidad. (Tabla 19)

El 97,1% de los pacientes consumidores de cocaína alguna vez en la vida presentaron algún tipo de agitación psicomotriz, además el 94,1% de estos presentaron diagnóstico NANDA de 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", el 100% 00138: "Riesgo de violencia hacia el entorno", y por último otro 94,1% presentó 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". Cabe destacar que ninguno de ellos presentó ningún tipo de violencia hacia s pacientes. (Tabla 20)

El análisis cruzado de la variable "consumo de cocaína alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas. Un 97,1% de los pacientes que refieren haber consumido cocaína presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 32,5% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson= 72,246; GL=4; p= 0,000).

## **CONSUMO DE ANFETAMINAS Y FACTORES ASOCIADOS**

El 13,2% de los encuestados afirman haber consumido aunque solo fuera una vez en la vida anfetaminas, lo que supone un total de 33 pacientes respecto al total de 250. La edad con más alto porcentaje (32,1%) de la primera vez que se consumió anfetaminas es con 18 años, siendo la edad media de inicio de consumo 18,35. (Tabla 21)

Todos los pacientes presentaron conductas de agitación, lo que supone un porcentaje del 100%. (Tabla 22)

Calificadas como grado BAJO un 12,1% de ellas, un 93,9% como grado MEDIO y por último el 33,3% grado ALTO. (Tabla 23)

De estos pacientes, el 48,5% presentó conductas de agitación en las cuales predominaban la desinhibición, el 97% conductas de agitación con cierto grado de agresividad y por último un 43,2% presentó conductas de agitación con cierto grado de labilidad. (Tabla 24)

Del 13,2% de pacientes consumidores de anfetaminas que presentaron algún tipo de agitación psicomotriz, el 93,9% presentó 00138: "Riesgo de violencia hacia profesionales", un 97% 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y el 90% 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". Ninguno de ellos presentó ningún tipo de violencia hacia otros pacientes. (Tabla 25)

El análisis cruzado de la variable "consumo de anfetaminas alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas. Un 100% de los pacientes que refieren haber consumido anfetaminas presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 32,7% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson= 76,183; GL=4; p= 0,000).

## **CONSUMO DE ÉXTASIS Y FACTORES ASOCIADOS**

Un 15,6% de los encuestados afirma haber consumido éxtasis alguna vez en la vida, siendo dicho 15,6% un total de 39 pacientes con respecto a los 250 encuestados. La edad con más alto porcentaje (43,6%) de la primera vez que se consumió dicha sustancia es con 18 años, siendo la edad media de inicio de dicha sustancia 17,71. (Tabla 26)

Del 15,6% que representa el total de pacientes consumidores de éxtasis, el 89,7% de ellos presentaron conductas de agitación. (Tabla 27)

El 46,2% de dichas conductas fueron registradas como grado BAJO, el 71,8% grado MEDIO y por último el 48,7% grado ALTO. (Tabla 28)

De estos pacientes consumidores de éxtasis, el 48,7% presentó conductas de agitación en las cuales predominaba la desinhibición, el 89,7% agitaciones calificadas como agresividad y el 10,3% conductas de agitación con cierto grado de labilidad. (Tabla 29)

Un solo paciente consumidor de éxtasis con conductas de agitación psicomotriz presentó un diagnóstico NANDA referente a 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", lo que supone el 2,8%. Un 88,6% presentaron 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", el 91,5% 00138: "Riesgo de violencia a entorno", y un 48,6% 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". (Tabla 30)

El análisis cruzado de la variable "consumo de éxtasis alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas. Un 89,7% de los pacientes que refieren haber consumido éxtasis presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 32,7% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson= 69,642; GL=4; p= 0,000).

