

Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

Propuesta de intervención mediante uso
de la "*sala de la calma*" en personas con
trastorno mental grave

Trabajo fin de estudio presentado por:	Mónica Herranz Ferreira
Línea de investigación:	Propuesta de intervención
Director/a:	Natividad Narbona González
Fecha:	Marzo 2023

Resumen

Se presenta, en este trabajo fin de grado, una propuesta de intervención mediante la utilización de salas de modulación sensorial o "salas de la calma", con personas que presentan trastorno mental grave (TMG), encaminada a realizar futuras investigaciones sobre el impacto de su uso en los síntomas agudos durante periodos de angustia y crisis emocional, el establecimiento de un perfil de usuario/a potencial de uso, así como de los beneficios y contraindicaciones, en contextos residenciales y de atención diurna no hospitalaria.

Estas salas suponen brindar una oportunidad a la persona para regular su propia respuesta emocional y conductual ante estos periodos de agitación psicomotriz, mejorando y calmando su estado anímico y físico, favoreciendo su autocuidado y facilitando la relación terapéutica entre paciente y profesional, suponiendo una disminución del uso por parte de los profesionales de métodos de contención más coercitivos.

Palabras clave: trastorno mental grave, medios de contención en salud mental, sala de la calma, esquizofrenia, trastorno bipolar

Abstract

In this final degree thesis, an intervention proposal is presented using sensory modulation rooms or "comfort rooms" for people with severe mental disorders (SMD). This work is aimed at conducting future research on the impact of their use on acute symptoms during periods of distress and emotional crisis, the establishment of a potential user profile, as well as the benefits and contraindications, in residential and non-hospital day care contexts.

These rooms provide an opportunity for the person to regulate his/her own emotional and behavioural response to these periods of psychomotor agitation, improving and calming his/her mood and physical state, favouring self-care, facilitating the therapeutic relationship between patient and professional, and reducing the use by professionals of more coercive methods of restraint.

Keywords: serious mental disorder, means of containment in mental health, comfort room, schizophrenia, bipolar disorder

Índice de contenidos

1. Marco teórico	7
1.1. Trastorno mental grave de larga evolución	7
1.1.1. Esquizofrenia	7
1.1.2. Trastorno bipolar	10
1.2. Episodios agudos en TMG	13
1.2.1. Agitación psicomotriz	13
1.3. Medidas restrictivas en salud mental	15
1.3.1. Contención mecánica.....	15
1.3.2. Contención química	16
1.3.1. Aislamiento terapéutico.....	18
1.4. Prescripción "Pro Re Nata"	19
1.5. Medidas alternativas: salas de la calma.....	20
1.5.1. Desescalada verbal	23
1.5.2. Modulación sensorial.....	25
2. Justificación	27
3. Objetivos	29
3.1. Objetivo general	29
3.2. Objetivos específicos	29
4. Propuesta de intervención	31
4.1. Contextualización	31
4.2. Participantes.....	31
4.2.1. Criterios de inclusión	32
4.2.2. Criterios de exclusión.....	32

4.3.	Instrumentos de evaluación.....	32
4.4.	Competencias	34
4.5.	Metodología.....	36
4.6.	Cronograma y temporalización.....	37
4.7.	Actividades	43
4.7.1.	Desescalada verbal en la sala de la calma	43
5.	Evaluación del programa de uso de la sala de la calma.....	46
6.	Discusión y conclusiones	48
6.1.	Limitaciones.....	51
6.2.	Prospectiva	52
	Referencias bibliográficas	53
	Anexo A. Encuesta usuarios sobre preferencia del profesional.....	61
	Anexo B. Encuesta usuarios sobre preferencia de la sala	62
	Anexo C. Pautas para la desescalada verbal según el proyecto BETA	63
	Anexo D. Cuestionario de consumo de psicofármacos	67
	Anexo E. Cuestionario 1 SATISFACCIÓN SALA CALMA	68
	Anexo F. Cuestionario 2 "AYUDANOS A MEJORAR"	69
	Anexo G. Modelo de VASM para la sala de la calma	70

