

EXPERIENCIA HOSPITALARIA DE UNA SALA DE CONFORT SENSORIAL ANTE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y LA ANGUSTIA EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL

MARÍA OLARIZU OLALDE ORTIZ¹, PALOMA GONZÁLEZ FONTECHA²,
ELENA FERREIRO TIEMBLO³, MARÍA GAMARRA HERNÁNDEZ²,
MÓNICA AGUADO GARCÍA², FLORA MURUA NAVARRO⁴ Y CARMEN SUÁREZ URQUIZA⁵

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. Directora de enfermería de la Red de Salud Mental de Álava.
Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

⁵Enfermera especialista en salud mental. OSI Araba Sede Santiago (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud).

RESUMEN

Una sala de confort sensorial es una herramienta terapéutica más que se puede implementar en una unidad de salud mental, como complemento a la atención de enfermería especialista que ya se proporciona. La evidencia científica, la buena praxis y humanización animan a buscar alternativas a las contenciones mecánicas (CM) y a los aislamientos para el manejo de la agitación psicomotriz, medidas con muchos efectos adversos. Hasta ahora, los estudios relacionados se han centrado en áreas de agudos. Este estudio, con grupo de control e intervención, evalúa la eficacia de la implantación y uso de esta sala de confort sensorial en un área de rehabilitación funcional (ARF) en la Red de Salud Mental de Álava (RSMA). Se trata de un ensayo clínico no aleatorizado con grupo de control. Según los resultados del estudio, la instauración de salas de confort sensorial en hospitalización de salud mental podría ayudar hacia este camino. Los resultados aportan una reducción de un 37,5 % en el uso de las CM y en un 44,4 % en los aislamientos tras un año de su implantación, poniendo en valor el uso de la sala de confort sensorial en la práctica diaria y, por tanto, sirviendo de ayuda al/la paciente con trastorno mental grave en la recuperación de su autocontrol en momentos de agitación psicomotriz.

Palabras clave: sala de confort sensorial, humanización, contención mecánica, agitación psicomotriz, salud mental, angustia.

Correspondencia: Maria Olarizu Olalde Ortiz
Correo electrónico: mariaolarizu.olaldeortiz@osakidetza.eus

INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es una actividad motora excesiva asociada a un sentimiento de tensión interior que se presenta con movimientos no productivos y repetitivos. La progresión en su gravedad puede conducir a comportamientos agresivos y violentos. Unos de los factores causales de este tipo de agitación son los asociados a la salud mental. Entre las personas con enfermedad mental, aquellas con trastorno mental grave (TMG), a menudo, son las más frágiles, dependientes y vulnerables a sufrir cuadros heterogéneos de agitación psicomotriz (causados por la propia enfermedad mental, consumo de tóxicos o factores ambientales)^{1,2}.

En entornos de atención a largo plazo, los síntomas conductuales, incluida la agitación, afectan a casi todas las personas con enfermedades degenerativas y se asocian a un mayor riesgo de muerte, ingreso, carga para el cuidador y deterioro de las relaciones^{2,3}. El estudio de Halpern *et al.* concluye que la prevalencia de agitación fue del 44,6 % en la población general sin patología y del 61,3 % en personas con demencia y otras afecciones mentales con la misma media de edad (76,4 años)².

Este es, por tanto, un problema recurrente en las personas con enfermedad mental y es preciso hallar una forma de tratarlo y resolverlo acorde a los principios de dignidad humana, igualdad, autonomía e inclusión social, como se redacta en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁴.

La agitación psicomotriz suele presentarse con signos leves (*inquietud psicomotriz*), siendo el comportamiento motor de la persona el signo predictivo más importante. Es fundamental que los/las profesionales sanitarios/as lo detecten e intervengan precozmente para evitar una escalada de agitación^{1,2}.

La contención mecánica (CM) y el aislamiento son medidas coercitivas que suponen efectos adversos en el/la paciente, y puede ser angustiosa y causante de ansiedad, ira, tristeza, preocupación, *shock*, y frustración en los/las profesionales sanitarios/as que la aplican^{2,5}.

Son necesarios un alto grado de formación y una buena relación terapéutica entre los/las profesionales sanitarios/as para ayudar al/la paciente a reconocer sus emociones y proporcionar alternativas distintas a la CM y el aislamiento para mejorar la calidad de vida, intimidad, dignidad, seguridad y bienestar, para que el proceso sea lo menos traumático posible y para que exista un aprendizaje en autocontrol emocional^{2,6}.