## **CONSUMO DE ALUCINÓGENOS-LSD Y FACTORES ASOCIADOS**

Un 4,8% de los encuestados afirma haber consumido alucinógenos-LSD alguna vez en la vida, dicho porcentaje está compuesto por un total de 12 pacientes con respecto al



total de los encuestados, 250. La edad de estos 12 pacientes está comprendida entre los 16 y los 17 años, siendo 16 la edad del primer contacto con dicha sustancia con un porcentaje del 75% con respecto al 25% de los 17 años. Siendo la edad media de inicio de consumo 16,25. (Tabla 31)

Todos los pacientes consumidores de alucinógenos-LSD presentaron conductas de agitación, lo que supone el 100%. (Tabla 32)

Un 8,3% de dichas conductas de agitación se registraron de grado BAJO, el 91,7% grado MEDIO y un 75% como grado ALTO. (Tabla 33)

De dichos pacientes, el 83,3% presentó conductas de agitación con predominio de desinhibición, el 8,3% conductas de agitación con cierto grado de labilidad, y todos, el 100% presentaron conductas de agitación calificadas de agresividad. (Tabla 34)

Todos los pacientes presentaron el 100% de los diagnósticos NANDA referidos a 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia autodirigida", o lo que es lo mismo que todos los pacientes manifestaron estos tres tipos de agitación. Destacar que ninguno de ellos presentó diagnóstico NANDA referido a 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes". (Tabla 35)

El análisis cruzado de la variable "consumo de alucinógenos-LSD alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas. Un 100% de los pacientes que refieren haber consumido alucinógenos-LSD presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 38,6% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson= 117,27; GL=4; p=0,000).

## CONSUMO DE HEROÍNA Y FACTORES ASOCIADOS

Ningún paciente afirmó haber consumido alguna vez en su vida heroína. (Tabla 36)

## CONSUMO DE INHALANTES VOLÁTILES Y FACTORES ASOCIADOS

Un 4,8% de los encuestados afirma haber consumido inhalantes volátiles alguna vez en su vida. La edad de estos pacientes está comprendida entre los 15 y 16 años, teniendo el mayor porcentaje los segundos con un 75% con respecto al 25% que hace referencia a pacientes de 15 años de edad. La edad media de inicio de consumo de esta sustancia es 15,75. (Tabla 37)

Todos los pacientes presentaron conductas de agitación, lo que supone el 100% de los pacientes consumidores de esta sustancia. (Tabla 38)

Un 100% de las conductas fueron registradas de grado MEDIO y un 83,3% de grado ALTO. (Tabla 39)

Entre estos pacientes, el 83,3% presentó conductas de agitación en las cuales predominaba la desinhibición y el 100% presentaron conductas calificadas de agresividad. (Tabla 40)

Todos los pacientes presentaron diagnósticos NANDA referidos a 00138: "Riesgos de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia autodirigida", lo que supone un 100% en referencia a estos tres tipos de diagnósticos NANDA. Cabe destacar que ninguno de los pacientes consumidores de inhalantes volátiles presentó 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes". (Tabla 41)

El análisis cruzado de la variable "consumo de inhalantes volátiles alguna vez en la vida" y "presencia de agitación psicomotriz" marca diferencias estadísticamente significativas.

Un 100% de los pacientes que refieren haber consumido inhalantes volátiles presentan episodios de agitación psicomotriz frente al 38,6% de los no consumidores. (Chi-cuadrado de Pearson= 149,976; GL=4; p=0,000).

## **NO CONSUMIDORES Y FACTORES ASOCIADOS**

Un 14,6% del total de pacientes no consumidores de ninguna de las sustancias estupefacientes anteriormente mencionadas, presentó conductas de agitación de algún tipo. Este porcentaje hace referencia a 24 pacientes con respecto del total de pacientes no consumidores compuesto por 164 pacientes. (Tabla 42 y Tabla 43)

El 58,21% de las conductas de agitación fueron registradas de grado BAJO, el 41,78% grado MEDIO y por último otro 41,78% fueron calificadas como grado ALTO. (Tabla 44)

El 83,56% de dichos pacientes presentaron conductas de agitación con predominio de desinhibición, un 54,1 % conductas con factor de agresividad y por último el 33,56% conductas calificadas con factor de labilidad. (Tabla 45)

De los pacientes no consumidores que tuvieron algún tipo de agitación psicomotriz, el 29,4% de los pacientes presentaron el diagnóstico NANDA referente a 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes", el 33,5% 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", el 12,3% 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y por último un 50% presentó 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". (Tabla 46)

# DISCUSIÓN

---

La proporción de pacientes encuestados que admitió el consumo de alguna de las sustancias analizadas en este estudio (cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, alucinógenos-LSD, heroína e inhalantes volátiles) es de un 34,4%, lo que hace referencia a 86 pacientes con respecto del total de 250 pacientes encuestados.

