

PERCEPCIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS/AS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL EN SALUD MENTAL

MARÍA OLARIZU OLALDE ORTIZ¹, PALOMA GONZÁLEZ FONTECHA²,
ELENA FERREIRO TIEMBLO³, MARÍA GAMARRA HERNÁNDEZ²,
MÓNICA AGUADO GARCÍA², CARMEN SUÁREZ URQUIZA⁴ Y FLORA MURUA NAVARRO⁵

¹Enfermera especialista en salud mental. Supervisora del Área de Rehabilitación Funcional. Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

²Enfermera especialista en salud mental. Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

³Enfermera especialista en salud mental. Centro de Salud Mental de Ávila. Sacyl (Sanidad Castilla y León).

⁴Enfermera especialista en salud mental. OSI Araba Sede Santiago (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

⁵Enfermera especialista en salud mental. Directora de enfermería de la Red de Salud Mental de Álava. Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción y satisfacción de los/as profesionales sanitarios/as antes y después de la implementación de una sala de confort sensorial en un hospital de salud mental, así como su impacto en la reducción del uso de medidas coercitivas y en la mejora del ambiente terapéutico.

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo y longitudinal con un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). Se aplicaron encuestas en tres momentos: antes, tres meses después y un año tras la implementación. Se analizaron variables sobre expectativas previas, percepción de la utilidad de la sala, impacto en la reducción de medidas, nivel de ansiedad y agitación psicomotriz de los/as pacientes, así como la percepción del ambiente terapéutico y la relación paciente-profesional.

Resultados: antes de la implementación, el 73 % de profesionales tenía expectativas positivas respecto a la sala. A los tres meses, el 97,5 % observó mejoras en la reducción de ansiedad y agitación psicomotriz de los/as pacientes. Al año, el 95,2 % refirió disminución del uso de medidas coercitivas y una mejora del ambiente terapéutico. Se identificaron oportunidades de mejora en la infraestructura y diversificación de actividades terapéuticas en la sala.

Conclusiones: la participación activa de los/as profesionales sanitarios/as en la implementación de una sala de confort sensorial, junto con la consideración de sus opiniones y percepciones subjetivas, fortalece su implicación y compromiso en el proyecto. Esto facilita una mejor integración de la sala en la práctica asistencial y promueve un modelo de atención más humanizado y centrado en el paciente.

Palabras clave: salud mental, profesional sanitario, sala de confort sensorial, humanización, rehabilitación psicosocial.

Correspondencia: Maria Olarizu Olalde Ortiz

Correo electrónico: MARIAOLARIZU.OLALDEORTIZ@osakidetza.eus

INTRODUCCIÓN

Las personas con enfermedad mental grave pueden presentar una serie de alteraciones en la regulación emocional, el pensamiento, la percepción y la conducta, así como en las relaciones interpersonales. Estas alteraciones pueden generar importantes dificultades en el autocuidado, la autonomía personal, el control de la conducta y las capacidades para mantener la iniciativa y la motivación. En algunos casos, estas dificultades pueden manifestarse por episodios de agitación psicomotriz, lo que supone un desafío para la atención en salud mental, ya que requiere estrategias eficaces para su manejo. Tradicionalmente, el abordaje de estas situaciones ha incluido el uso de psicofármacos y medidas coercitivas, como la contención mecánica o el aislamiento. Sin embargo, estas estrategias han generado un debate creciente debido a sus efectos adversos y al impacto negativo que pueden tener en la experiencia del/la paciente y en la relación terapéutica. En este contexto, la búsqueda de alternativas más humanizadas se ha convertido en una prioridad en el ámbito de la salud mental^{1,2}.

Una de las estrategias que ha cobrado relevancia en los últimos años es la implementación de salas de confort sensorial, espacios diseñados para facilitar la regulación emocional a través de estímulos controlados. Estas salas permiten a los/as pacientes reducir la ansiedad y recuperar el autocontrol mediante técnicas como la musicoterapia, la aromaterapia, la cromoterapia y otros elementos multisensoriales^{2,3}.