Las salas de confort sensorial pueden ayudar a conseguir este objetivo, ofreciendo numerosas posibilidades para disminuir la agitación de forma no violenta (aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia...). Según varios estudios, esta herramienta aumenta la relajación, la tolerancia y el autocontrol orientando al/la paciente en la realidad; facilita el empoderamiento, la consciencia sensorial de uno/a mismo/a, de los/las compañeros/as y del medio ambiente mejorando las relaciones interpersonales^{2,7}.

El enfoque sensorial modulado es de utilidad para ayudar a reducir las alteraciones del comportamiento, capacitar al/la profesional y los/las pacientes para construir relaciones positivas, y proporcionar estrategias alternativas para ser menos coercitivos/as durante la desescalada verbal y recuperar el autocontrol⁸.

Para la implantación de una sala de confort sensorial, es esencial la involucración y participación activa de profesionales y pacientes; así, se promueve la relación terapéutica y la comunicación en cada paso del proyecto⁸. Es posible que existan profesionales sin

formación o con resistencia al cambio en su forma de trabajar, pero, tras el uso de la sala, admiten que ha sido una mejora que se adapta a las necesidades de los/las pacientes, y que reduce el estrés y la agitación⁹.

En el artículo de Forsyth y Trevarrow, se mostró que el aumento de la consciencia sobre el procesamiento sensorial y el uso de estrategias sensoriales, como la sala de confort sensorial, fueron percibidos por los/las profesionales como un impacto positivo en la reducción de la angustia. También se descubrió que el uso de la sala tenía beneficios que incluían que los/las profesionales atendiesen a sus propias necesidades emocionales y que apoyara el aprendizaje reflexivo durante la sesión de revisión de incidentes críticos¹⁰.

Varios estudios han demostrado que las salas de confort contribuyen a una mayor satisfacción del/la paciente y menores tasas de aislamiento. Esto es debido a que el ambiente físico influye sobre su salud mental y satisfacción. La percepción de este con efectos relajantes y terapéuticos nos ayuda a avanzar hacia la humanización de los cuidados^{8,10}.

En otras investigaciones, se observó que el uso de la sala de confort se asociaba a una tasa significativa de reducción de un 27,0% de los aislamientos, o que, en hasta el 20,0% de los/las participantes, mejoraba el estrés mediante el uso de la sala⁸. En otros, los/las pacientes refirieron mejora en el autocontrol y vieron la sala como un espacio seguro⁹.

Las salas de confort sensorial son una estrategia con expectativas en la atención de salud mental, pero su uso es novedoso y requiere investigación más rigurosa. Por este motivo, y porque la mayoría de estudios se centran en unidades de agudos, se decidió iniciar el presente estudio en el ámbito de la rehabilitación funcional¹¹.

La hipótesis principal que se planteó es que la utilización de una sala de confort sensorial disminuye el número de CM y aislamientos en los pacientes ingresados en un área de rehabilitación funcional (ARF).

El objetivo principal del estudio es determinar la efectividad del uso de una sala de confort sensorial en el ARF. Se consideraría que es efectiva si las CM y aislamientos disminuyen un 5 % en el grupo de intervención (GI) con respecto al año anterior. Como objetivo secundario, se pretende comparar el número de CM y aislamientos, respecto al año anterior, entre el GI y en el grupo de control (GC).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un ensayo clínico, controlado y no aleatorizado.

Sujetos de estudio

Personas con TMG persistente y/o con alteraciones conductuales, con presencia o no de conductas disruptivas o agresivas y/o deterioro cognitivo ingresadas en el ARF de la Red de Salud Mental de Álava (RSMA).

El concepto de TMG persistente se refiere a los siguientes trastornos psiquiátricos: esquizofrenia, trastornos bipolares y otros trastornos afectivos, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, alcoholismo, trastorno delirante, discapacidad intelectual y trastorno neurocognitivo.

Los grupos del estudio están conformados de la siguiente manera:

- **GI:** personas con TMG persistente ingresadas en un ARF con acceso a la sala de confort sensorial en los momentos de agitación.

- **GC:** personas con TMG persistente ingresadas en un ARF.