Se han registrado conductas de agitación psicomotriz en un 41,6% de los pacientes, lo que supone un total de 104 pacientes. El 14,6% de los pacientes no consumidores de ninguna de las sustancias tóxicas estudiadas presentó conductas de agitación psicomotriz, frente al 93% de los pacientes consumidores. Se observa cuantitativamente una diferencia clara entre consumidores y no consumidores.

A nivel cualitativo también se pueden observar diferencias en el estudio. La agitación psicomotriz producida entre los consumidores de las sustancias analizadas se califica, mediante la aplicación de la escala ABS Corrigan, como de grado medio, predominando el factor agresividad frente al factor desinhibición o labilidad y haciendo referencia a los diagnósticos NANDA relacionados estudiados, mayoritariamente se da el diagnóstico referente al código 00138: "Riesgo de violencia al entorno". Por otro lado, la agitación psicomotriz producida entre los no consumidores de ninguna sustancia tóxica estudiada, es caracterizada por manifestarse como de grado bajo, con conductas de agitación predominantes en desinhibición y por último, en lo que se refiere a los diagnósticos NANDA el código más predominante fue el 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". Comparando los datos del estudio con otros estudios similares que han realizado un análisis entre la agitación psicomotriz y el consumo de tóxicos en pacientes con un Trastorno Mental Grave, cabe destacar que el consumo de tóxicos tiende a provocar un mayor número de conductas de agitación psicomotriz, con rasgos de violencia al entorno que les rodea, mientras que las conductas de agitación de los no consumidores tienden a ser agresiones a ellos mismos. <sup>(18)</sup>

El cannabis es con diferencia la sustancia ilegal más consumida en el estudio, un 34% de los encuestados afirman haber consumido dicha sustancia aunque solo fuera una vez en la vida, siendo 16 años la edad de inicio de consumo de dicha sustancia. De estos pacientes consumidores de cannabis, un 92,9% presentaron conductas de agitación psicomotriz, lo que hace referencia a 79 pacientes del total de los consumidores. Dichas agitaciones se caracterizaron de ser el 77,6% de ellas, de grado medio y calificadas con grado de agresividad, el 92,9%. De los diagnósticos NANDA registrados en el estudio, el diagnóstico equivalente a 00138: "Riesgo de violencia al entorno" fue el que obtuvo un mayor porcentaje dentro de este grupo de pacientes, con un 96,2%, mucho mayor que el 00138: "Riesgo de violencia a otros pacientes" ocupando un 3,7% de los pacientes consumidores de cannabis que presentaron algún tipo de agitación psicomotriz. De los pacientes no consumidores de cannabis, el 15,1% presentaron conductas de agitación psicomotriz, dato bastante significativo en comparación con los consumidores de esta sustancia.

Según el estudio, un 14% de los 250 encuestados admite haber consumido cocaína al menos una vez en la vida, la edad media de inicio de consumo de dicha sustancia fue entre estos pacientes a los 18 años, y de ellos, el 97,1% presentó conductas de agitación psicomotriz, la mayor parte de ellas, un 91,4%, calificadas de grado medio y un 97,1% con cierto grado de agresividad. En lo que respecta a los diagnósticos NANDA estudiados, todos los pacientes consumidores de cocaína que presentó algún tipo de conducta de agitación registró el diagnóstico 00138: "Riesgo de violencia hacia el entorno". De los pacientes que nunca han consumido cocaína, el 32,5% presentó conductas de agitación psicomotriz.