El entorno físico del hospital tiene una influencia significativa en la salud de las personas con enfermedad mental. Un diseño adecuado del espacio puede contribuir a mejorar la receptividad al tratamiento y el pronóstico. Un buen diseño del entorno promueve la salud, el bienestar y el tratamiento

integral. Por esta razón, las salas de confort sensorial representan una herramienta prometedora en la atención psiquiátrica, ya que ofrecen un enfoque menos invasivo y más orientado a la regulación emocional, en lugar de la contención física^{4,5}.

En la Red de Salud Mental de Araba (RSMA) (España), se implementó la primera sala de confort sensorial en el Área de Rehabilitación Funcional (ARF), con el objetivo de proporcionar un espacio terapéutico que permitiera la autorregulación del/la paciente y redujera la necesidad de intervenciones coercitivas. Para evaluar el impacto de esta intervención, se llevaron a cabo simultáneamente dos estudios complementarios: uno centrado en la efectividad de la sala en la reducción de contenciones mecánicas y aislamientos⁶, y otro enfocado en la percepción y experiencia de los/as profesionales sanitarios/as involucrados/as en su uso e implementación, que es el objeto de este artículo. Los resultados sobre la efectividad demostraron que, tras un año de funcionamiento de la sala de confort sensorial, el uso de contenciones mecánicas se redujo en un 37,5 %, mientras que los aislamientos disminuyeron en un 44,4 %. Además, se observó que el 80,3 % de los/as pacientes que hicieron uso de la sala experimentaron una reducción en la puntuación de la escala de agitación psicomotriz (PANSS-EC; del inglés, Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component), lo que sugiere un impacto positivo en la autorregulación emocional⁶.

Los/as profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental e imprescindible en el fomento del bienestar, la seguridad y el confort de las personas con enfermedad mental. Asimismo, deben ser agentes activos en la creación de espacios terapéuticos adecuados en salud mental, donde la opinión y participación de las personas ingresadas, así como de los/las profesionales que las atienden es esencial^{1,2}.

El deseo de proporcionar una atención humanizada y centrada en la persona, así como el alto grado de formación de los/as profesionales son factores que influyen en el ambiente, favoreciendo la relación terapéutica y permitiendo, a su vez, que dichos/as profesionales aborden de forma más eficiente el cuidado de las personas en situación de crisis.

El presente estudio analiza la percepción de los/as profesionales sanitarios/as antes y después de la implementación de la sala de confort sensorial, evaluando su impacto en la atención de los/as pacientes y en la calidad del ambiente terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal con un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo).

Ámbito y período del estudio

El estudio se llevó a cabo en el ARF de la RSMA, en el período comprendido entre febrero de 2020 y mayo de 2021.

La recogida de datos se realizó en tres momentos:

- Antes de la implementación de la sala.
- A los tres meses de su puesta en marcha.
- Al año de su funcionamiento.

Población y muestra

Se empleó un muestreo intencional por conveniencia, incluyendo a todos/as los/as profesionales sanitarios/as del ARF involucrados/as en la atención directa a los/as pacientes. La muestra final estuvo conformada por 46 profesionales de distintas cate-

gorías sanitarias, con criterios de inclusión como participación voluntaria. Se excluyeron aquellos/as en período de formación o sin contacto directo con los/as pacientes.

Instrumentos de recogida de datos

Se diseñó un cuestionario *ad hoc*, validado por expertos en salud mental. Se incluyeron preguntas cuantitativas (escala de Likert) y cualitativas (preguntas abiertas), agrupadas en las siguientes variables:

- **Sociodemográficas:** años de experiencia, tiempo en la unidad y categoría profesional.
- **Expectativas y percepción:** nivel de confianza en la utilidad de la sala, impacto en la calidad asistencial y humanización de los cuidados.
- **Impacto en medidas coercitivas:** percepción sobre la reducción de contenciones mecánicas y fármacos, utilidad en la gestión de la agitación psicomotriz.
- **Ambiente terapéutico y relación profesional-paciente:** cambios en la percepción del clima de la unidad y en la interacción con los/as pacientes.
- **Uso y aceptación de la sala:** frecuencia de uso, elementos más utilizados (musicoterapia, aromaterapia, cromoterapia, etc.), satisfacción general.
- **Oportunidades de mejora:** sugerencias sobre infraestructura y actividades terapéuticas.

Procedimiento

El estudio se llevó a cabo en varias fases, que incluyeron la formación del equipo sanitario, la planificación e implementación de la sala de confort sensorial, y la evaluación de su impacto mediante la recogida de datos en distintos momentos.