Criterios de inclusión

- Todos/as los/las pacientes ingresados/as en el ARF que presenten una agitación cuestionable, leve o moderada (puntuación ≤ 20 en el Componente de Excitación de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos [PANSS-EC; del inglés, Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale]) en caso de angustia o a petición del paciente.
- Haber aceptado libremente la participación en la intervención.
- Haber firmado el consentimiento informado, tras leer la hoja de información al/la paciente y/u otra de información al/la tutor/a.

Criterios de exclusión

- Agitación grave y extremadamente grave (puntuación ≥ 21 en el PANSS-EC).
- Agresión física previa inmediata.
- Declinación de la firma del consentimiento informado.
- Los participantes que no cumplieron las normas de uso de la sala de confort sensorial.

La recogida de datos tuvo lugar durante un año, con inicio en mayo de 2021.

Variables

Variable independiente

Uso de la sala de confort sensorial.

Variables dependientes

- CM.
- PANSS-EC: instrumento de evaluación administrado por enfermería para evaluar el cambio en la

agitación. Escala con cinco ítems (cada ítem puntuado de 1 a 7 puntos): tensión; falta de colaboración; hostilidad; mal control de impulsos; y excitación. Mayor puntuación en el PANSS-EC indica mayor agitación. La clasificación del nivel de agitación es la siguiente: cuestionable (5-10 puntos), leve (11-15 puntos), moderada (16-20 puntos), moderadamente grave (20-25 puntos), grave (26-30 puntos o ítem «control de impulsos» >4); extremadamente grave (30-35 puntos)¹².

- Aislamientos.
- Formulario *ad hoc* de uso de la sala de confort y evaluación y propuestas de mejora.

Variables de ajuste

Edad, sexo y nivel cognitivo. Este último determinado mediante la escala Mini-Mental State Examination (MMSE): se trata de un test cognitivo breve para detectar trastornos cognitivos asociados a enfermedades neurodegenerativas del tipo de la enfermedad de Alzheimer. Se ha escogido el que puntúa sobre 30; es el que registra el programa informático de la historia clínica. El test consta de cinco ítems: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, y lenguaje y construcción. Se considera que hay deterioro cuando la puntuación es menor de 23 puntos¹³.

Variables clínicas

Años de evolución de la enfermedad mental; años de ingreso hospitalario; diagnóstico según la CIE-10 (10.ª edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades); y medicación de rescate.

Descripción de la intervención

Utilización de la sala de confort sensorial situada en la propia unidad, decorada en tonos suaves y relajantes, con motivos inspirados en la naturaleza, esco-

gidos por pacientes y profesionales sanitarios/as. Disponía de sofá de relax, mecedora, aromaterapia, cromoterapia, proyector, música a elección de la persona que la utilizara, cojines, manta ponderada, pelotas antiestrés, balón..., para enseñar alternativas para afrontar y controlar la angustia y evitar que aumentara la escalada de agitación, así como orientar en estrategias terapéuticas para ayudarle a relajarse y recuperar el autocontrol.

El/la paciente acudía a la sala acompañado/a por el/la profesional; una vez dentro, podía permanecer en ella solo/a o acompañado/a; a criterio del/la profesional y la opinión del/la paciente, teniendo en cuenta las preferencias sensoriales y de cuidados recogidos previamente en la ficha de preferencias sensoriales y de cuidados. La intervención no era única, sino en varios usos de la sala de confort sensorial en cada paciente. La intervención era de 30 minutos, aproximadamente, y se podía utilizar varias veces durante el día.

Recogida de datos

Se explica el estudio a los/las pacientes ingresados/as en el ARF y a sus tutores/as; se les entrega una hoja informativa y se recaba el consentimiento informado en dos formatos (uno de lectura fácil dirigido a los/las pacientes y otro para los/las tutores/as), del cual se les entrega copia firmada.

El diseño y elementos de la sala de confort sensorial se eligieron tanto por profesionales del ARF como por pacientes ingresados/as, con numerosas reuniones y formas de participación (elección de posibles vinilos, música relajante, alternativas de suelos...).

Se formó a los/las profesionales del ARF con un curso específico de desescalada verbal y entrenamiento actitudinal para el manejo de la agitación psicomotriz y esto se aplicó como atención clínica

habitual común a ambos grupos, ya que el personal del ARF fue compartido por los dos grupos. La diferencia estribaba en que, en el GI, esta herramienta comunicativa se podía aplicar dentro de la sala de confort sensorial, mientras que, en el GC, se podía aplicar en otros espacios, como en su habitación habitual o habitación de aislamiento.