Un 13,2% de los encuestados afirmaron haber consumido aunque solo fuera una vez en la vida anfetaminas, la edad media en la que comenzaron a consumir dicha sustancia fue con 18 años. Todos los pacientes consumidores de esta sustancia presentaron conductas de agitación psicomotriz, ocupando el mayor porcentaje las calificadas de grado medio, un 93,9%. Por otra parte el 97% de estas conductas reunían un cierto grado de agresividad. La mayoría de estos pacientes consumidores y con conductas de agitación psicomotriz, el 97%, presentó diagnóstico NANDA referentes a 00138: "Riesgo

de violencia al entorno". De los pacientes no consumidores nunca de anfetaminas, el 32,7% presentó conductas de agitación psicomotriz.

La segunda sustancia más consumida del estudio es el éxtasis, siendo un 15,6% de los encuestados los que afirmaron haberla consumido alguna vez en la vida. La edad media de inicio de consumo de éxtasis de estos pacientes fue con 18 años. El 89,7% de ellos presentaron conductas de agitación psicomotriz, la mayoría de grado medio, un 71,8% y con cierto grado de agresividad, un 89,7%. El 91,5% de estos pacientes manifestó un diagnóstico NANDA equivalente a 00138: "Riesgo de violencia a entorno". De los pacientes no consumidores de éxtasis, un 32,7% presentó conductas de agitación psicomotriz.

El 4,8% de los encuestados afirma haber consumido alucinógenos-LSD alguna vez en la vida, siendo con 16 años la edad de inicio de dicha sustancia. Todos ellos presentaron conductas de agitación psicomotriz, todas ellas calificadas de agresividad y el 91,7% de estas consideradas grado medio. Todos los pacientes consumidores de esta sustancia alguna vez en la vida presentaron diagnósticos NANDA referidos a; 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia autodirigida". De los no consumidores de alucinógenos-LSD, un 38,6% presentó conductas de agitación psicomotriz.

Con respecto a la heroína, ninguno de los encuestados afirmó haber consumido dicha sustancia aunque solo fuese una vez en la vida, por lo que no se realizó ningún estudio con dicha sustancia tóxica.

Otro 4,8% del total de los encuestados afirma haber consumido inhalantes volátiles alguna vez en su vida. A los 16 años fue la edad media de inicio de dicha sustancia de estos pacientes. Todos ellos presentaron conductas de agitación psicomotriz y todas ellas fueron calificadas de grado medio y con cierto grado de agresividad. Todos estos pacientes consumidores de inhalantes volátiles con conductas de agitación psicomotriz, presentaron diagnósticos NANDA referidos a; 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia

autodirigida". De los no consumidores de la sustancia inhalantes volátiles, el 38,6% presentó conductas de agitación psicomotriz.

Cabe destacar que ninguno de los pacientes consumidores de cocaína, de anfetaminas, de alucinógenos-LSD ni de inhalantes volátiles presentó ningún tipo de violencia hacia otros pacientes.

Valorando el tóxico que más conductas de agitación psicomotriz produjo, destacar que todos los consumidores tanto de anfetaminas, como de alucinógenos-LSD y de inhalantes volátiles, presentaron algún tipo de agitación psicomotriz. Los consumidores de estas dos últimas sustancias, manifestaron el 100% de diagnósticos NANDA referentes a 00138: "Riesgo de violencia a profesionales", 00138: "Riesgo de violencia al entorno" y 00140: "Riesgo de violencia autodirigida", dato significativo, ya que estas dos sustancias, los alucinógenos-LSD y los inhalantes volátiles, pertenecen a un grupo de drogas calificadas de perturbadoras, son sustancias que provocan alteraciones psíquicas que afectan a la percepción, relacionadas con la distorsión en la percepción de visiones, audiciones y una generación de sensaciones irreales. Dicha alucinación distorsiona el conocimiento y la voluntad, algunos pacientes pueden experimentar pensamientos y visiones aterradoras. En el 100% de las agitaciones presentadas en estos pacientes predomina el factor agresividad. En consumidores de sustancias como el éxtasis o la cocaína presentan porcentajes más bajos de agresividad que los alucinógenos-LSD o los inhalantes volátiles.