Antes de la implementación de la sala, el equipo del ARF recibió formación en desescalada verbal, entre-

namiento actitudinal y manejo de situaciones difíciles. Esta formación se centró en el desarrollo de habilidades para la prevención y gestión de crisis mediante el fomento de la empatía, la escucha activa y el respeto en la relación terapéutica. También se hizo hincapié en la importancia de crear un clima emocional seguro y en el uso de estrategias no coercitivas para abordar la agitación psicomotriz. A partir de esta capacitación, el equipo identificó la necesidad de implantar un espacio terapéutico alternativo que promoviera la regulación emocional y el bienestar de los/as pacientes.

La recogida de datos se realizó en tres momentos: antes de la implementación de la sala, a los tres meses y al año de su funcionamiento. Las encuestas fueron anónimas y administradas por enfermeras especialistas en salud mental.

Cabe destacar que esta es la primera sala de confort sensorial implementada en un hospital de salud mental en España y el primer estudio que evalúa su impacto en la satisfacción de profesionales y pacientes. La valoración de las percepciones subjetivas del personal sanitario fue un aspecto fundamental del estudio, ya que su implicación y compromiso resultan claves para la integración eficaz de la sala en la práctica asistencial y para la consolidación de un modelo de atención más humanizado y centrado en el/la paciente.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y un análisis de contenido temático para las cualitativas.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario de Araba (n.º de expediente: 2020-007). Se garan-

tizó la confidencialidad de los datos y el consentimiento informado de los/as participantes, asegurando su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos en la percepción de los/as profesionales sanitarios/as en la implementación de la sala de confort sensorial en el ARF en los distintos momentos de evaluación (antes, tres meses y 12 meses después de la implementación) (tabla 1).

Tres meses antes de la implementación

La muestra inicial estuvo compuesta por 46 profesionales. De ellos/as, dos tercios contaban con menos de 15 años de experiencia en salud mental, mientras que el restante 32,6 % tenía una trayectoria superior a ese tiempo.

Antes de la apertura de la sala, el 73 % de los/as profesionales tenía expectativas positivas sobre su utilidad, mientras que el 95,6 % coincidía en que podría mejorar la atención asistencial. Más de la mitad (55,6 %) no veía posibles consecuencias negativas asociadas a su uso.

En cuanto a su impacto en los/as pacientes, tres de cada cuatro profesionales recomendarían la sala a los/as pacientes (75,6 %), y la mayoría consideraba que ayudaría a reducir la ansiedad (91 %) y la agitación (86,7 %). Asimismo, el 84,5 % valoró la sala como una herramienta complementaria en la práctica clínica y el 86,7 % consideró que ayudaría a reducir el empleo de medidas coercitivas, como contenciones mecánicas o el uso de fármacos.

Además, casi la totalidad de los/as encuestados/as (97,8 %) consideró que la sala favorecería la huma-

Tabla 1. Percepción subjetiva de los/as profesionales sobre el uso de la sala de confort sensorial

	3 meses antes	3 meses después	12 meses después
	N = 46	N = 45	N = 46
Expectativas positivas sobre el uso de la sala	73%	97,5%	89,1%
Utilidad de la sala	95,6%	100%	100%
Consecuencias negativas relacionadas con el uso de la sala	44,4%	22,2%	10%
La sala contribuye a la reducción de la ansiedad del/la paciente	91%	97,7%	95,2%
La sala contribuye a la reducción de la agitación del/la paciente	86,7%	100%	95,2%
La sala contribuye a la reducción de las medidas coercitivas	86,7%	88,2%	95,2%
La sala favorece la humanización de los cuidados	97,8%	95,6%	100%
La sala dota al/la paciente de herramientas para el autocontrol	86,6%	84,5%	85,3%

N: tamaño de la población.

nización de los cuidados y el 86,6 % opinó que dotaría a los/as pacientes de herramientas para el autocontrol.