Todo/a profesional de nueva incorporación al equipo de trabajo del ARF recibió formación sobre el uso de la sala; también se les proporcionó una *Guía clínica de uso de la sala de confort*, de elaboración propia.

El resto de cuidados que se proporcionaron en la unidad fueron los mismos que los recibidos antes del planteamiento del presente estudio.

Los/las profesionales de enfermería del ARF identificaban a los/las pacientes del estudio e invitaban a participar en él a quienes cumplían los criterios de selección de ambos grupos (GC y GI). En esta visita inicial, se recogían los datos demográficos e información clínica del estudio.

A los/las pacientes del GI, se les realizaba una primera evaluación, donde se recogían datos relativos a las posibles utilidades dentro de la sala de confort sensorial. En pacientes sin lenguaje verbal o con dificultades en la comunicación, se buscó apoyo en terceras fuentes (acompañantes, familiares...) o en sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (SAAC). Los/las profesionales del ARF cumplimentaban el formulario de uso de la sala para expresar datos objetivos y su experiencia subjetiva tras el uso de esta. Dentro de ella, se recogía la puntuación de la escala PANSS-EC antes y después del uso de la sala para valorar el grado de agitación. Se consideró que existía disminución de la agitación cuando la puntuación de la escala PANSS-EC disminuía en ≥ 1 punto.

A los/las pacientes, se les realizó una evaluación sobre las propuestas de mejora tras cada uso de la sala, animándoles a dar su opinión subjetiva sobre su uso, la relación de ayuda de los/las profesionales y la angustia antes y después de usar la sala.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas y las medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas. El supuesto de normalidad de las variables cuantitativas se ve mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Se realizó la prueba de la W de Wilcoxon para muestras relacionadas para comparar el número de aislamientos y de CM entre el GI y el GC. En ambos grupos, se recogió el número de CM y el número de aislamientos ocurridos un año antes y un año después desde el inicio del uso de la sala de confort sensorial. Teniendo en cuenta solo el GI, se realizó la prueba de la U de Mann-Whitney para muestras relacionadas para comparar el número de aislamien-

tos y la puntuación de la escala PANSS-EC tras la intervención.

Se fijó el intervalo de confianza (IC) en el 95 %. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico IBM SPSS versión 23.0 y R versión 3.5.0.

Consideraciones éticas

El estudio fue valorado y aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Araba (código CEIC: Expte. 2020-007).

RESULTADOS

Participaron en el estudio un total de 48 pacientes (tabla 1):

- **GI** (tamaño de la muestra [n] = 27): el 100 % eran varones, con una media de edad de 59 años, y una media de 27,8 años con diagnóstico de TMG y con una puntuación media en la MMSE de 25 puntos y de 12,2 años de ingreso.

Tabla 1. Descripción de la muestra (n = 48)

	Grupo de intervención (n=27)		Grupo de control (n=21)	
	Media	DE	Media	DE
Edad (años)	58,89	8,32	66,33	8,72
Duración de la evolución del trastorno mental (años)	28,00	15,20	36,71	14,49
Tiempo de ingreso (años)	12,19	11,31	12,95	10,26
Puntuación en la Escala MMSE	25,04	4,90	26,55	3,25

DE: desviación estándar; MMSE: Mini-Mental State Evaluation; n: tamaño de la muestra.

- **GC** (n = 21): el 38,0% eran varones, con una media de edad de 66 años, y una media de 35,1 años de evolución de TMG y con una puntuación media en la MMSE de 26,5 puntos y de 12,9 años de ingreso.

En relación con las CM, se produjo una disminución del 37,5 % (de 24 a 15 CM) en el GI, entre el período 1 (mayo de 2020 y mayo de 2021, previo a instalar la sala en el ARF) y el período 2 (mayo de 2021 y mayo de 2022) (hipótesis: disminuyen $\geq 5\%$). En cambio, en el GC, no se redujeron las CM, sino que aumentaron un 40,0 %.

De los 27 pacientes del GI, en el 25,9 %, disminuyeron las CM; en el 7,4 %, aumentaron; y, en el 66,7 %, se mantuvieron. De los 21 pacientes del GC, tan solo en el 9,5 %, disminuyeron las CM (tabla 2).