El análisis del consumo de sustancias tóxicas con los episodios de agitación psicomotriz en pacientes con Trastorno Mental Grave hospitalizados, determina que el abuso de estas sustancias entre las personas con una patología mental, incluso en niveles bajos, puede ocasionar efectos perjudiciales importantes, mayores tasas de conductas de agitación, un deficiente cumplimiento del tratamiento, una descompensación psicótica temprana, la carencia de hogar, mayores tasas de hospitalización... En consecuencia, es

evidente que el abuso de drogas tiene implicaciones en el curso y el tratamiento de estos pacientes y se está convirtiendo en un problema ampliamente reconocido.

Corroborando los resultados con otros estudios, la alta prevalencia de conductas de agitación psicomotriz en los pacientes consumidores de sustancias tóxicas lleva a enfatizar sobre la necesidad de implantar de forma específica para este grupo de población programas y estrategias integrales de prevención del consumo de drogas y diagnóstico precoz de su psicopatología a través de la creación de unidades de riesgo. Se debe incrementar el Modelo de Atención Integral, la posibilidad de crear unidades de Trastornos Adictivos específicas dentro de la Red de Salud Mental, y así dar una importancia creciente a la Patología Dual.

Estos pacientes deben mantener una continuidad de sus cuidados, para que no se produzcan interrupciones o cambios bruscos en el nivel e intensidad de estos. Se precisará de la coordinación de dispositivos tales como Unidades de Salud Mental, Hospitalización de Día, Rehabilitación en régimen de día, Programas de atención a domicilio... entre otros, para obtener una serie de intervenciones psicosociales accesibles al paciente y familiares, con la colaboración de programas de psicoeducación, programas de intervención familiar, dirigidas a la incorporación de la familia en el tratamiento con un modelo psicoeducativo, programas terapéuticos que incluyan alojamiento alternativo para los pacientes con TMG complicados en otras situaciones; sin hogar, elevada dificultad de la convivencia familiar, ausencia de recursos... Programas de desintoxicación, de inserción laboral...

Hoy en día el foco principal de la rehabilitación social del enfermo crónico está en la atención a las familias y el apoyo social, así como la reinserción social del propio enfermo. Podemos decir, que hoy por hoy, por fortuna, se ha desarrollado la búsqueda de recursos y el apoyo a los integrantes de los sistemas que sufren este tipo de enfermedad. Las teorías biológicas, psicológicas y sociales sobre la enfermedad mental, han ido integrándose y han conseguido hablar más de recursos y formas de entender al enfermo, a la familia y a los propios profesionales encargados de la atención de estas personas.



# ANEXO

---

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
18-25	30	12,1%
26-35	40	16,1%
36-45	63	25,4%
46-55	47	19%
56-65	42	16,9%
>65	26	10,5%
<b>TOTAL</b>	<b>248</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
HOMBRE	146	58,4%
MUJER	104	41,6%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ÁREA GEOGRÁFICA

ÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
RIOJA BAJA	45	18%
RIOJA MEDIA	176	70,4%
RIOJA ALTA	29	11,6%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE ESTUDIOS

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
SIN ESCOLARIZAR	66	26,4%
ESTUDIOS PRIMARIOS (EGB/ESO)	117	46,8%
ESTUDIOS SECUNDARIOS (Bachiller/BUP/ FP)	46	18,4%
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	21	8,4%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SITUACIÓN LABORAL

SITUACIÓN LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
TRABAJADORES EN ACTIVO	37	14,8%
EN PARO	140	56%
INCAPACIDAD/JUBILADOS	72	28,8%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR INGRESOS (MENSUALES)

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menos de 300 euros	118	47,2%
de 300-600 euros	56	22,4%
de 601-1000 euros	48	19,2%
de 1001-1500 euros	15	6%
más de 1500 euros	13	5,2%
<b>total</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR PATOLOGÍA

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
Trastorno mental y del comportamiento por consumo de sustancias psicótropas (F10-19)	20	8%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-29)	122	48,8%
Episodio maniaco (F30)	3	1,2%
Episodio bipolar (F31)	13	5,2%
Episodio depresivo (F32)	39	15,6%
Trastornos neuróticos (F40-49)	8	3,2%
Trastornos de la conducta alimentaria (F50)	4	1,6%
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-69)	41	16,4%
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 8. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
GRADO BAJO	40,3%
GRADO MEDIO	74,03%
GRADO ALTO	39,42%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 9. CONDUCTAS DE AGITACIÓN EN CONSUMIDORES SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN.