Algunos/as profesionales expresaron preocupaciones sobre la adecuación de la sala para ciertos/as pacientes o la posible pérdida de efectividad en crisis avanzadas, con comentarios como: «me preocupa si se planteará bien para el tipo de paciente ingresado», «creo que puede ser útil ante los primeros signos y síntomas de agitación, pero dudo de la efectividad pasados esos primeros momentos» o «me preocupa el aislamiento de pacientes por “escaladas provocadas” para promover el uso de la sala de confort». Sin embargo, la mayoría coincidió en que representaba una opción de entender la salud mental desde un lado más humano, natural, desde las emociones.

En relación con las actividades recomendadas dentro de la sala, algunos/as profesionales propusieron la incorporación de opciones adicionales como: baile guiado, laborterapia, ejercicio físico y papiroflexia.

Tres meses después de la implementación

En esta fase, participaron 45 profesionales. La mayoría tenía una experiencia de, al menos, tres meses con la sala (75 %) y el 51,1 % llevaba más de un año en el servicio. Se observó que su uso era promovido en el 37 % de los casos por los/as profesionales y en el 43,5 % tanto por pacientes como por el/la profesional sanitario/a.

El 97,5 % de los/as encuestados/as percibió efectos positivos en los/as pacientes, y el 93,5 %, en el

ambiente de la unidad. Además, el 95,6 % afirmó que la sala había ayudado a proporcionar unos mejores cuidados a los/as pacientes.

En cuanto a posibles efectos adversos, el 77,8 % de los/as profesionales indicó que la sala no generaba consecuencias negativas. Casi la totalidad (97,7 %) destacó su papel en la reducción de la ansiedad de los/as pacientes, y el 100 % afirmó que ayudaba a disminuir la agitación psicomotriz. Entre los elementos más utilizados, la musicoterapia (89 %) y la proyección de vídeos (67 %) fueron los más valorados. El 84,5 % de los/as profesionales señaló que la sala ayudaba a los/as pacientes a desarrollar habilidades de autocontrol, y el 100 % consideró que era un recurso útil durante la estancia en el ARF.

Dos personas mencionaron que, aunque inicialmente tenían reticencias sobre la efectividad de la sala, su percepción cambió tras su implementación. El 54,6 % de los/as encuestados/as negó preocupaciones respecto a su uso. Entre los comentarios recogidos, se mencionaron mayoritariamente efectos positivos como: «hemos evitado una contención mecánica, rescates de medicación», «han conseguido hacer un trabajo de control de sí mismos», «disminuye ansiedad y pensamientos negativos», entre otros.

No obstante, algunos/as profesionales expresaron efectos negativos de la sala como: «no sé si el paciente pediría volver a usar la sala por necesidad o por pasar allí un rato», «pacientes que no llegan a usar la sala por sensaciones de agobio o encierro, por lo que o no quieren entrar a la sala o desean salirse enseguida», «discutir con otro paciente» o «es preciso indicar un buen uso de la sala a los usuarios, al ser la novedad».

Entre las sugerencias de cambio en la sala, tres hubieran hecho la «sala más grande», dos indicaron una «tumbona o *chaise longue*» para mejorar la como-

dididad, y otra aportó «más variedad de aromas» que los tres ofertados.

Un año después de la implementación

Al año de la implementación, se encuestó nuevamente a 46 profesionales. El 85 % tenía más de un año de experiencia en el ARF.

Los resultados fueron similares a los obtenidos a los tres meses. Respecto a quién indica el uso de la sala, el 43,5 % fueron los/as profesionales y, en el 43,5 % de los casos, ambos. El 89,1 % consideró que la sala generaba efectos beneficiosos en los/as pacientes, y el 87 %, en el ambiente terapéutico. La totalidad de los/as encuestados/as coincidió en que el uso de la sala mejoraba los cuidados ofrecidos a los/as pacientes.

Además, el 95,2 % de los/as encuestados/as afirmó que su uso continuaba reduciendo la ansiedad y la agitación psicomotriz. Un 85,3 % señaló que la sala había ayudado a fortalecer habilidades de autocontrol en los/as pacientes. Se observó una mejora en la percepción de seguridad, ya que el 90 % de los/as profesionales consideró que la sala no generaba efectos negativos. Asimismo, el porcentaje de quienes creían que la sala ayudaba a disminuir el uso de contenciones mecánicas, fármacos y otras medidas coercitivas aumentó en un 7 %, alcanzando el 95,2 %.

Por otro lado, cabe destacar que el porcentaje de profesionales que negaban preocupaciones relacionadas con el uso de la sala también aumentó.