En el total de aislamientos, se produjo una disminución del 53,43 % en el GI, entre el período 1 y el período 2. En cambio, en el GC, se produjo un aumento del 61,11 %. Dentro del GI, en el 44,4 %, disminuyeron los aislamientos; en el 7,4 %, se mantuvieron igual; y, en el 48,1 %, aumentaron. De los 21 pacientes del GC, tan solo disminuyeron los aislamientos en el 4,8 % entre el período 1 y el período 2 (v. tabla 2).

Del GI, usaron la sala de confort sensorial 10 pacientes (37,0%). De estos 10 pacientes, entre el período 1 y el período 2, en el 50 %, disminuyeron las CM y los aislamientos; en el 40 %, se mantuvieron igual; y, en el 10 %, aumentaron.

Se observaron diferencias significativas entre los aislamientos del GI entre el período 1 y el período 2 (tras la intervención) ($W = 2,616$; nivel de significación estadística [p] = 0,009), disminuyendo el número de aislamientos tras la intervención. En cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las CM entre el período 1 y el período 2 ($W = -1,408$; $p = 0,159$).

Por otro lado, no se encontraron resultados estadísticamente significativos ni en los aislamientos ($W = -1,577$; $p = 0,115$) ni en las CM ($W = -1,510$; $p = 0,131$) de los participantes que utilizaron la sala de confort sensorial, entre el período 1 y el período 2, es decir, no podemos afirmar que se presentaran menos aislamientos en los 10 pacientes.

Respecto a la sala de confort sensorial, se utilizó en 76 ocasiones. Del GI, 10 pacientes fueron los que usaron la sala por encontrarse en un momento de agitación psicomotriz. El 50,0 % de los pacientes

Tabla 2. Descripción de las contenciones mecánicas y los aislamientos (n = 48)

	Grupo de intervención (n = 27)	Grupo de control (n = 21)
Disminución de la contención mecánica	25,9 %	9,5 %
Aumento de la contención mecánica	7,4 %	9,5 %
Mantenimiento de la contención mecánica	66,7 %	81,0 %
Disminución del aislamiento	44,4 %	4,8 %
Aumento del aislamiento	7,4 %	23,8 %
Mantenimiento del aislamiento	48,1 %	71,4 %

n: tamaño de la muestra.

presentó diagnóstico de esquizofrenia. El resto de diagnósticos se correspondieron con trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, síndrome amnésico alcohólico, trastorno del control de los impulsos y psicosis orgánica.

De las 76 veces que se usó la sala, en 15 de los casos (19,7%), se proporcionaron rescates psicofarmacológicos, mientras que, en 61 casos (80,2%), se evitaron.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala PANSS-EC antes y después del uso de la sala de confort sensorial ($W = 6,455$; $p \leq 0,001$), existiendo una reducción en su puntuación (tabla 3). En el 80,3% de las ocasiones, sí disminuyó la puntuación de la escala PANSS-EC; en el 15,8%, se mantuvo igual; y, en el 3,9%, aumentó.

En el formulario sobre el uso de la sala de confort sensorial, se midió el nivel de angustia del paciente antes y después del uso de la sala, en una escala de Likert de 1 a 5 puntos, siendo el 1 el nivel más bajo de angustia y el 5 el nivel más alto. Se observó que se producía un descenso en los porcentajes de angustia tras el uso de la sala de confort sensorial, siendo la puntuación de angustia entre 4 y 5 puntos en el 82,7% de los casos antes de su uso y entre 1 y 3 puntos en el 78,7% de los casos tras su uso.

Respecto al motivo de utilización de la sala, en 18 ocasiones (23,6%) fue el/la paciente quien lo solicitó, mientras que, en otras 58 ocasiones (76,3%), fue sugerido por los/las profesionales.

Por otro lado, el 89,5% percibieron que la sala de confort sensorial «sí» les había ayudado tras su uso. El 73,7% valoró la sala de confort sensorial entre 8 y 10 puntos, en una escala de 0 a 10 (siendo 0 «nada efectiva» y 10 «totalmente efectiva»); mientras que el 96,0% (73 casos) reconoció que los/las profesionales «sí» les habían ayudado a recuperar la calma y el autocontrol.

Ante la pregunta planteada sobre si cambiarían algo de la sala, el 95,0% respondió que no cambiaría nada. Una sugerencia de cambio fue añadir tebeos.