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE CONDUCTAS DE AGITACIÓN
<b>DESINHIBICIÓN</b>	47	45,19%
<b>AGRESIVIDAD</b>	92	88,46%
<b>LABILIDAD</b>	13	12,5%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICO NANDA

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
<b>00138: Riesgo de violencia a otros pacientes</b>	10	9,6%
<b>00138: Riesgo de violencia a profesionales</b>	60	57,6%
<b>00138: Riesgo de violencia al entorno</b>	79	75,9%
<b>00140: Riesgo de violencia autodirigida</b>	62	59,6%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 11. CONSUMO DE CANNABIS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

CANNABIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
<b>NO</b>	165	66%
<b>SI</b>	85	34%
<b>TOTAL</b>	250	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 12. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE CANNABIS

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
<b>SI</b>	79	92,9%
<b>NO</b>	6	7,1%
<b>TOTAL CONSUMIDORES</b>	85	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 13. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN CONSUMIDORES DE CANNABIS

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	32,9%
<b>GRADO MEDIO</b>	77,6%
<b>GRADO ALTO</b>	36,5%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 14. CONDUCTAS DE AGITACIÓN EN CONSUMIDORES DE CANNABIS SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN.

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DESINHIBICIÓN</b>	26	30,6%
<b>AGRESIVIDAD</b>	79	92,9%
<b>LABILIDAD</b>	4	4,7%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICO NANDA EN CONSUMIDORES DE CANNABIS

DIAGNÓSTICO NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
00138: Riesgo de violencia a otros pacientes	3	3,7%
00138: Riesgo de violencia a profesionales	52	65,8%
00138: Riesgo de violencia a entorno	76	96,2%
00140: Riesgo de violencia autodirigida	50	63,2%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 16. CONSUMO DE COCAÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA

COCAÍNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
NO	215	86%
SI	35	14%
TOTAL	250	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 17. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
SI	34	97,1%
NO	1	2,9%
TOTAL CONSUMIDORES	35	14%

Fuente: Elaboración propia

TABLA 18. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE DE LAS CONDUCTAS
GRADO BAJO	11,4%
GRADO MEDIO	91,4%
GRADO ALTO	34,3%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 19. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESINHIBICIÓN	16	45,7%
AGRESIVIDAD	34	97,1%
LABILIDAD	4	11,4%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS NANDA EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
00138: Riesgo de violencia a otros pacientes	0	0%
00138: Riesgo de violencia a profesionales	32	94,1%
00138: Riesgo de violencia a entorno	34	100%
00140: Riesgo de violencia autodirigida	32	94,1%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 21. CONSUMO DE ANFETAMINAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

ANFETAMINAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
<b>NO</b>	217	86,8%
<b>SI</b>	33	13,2%
<b>TOTAL</b>	250	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 22. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
<b>SI</b>	33	100%
<b>NO</b>	0	0%
<b>TOTAL CONSUMIDORES</b>	33	13,2%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 23. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	12,1%
<b>GRADO MEDIO</b>	93,9%
<b>GRADO ALTO</b>	33,3%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 24. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DESINHIBICIÓN</b>	16	48,5%
<b>AGRESIVIDAD</b>	32	97%
<b>LABILIDAD</b>	5	15,2%

*Fuente: Elaboración propia.*



TABLA 25. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS NANDA EN CONSUMIDORES DE ANFETAMINAS

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
00138: Riesgo de violencia a otros pacientes	0	0%
00138: Riesgo de violencia a profesionales	31	93,9%
00138: Riesgo de violencia a entorno	32	97%
00140: Riesgo de violencia autodirigida	30	90%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 26. CONSUMO DE ÉXTASIS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

ÉXTASIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
NO	211	84,4%
SI	39	15,6%
TOTAL	250	100%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 27. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ÉXTASIS

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
SI	35	89,7%
NO	4	10,3%
TOTAL CONSUMIDORES	39	15,6%

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 28. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN CONSUMIDORES DE ÉXTASIS