Se mantuvo la opinión subjetiva sobre la parte más usada de la sala, siendo la musicoterapia y la proyección de vídeos en el mismo porcentaje (85 %).

La mayoría de profesionales destacaron múltiples beneficios, como la mejora en la autorregulación de los/as pacientes, la reducción de contenciones mecá-

nicas y la creación de un espacio más tranquilo dentro de la unidad. Algunos comentarios reflejaban estos cambios, con frases como: «consiguen autorregularse», «dejan fuera lo que les atormenta», «las contenciones mecánicas han disminuido considerablemente», «se beneficia la unidad, no solo el paciente» o «la sala rompió con el lugar conflictivo», entre otras.

A pesar de los resultados positivos, tres profesionales expresaron ciertas dudas sobre el uso de la sala a largo plazo, con comentarios como: «pueden interpretar el uso de la sala como algo lúdico», «miedo a que se convierta en refuerzo de conductas negativas/inadecuadas» o «pueden acostumbrarse a su uso y llegar un momento que no les haga efecto».

Entre las nuevas propuestas de mejora, se sugirió: «usar con pacientes de otra unidad», «incluir juegos de lógica» y «ampliar la evaluación de sus efectos recogiendo la evolución tras el uso de la sala en las emociones o alteraciones sensorio-perceptivas, además de la escala PANSS-EC».

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que el uso de la sala de confort sensorial en una unidad como el ARF no solo mejora la calidad de los cuidados ofrecidos a los/as pacientes, sino que también fortalece las relaciones interpersonales entre pacientes y profesionales sanitarios/as. Además, se observa una reducción en el uso de medidas coercitivas y una mejora en el ambiente general de la unidad.

Estos hallazgos son consistentes y refuerzan investigaciones previas, en las que se destaca la utilidad de la sala de confort sensorial en el empoderamiento de los/as pacientes, permitiéndoles espacios de autogestión y contribuyendo a la mejora de su autoestima a través del desarrollo de su autonomía. En

este sentido, Barbic *et al.* subrayan la necesidad de transferir las habilidades adquiridas en la sala a situaciones fuera del hospital⁷.

Por otro lado, los estudios de Björkdahl *et al.*⁸ y Sutton y Nicholson⁹ destacan que la sala de confort sensorial actúa como un espacio seguro que permite a los/as pacientes distanciarse del ambiente, en ocasiones, estresante de la unidad, contribuyendo a la prevención de la escalada de síntomas ansiosos y de situaciones de crisis. En este sentido, cabe señalar cómo los resultados de Wigglesworth y Farnworth¹⁰ ponen de manifiesto que las sesiones iniciadas por los/as pacientes están asociadas a niveles de estrés iniciales más bajos que aquellas iniciadas por el personal sanitario, lo que podría relacionarse con el desarrollo del autoconocimiento y las herramientas de autogestión, así como con el uso preventivo de la sala por parte de los/as pacientes⁸⁻¹⁰.

Otro aspecto relevante identificado en estudios previos es el papel clave del equipo de enfermería en la implementación y éxito de este tipo de intervenciones. Wigglesworth y Farnworth¹⁰ subrayan la importancia del rol de la enfermería en el uso de estas herramientas no coercitivas y en la promoción de habilidades de autocuidado en el/la paciente.

Según los hallazgos obtenidos en el estudio que se ha llevado a cabo en el ARF, la formación dirigida al personal de la unidad y su implicación han sido factores fundamentales para lograr efectos favorables. La participación activa del equipo multiprofesional en la facilitación de la sala de confort ha promovido una cultura de cuidado más humanizada y menos jerárquica, favoreciendo una relación de confianza y respeto mutuo con los/as pacientes, aspectos cruciales para reducir la percepción de una relación coercitiva y promover el bienestar¹⁰.

Además, el ambiente de la unidad y la motivación del personal sanitario durante la implementación de

esta nueva herramienta influyen directamente en los resultados y en el beneficio para los/as pacientes.

En este sentido, el estudio de Laker *et al.* resalta la importancia de las actitudes del personal en la efectividad de los cambios planificados. Esto respalda la importancia de fomentar un ambiente colaborativo y de apoyo entre el equipo de salud, promoviendo un compromiso activo con la intervención y potenciando su impacto¹¹.