Cabe destacar que la butaca de relax fue la terapia complementaria que más se utilizó dentro de la sala (86,8%), seguida por: aromaterapia (84,2%), siendo los aromas más usados los de pino, limón y lavanda; posteriormente, las luces led (81,6%), siendo el azul el color más usado seguido del verde; el proyector (79,0%); la música (79,0%); las pelotas antiestrés (64,5%); la manta ponderada (18,4%); la mecedora (9,2%); y otros (8,0%) como revistas o infusiones, libros (2,6%), balón (2,6%) y puf (1,3%).

En relación con la intervención de los/las profesionales sanitarios/as, la media fue de dos por cada uso

Tabla 3. Comparación entre la escala PANSS-EC y el uso de la sala de confort sensorial

	Escala PANSS-EC antes del uso de la sala (n = 76)	Escala PANSS-EC después del uso de la sala (n = 76)	W
Mediana (rango intercuartílico)	9,5 (7,0-12,0)	7,0 (5,0-8,75)	6,455*

* $p < 0,001$.

n: tamaño de la muestra; p: nivel de significación estadística; PANSS-EC: Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale; W: prueba de Wilcoxon.

de la sala de confort sensorial (desviación estándar [DE]: 1,08) y una media de 23,7 minutos de tiempo presencial de enfermería (DE: 27,5).

DISCUSIÓN

Se encuentra en auge priorizar una atención más humanizada enfocada a mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, evitando medidas coercitivas. Sin embargo, todavía hay déficit de evidencia sobre medidas humanizadas para resolver la angustia y/o agitación. Por ello, se planteó nuestro estudio con el objetivo de evaluar la eficacia del uso de la sala de confort sensorial en relación con la disminución del uso de CM y aislamientos en el ARF de la RSMA debido al perfil del/la paciente: personas con TMG.

Según los resultados de este estudio, la instauración de salas de confort sensorial en hospitalización de salud mental podría ayudar hacia este camino. Los resultados aportan evidencia decisiva para aceptar la hipótesis planteada en un inicio, reduciéndose en un 37,5 % el uso de las CM y en un 44,4 % los aislamientos, lo que pone en valor el uso de la sala de confort sensorial en la práctica diaria y favorece la necesidad de implementarla en otras unidades de características análogas para mejorar la calidad de vida de los/las pacientes. En consonancia con la evidencia disponible, dentro de una sala de confort sensorial, el/la profesional sanitario/a puede ayudar a una persona a desarrollar una comprensión de sus preferencias y respuestas sensoriales, y utilizar esta autoconsciencia para contribuir a la regulación emocional, mejorando, así, el funcionamiento diario y reduciendo las alteraciones conductuales. Además, según algunos estudios, un entorno apropiado, como la sala de confort sensorial puede incrementar el beneficio de los cuidados de enfermería, mejorando la relación terapéutica. También hablan del efecto beneficioso de alternativas no coercitivas como la

aromaterapia, la musicoterapia, etc.^{5,14-16}. Estudios previos señalan la importancia del uso de esta herramienta a la hora de reducir la angustia, el estrés, las tasas de aislamiento y las CM¹¹. En la revisión de Crawell *et al.*, descubrieron que la modulación sensorial podría crear cambios positivos en cómo se siente una persona, mejorar el comportamiento y fomentar la recuperación¹⁷. Como plantean Baldaçara *et al.*, durante un proceso de agitación es importante tener una escala de actuación, siendo el primer escalón la desescalada verbal y el uso de un entorno terapéutico apropiado y, en última instancia, las CM¹⁸.

En contraposición, otros estudios también plantean el peligro de que este tipo de salas de confort sensorial se utilicen en exceso y los usuarios no quieran salir de ellas. Tras un año de uso de la sala, tan solo en un 23,6 % de los casos fue el paciente quien solicitó entrar en ella y el/la profesional lo consideró adecuado y, en un 76,3 %, el uso fue sugerido por los/las profesionales¹¹.

Varios de los estudios presentados en la bibliografía de este estudio coinciden en la disminución del número de CM tras el uso de las salas de confort sensorial^{5,9,15,18}.

Algunas de las limitaciones del estudio son las siguientes:

- Algunos/as pacientes fueron dados/as de alta, dada su mejoría o empeoramiento clínico; otros/as ingresaron después de mayo de 2021, período en que se inició el reclutamiento.
- La capacidad cognitiva limitada de los/las pacientes dificultó la comunicación. Se intentó corregir midiendo con la escala MMSE, adaptando los documentos a lectura fácil y utilizando SAAC.
- La falta de aleatorización de la selección de la muestra.