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	46,2%
<b>GRADO MEDIO</b>	71,8%
<b>GRADO ALTO</b>	48,7%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 29. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ÉXTASIS SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DESINHIBICIÓN</b>	19	48,7%
<b>AGRESIVIDAD</b>	35	89,7%
<b>LABILIDAD</b>	4	10,3%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 30. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS NANDA EN CONSUMIDORES DE ÉXTASIS

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
<b>00138: Riesgo de violencia a otros pacientes</b>	1	2,8%
<b>00138: Riesgo de violencia a profesionales</b>	31	88,6%
<b>00138: Riesgo de violencia a entorno</b>	32	91,5%
<b>00140: Riesgo de violencia autodirigida</b>	17	48,6%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 31. CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS-LSD ALGUNA VEZ EN LA VIDA

ALUCINÓGENOS-LSD	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
<b>NO</b>	238	95,2%
<b>SI</b>	12	4,8%
<b>TOTAL</b>	250	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 32. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS-LSD

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
<b>SI</b>	12	100%
<b>NO</b>	0	0%
<b>TOTAL CONSUMIDORES</b>	12	4,8%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 33. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE AGITACIÓN EN CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS-LSD

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	8,3%
<b>GRADO MEDIO</b>	91,7%
<b>GRADO ALTO</b>	75%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 34. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS-LSD SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DESINHIBICIÓN</b>	10	83,3%
<b>AGRESIVIDAD</b>	12	100%
<b>LABILIDAD</b>	1	8,3%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 35. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS NANDA EN CONSUMIDORES DE ALUCINÓGENOS-LSD

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
<b>00138: Riesgo de violencia a otros pacientes</b>	0	0%
<b>00138: Riesgo de violencia a profesionales</b>	12	100%
<b>00138: Riesgo de violencia a entorno</b>	12	100%
<b>00140: Riesgo de violencia autodirigida</b>	12	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 36. CONSUMIDORES DE HEROÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA

HEROÍNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
<b>NO</b>	250	100%
<b>SI</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>	250	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 37. CONSUMIDORES DE INHALANTES VOLÁTILES ALGUNA VEZ EN LA VIDA

INHALANTES VOLÁTILES	FRECUENCIA	PORCENTAJE VÁLIDO
<b>NO</b>	238	95,2%
<b>SI</b>	12	4,8%
<b>TOTAL</b>	250	100%

*Fuente: Elaboración propia*

TABLA 38. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE INHALANTES VOLÁTILES

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
<b>SI</b>	12	100%
<b>NO</b>	0	0%
<b>TOTAL CONSUMIDORES</b>	12	4,8%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 39. CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN CONSUMIDORES DE INHALANTES VOLÁTILES

CALIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	0%
<b>GRADO MEDIO</b>	100%
<b>GRADO ALTO</b>	83,3%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 40. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN CONSUMIDORES DE INHALANTES VOLÁTILES SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>DESINHIBICIÓN</b>	10	83,3%
<b>AGRESIVIDAD</b>	12	100%
<b>LABILIDAD</b>	0	0%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS NANDA EN CONSUMIDORES DE INHALANTES VOLÁTILES

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA PACIENTES	PORCENTAJE
<b>00138: Riesgo de violencia a otros pacientes</b>	0	0%
<b>00138: Riesgo de violencia a profesionales</b>	12	100%
<b>00138: Riesgo de violencia a entorno</b>	12	100%
<b>00140: Riesgo de violencia autodirigida</b>	12	100%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 42. CONSUMIDORES Y NO CONSUMIDORES

CONSUMIDORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	86	34,4%
<b>NO</b>	164	65,6%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 43. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN NO CONSUMIDORES

CONDUCTAS DE AGITACIÓN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE (PACIENTES)
<b>SI</b>	24	14,6%
<b>NO</b>	140	85,4%
<b>TOTAL NO CONSUMIDORES</b>	164	65,6%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 44. CALIFICACIONES DE LAS CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN NO CONSUMIDORES

CALIFICACIÓN DE LAS AGITACIONES	PORCENTAJE CONDUCTAS
<b>GRADO BAJO</b>	58,21%
<b>GRADO MEDIO</b>	41,78%
<b>GRADO ALTO</b>	41,78%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 45. CONDUCTAS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN NO CONSUMIDORES SEGÚN LOS GRADOS DE LA ESCALA ABS CORRIGAN