A partir de los hallazgos de este estudio, se recomienda que la implementación de una sala de confort sensorial vaya acompañada de programas de formación, generando espacios de comunicación donde se recojan las percepciones subjetivas de los/as profesionales para promover una implicación activa del equipo de enfermería y otros/as profesionales de la unidad, así como un trato humanizado en la relación clínica y entre los/as propios/as profesionales. Esto no solo contribuiría a consolidar la efectividad de la intervención, sino que también favorecería un cambio cultural hacia un enfoque menos coercitivo, más humanizado, y más orientado al empoderamiento y la autonomía de los/as pacientes.

CONCLUSIONES

La sala de confort sensorial ha demostrando ser una herramienta terapéutica eficaz tanto para pacientes como para profesionales, proporcionando una alternativa no coercitiva en la atención y manejo de crisis. Su implementación ha sido el resultado de un proceso largo, en el que han participado numerosos/as profesionales sanitarios/as, quienes, junto con los/as pacientes, han aportado sus propuestas hasta lograr su puesta en funcionamiento. El trabajo común y un entorno comunicativo han generado un clima de satisfacción en la convivencia, mejorando las relaciones interpersonales entre los/as pacientes, y el vínculo de la relación clínica.

Mediante esta herramienta terapéutica, se busca facilitar la alianza entre pacientes y profesionales, brindando oportunidades de participación en estrategias de prevención y reducción de crisis.

Es importante potenciar la participación activa de las personas con enfermedad mental en todo su proceso de cuidados y en la creación de espacios adecuados de convivencia y control de situaciones estresantes. Del mismo modo, es importante contar con la participación e implicación de los/as profesionales sanitarios/as.

La implementación de la sala de confort sensorial ha favorecido la creación de un espacio terapéutico en el que se fomenta un entorno acogedor y positivo para abordar el cuidado de pacientes en situación de crisis, promoviendo la mejora de la relación terapéutica y entre los/as mismos/as trabajadores/as.

La comunicación en salud mental es la base del trabajo en esta especialidad; por eso, es fundamental respetar y potenciar espacios que faciliten la comunicación terapéutica, para buscar la excelencia en los cuidados que se proporcionan, promoviendo valores como la creatividad y la proactividad, desde una actitud de comprensión, entendimiento y prudencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf>
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2012. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>
3. Halpern R, Seare J, Tong J, Hartry A, Olaoye A, Aigbogun MS. Using electronic health records to estimate the pre-

- valence of agitation in Alzheimer disease/dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(3):420-31.
4. Sociedad de Psiquiatría de Madrid. Humanización de la asistencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica breve. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2019.
5. Chou YC, Dang VT, Yen HY, Hsu PS. Developing a measurement scale of gender-friendly hospital environments: an exploratory study of customer perceptions in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2227.
6. Olalde Ortiz MO, González Fontecha P, Ferreiro Tiemblo E, Gamarra Hernández M, Aguado García M, Murua Navarro F, et al. Experiencia hospitalaria de una sala de confort sensorial ante la agitación psicomotriz y la angustia en rehabilitación funcional. *Rev Enferm Salud Ment*. 2024;(26):5-15.
7. Barbic SP, Chan N, Rangi A, Bradley J, Pattison R, Brockmeyer K, et al. Health provider and service-user experiences of sensory modulation rooms in an acute inpatient psychiatry setting. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225238.
8. Björkdahl A, Perseus KI, Samuelsson M, Lindberg MH. Sensory rooms in psychiatric inpatient care: staff experiences. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25(5):472-9.
9. Sutton D, Nicholson E. Sensory modulation in acute mental health wards: a qualitative study of staff and service user perspectives. Auckland: Te Pou o Te Whakaaro Nui; 2011.
10. Wigglesworth S, Farnworth L. An exploration of the use of a sensory room in a forensic mental health setting: staff and patient perspectives. *Occup Ther Int*. 2016;23(3):255-64.
11. Laker C, Callard F, Flach C, Williams P, Sayer J, Wykes T. The challenge of change in acute mental health services: measuring staff perceptions of barriers to change and their relationship to job status and satisfaction using a new measure (VOCALISE). *Implement Sci*. 2014;9(1):23.