- Los criterios de aplicación de cada profesional. Se intentó corregir con la medición de la escala PANSS-EC. Además, para corregir este sesgo, el equipo investigador elaboró una guía clínica de la sala de confort sensorial situada de manera accesible a los/las profesionales del ARF y se incluyó la presentación y formación específica para el uso de esta en el protocolo de acogida de nuevos/as profesionales a la unidad.

Las implicaciones de este hallazgo son de vital relevancia en la aplicación de cuidados de enfermería de salud mental, avanzando hacia una atención más humanizada.

Ha sido muy significativo contar con la participación de profesionales y pacientes en la elaboración del diseño de la sala, así como la valoración y el registro de las preferencias en su uso y cuidados, lo que ha facilitado la alianza terapéutica, brindando oportunidades de participación en estrategias de prevención y reducción de crisis. La sala es dinámica y puede ser modificada según necesidades y propuestas de profesionales y pacientes que la utilizan, así como la ficha de preferencias.

La conclusión del estudio es que lo más trascendental de implementar algo novedoso y con escasa investigación relacionada en España, como es el caso de la creación de una sala de confort sensorial en un ARF, es medirlo, hacer investigación sobre ello y difundir los resultados obtenidos.

Por ello, se va a continuar promoviendo la aplicación de alternativas a la CM y aislamiento como buena praxis y mejora de la ética personal y profesional del personal de enfermería, humanizando todo lo posible la atención a las personas con enfermedad mental, contando con ellas y situándolas en el centro del cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Megías-Lizancos F, Vila Gimeno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge MA, Salas Rubio JM, Silva García MC. Abordaje y cuidados del paciente agitado: documento de consenso. *Rev Esp Enfermería Salud Ment.* 2016;1(1):1-22.
2. Halpern R, Seare J, Tong J, Hartry A, Olaoye A, Aigbogun MS. Using electronic health records to estimate the prevalence of agitation in Alzheimer disease/dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(3):420-31.
3. Hart KL, Pellegrini AM, Forester BP, Berretta S, Murphy SN, Perlis RH, et al. Distribution of agitation and related symptoms among hospitalized patients using a scalable natural language processing method. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021;68:46-51.
4. Baldaçara L. Editorial: Current challenges and evidence-based medicine in psychiatric emergencies. *Front Psychiatry.* 2023;14:1145280.
5. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142(1):27-39.
6. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. Ginebra: WHO; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
7. Hedlund Lindberg M, Samuelsson M, Perseus KI, Björkdahl A. The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(4):930-9.
8. Wigglesworth S, Farnworth L. An exploration of the use of a sense room in a forensic mental health setting: staff and patient perspectives. *Ocup Ther Int.* 2016;23(3):255-64.
9. Kothari J, Seruya F. OTs' and clinical staffs' perceptions of sensory rooms in mental-health settings. *Am J Occup Ther.* 2020;74(4_Suppl-1):7411510294p1.
10. Forsyth AS, Trevarrow R. Sensory strategies in adult mental health: a qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(6):1689-97.
11. Aragonés Calleja M. Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre "confort room" en salud mental. *Rev Esp Enferm Salud Ment.* 2021;(14):5-11.
12. Montoya A, Valladares A, Lizán L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:18.
13. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population. *Med Clin (Barc).* 1999;112(20):767-74.
14. Champagne T, Pfeiffer B. Sensory integration approaches with adults with mental health disorders. En: Bundy A, Lane

- S (eds.). Sensory integration: theory and practice. Philadelphia: F.A. Davis; 2019. p. 513-21.
15. Dorn E, Hitch D, Stevenson C. An evaluation of a sensory room within an adult mental health rehabilitation unit. *Occup Ther Ment Health*. 2020;36(2):105-18.
 16. McCreedy EM, Yang X, Baier RR, Rudolph JL, Thomas KS, Mor V. Measuring effects of nondrug interventions on behaviors: music & memory pilot study. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2134-8.
 17. Crawell G, Dieleman C, Ghanouni P. An integrative review of sensory approaches in adult inpatient mental health: implications for occupational therapy in prison-based mental health services. *Occup Ther Ment Health*. 2020;37(2):130-57.
 18. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Dos Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(2):153-67.