GRADOS DE ESCALA ABS CORRIGAN	FRECUENCIA (PACIENTES)	PORCENTAJE PACIENTES	PORCENTAJE CONDUCTAS DE AGITACIÓN
<b>DESINHIBICIÓN</b>	20	12,2%	83,56%
<b>AGRESIVIDAD</b>	13	7,9%	54,1%
<b>LABILIDAD</b>	8	4,9%	33,56%

*Fuente: Elaboración propia.*

TABLA 46. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICOS  
NANDA EN NO CONSUMIDORES

DIAGNÓSTICOS NANDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>00138: Riesgo violencia a otros pacientes</b>	7	29,4%
<b>00138: Riesgo de violencia a profesionales</b>	8	33,5%
<b>00138: Riesgo de violencia al entorno</b>	3	12,3%
<b>00140: Riesgo de violencia autodirigida</b>	12	50%

*Fuente: Elaboración propia.*



# BIBLIOGRAFÍA

---

1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007.
2. Libro Verde. Mejora la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 2005.
3. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en población general en España. EDADES 2011-2012. Madrid, 22 de Enero de 2013.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR
5. Clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. CIE-10
6. Pérez Blanco, JM; Bahamonde García, JM; Gas García, M; De Vega López, MC; Jerez Barroso, MR; Garzón Boch, C. Alteraciones psíquicas y físicas ante la contención mecánica del cliente diagnosticado de trastorno mental grave ingresado en la unidad de hospitalización. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2).
7. García Álvarez, MJ; Bugarín González, R. Agitación psicomotriz. Gerencia de gestión Integrada de Santiago de Compostela. Cad Atención Primaria. Año 2012. Volumen 18, pág. 73-77.
8. Ana María SC, Magistrada de la Sala de lo Contencioso. Autonomía del paciente. Consentimiento Informado. Ley 14/2002. 13 de Diciembre de 2012
9. Cestafe Martínez, C; Ezquerro Pérez, J; Santolalla Arnedo, I; Ibáñez Sáenz, A; Gil Argáiz, R; Mazo Hernández, MT. Procedimiento de intervención ante un paciente agitado. La Rioja, Servicio Riojano de Salud; 2009.
10. Esguerra de Cárdenas, I. Avances en Enfermería: Rol del profesional de enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Enero-Junio 91. Vol IX. No. 1
11. Gobierno de La Rioja. Plan de salud mental de La Rioja. 1999. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

12. Gobierno de La Rioja. Plan de salud mental de La Rioja. 2010-2015. Consejería de Salud y Servicio Sociales.
13. Sistema de Información de la Red de Salud Mental de La Rioja. 2005.
14. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y emergencias. El paciente agitado. Recomendación científica 10/01/09 de 25 de Junio de 2009.
15. NANDA Internacional. NANDA I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Herdman T.H. Barcelona: Elsevier; 2012.
16. Plan de Salud de La Rioja. II. 2009-2013.
17. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.
18. Martín Cazorla, F. Santos Amaya, I.M. López García, M. agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses. 13 Junio 2011.

# ÍNDICE

---

• RESUMEN	P. 2
• ABSTRACT	P. 3
• INTRODUCCIÓN	P. 4
• DESARROLLO	P. 10
○ MATERIAL Y MÉTODO	P. 10
○ MARCO TEÓRICO	P. 13
○ RESULTADOS	P. 18
▪ Consumo de sustancias	
▪ Consumo de cannabis y factores asociados	
▪ Consumo de cocaína y factores asociados	
▪ Consumo de anfetaminas y factores asociados	
▪ Consumo de éxtasis y factores asociados	
▪ Consumo de alucinógenos-LSD y factores asociados	
▪ Consumo de heroína y factores asociados	
▪ Consumo de inhalantes volátiles y factores asociados	
▪ No consumidores y factores asociados	
• DISCUSIÓN	P. 28
• ANEXO	P. 33
• BIBLIOGRAFÍA	P. 49