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Clasificación de los síntomas de la esquizofrenia</i>	8
Tabla 2. <i>Subtipos del trastorno bipolar según el DSM-5</i>	11
Tabla 3. <i>Principal etiología de la agitación psicomotriz</i>	13
Tabla 4. <i>Habilidades y actitudes deseables en un buen profesional</i>	35
Tabla 5. <i>Cronograma del proyecto Sala de la Calma</i>	40
Tabla 6. <i>Temporalización del proyecto Sala de la Calma</i>	41

1. MARCO TEÓRICO

1.1. TRASTORNO MENTAL GRAVE DE LARGA EVOLUCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), en el mundo hay 970 millones de personas afectadas por un trastorno mental que dificulta su vida de manera considerable. Sufren de una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento, que, por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. En Europa, el 38,2% de los europeos, que representa aproximadamente a 165 millones de personas, sufre algún tipo de trastorno mental. En España, 3 de cada 10 españoles padecen algún trastorno de salud mental y entre el 2,5 y el 3% de la población adulta tiene una enfermedad mental grave, lo que equivale a más de un millón de personas, según resultados de la Encuesta Nacional de Salud en España (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

El último informe mundial sobre salud mental publicado por la OMS (2022), considera la esquizofrenia, en su estado agudo, como el más perjudicial de los trastornos mentales y al trastorno bipolar el que mayor riesgo de suicidio presenta entre las personas que lo padecen. Los datos a nivel mundial indican que aproximadamente padecen esquizofrenia uno de cada 200 adultos, equivalente a unos 24 millones de personas, llegando a la cifra de 40 millones en el caso del trastorno bipolar.

En España estos valores se corresponden a un 3,7% de la población española para la esquizofrenia y el 1,2% para el trastorno bipolar, según los datos del informe anual sobre la salud mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2020).

1.1.1. Esquizofrenia

En términos generales la esquizofrenia, vocablo atribuido a Eugen Bleuler en 1911, es una enfermedad mental grave que se caracteriza por una variada sintomatología que incluye los síntomas clásicos conocidos de la psicosis: el delirio (pérdida de la verificación de la realidad) es decir, se pierde la capacidad para establecer la diferencia entre las experiencias internas y las sensaciones (percepciones) del mundo exterior y las alucinaciones (sobre todo las

auditivas). Pero también presenta desorganización del pensamiento, reducción de las emociones, del lenguaje y de la motivación, regresión en el desarrollo, disminución en la función cognitiva y cambios en tono muscular y actividad, como en el síndrome catatónico. Son comunes los síntomas afectivos, tendencia al abandono de los contactos interpersonales y particularmente la depresión. La esquizofrenia generalmente comienza durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta, de forma repentina o de manera gradual y tiende a presentar un curso crónico fluctuante acompañado de incapacidad. No genera demencia ni trastornos de memoria, de orientación o de tipo intelectual como lo que se puede observar en las enfermedades de origen orgánico (Gejman y Sanders, 2012).

En la siguiente tabla 1 se expone las dos categorías en las que se clasifican los síntomas de la esquizofrenia.

Tabla 1. *Clasificación de los síntomas de la esquizofrenia*

Síntomas positivos	Síntomas negativos (déficits)
Exceso o distorsión de las funciones normales	Disminución o pérdida de las funciones normales
Alucinaciones (proceso de la percepción)	Embotamiento afectivo
Ideas delirantes (comprobación de la realidad)	Pobreza de habla
Anosognosia (falta de conciencia de enfermedad)	Abulia o apatía
Lenguaje desorganizado o incoherente	Anhedonia
Comportamiento desorganizado y extravagante	Mutismo
	Aislamiento social

Fuente: Elaboración propia.

Ningún síntoma, de manera aislada, es propio de la esquizofrenia y no todos ellos están presentes en cada persona diagnosticada.

La investigación en las últimas décadas sobre este trastorno, que a menudo es de tipo crónico, ha permitido determinar una secuencia evolutiva de la enfermedad, que va desde los momentos prodrómicos; fases precoces de la psicosis, fase de estado mental de alto

riesgo o prodrómica, la fase de primer episodio psicótico y la fase de recuperación y período crítico; hasta el establecimiento del trastorno esquizofrénico y su posterior evolución.

Las fases características de la esquizofrenia, sirven más de estructura para el enfoque terapéutico que de delimitación clara y absoluta, ya que en la realidad se entremezclan entre ellas y son las siguientes (Líceá, et al., 2019):

- a) *Fase aguda (o crisis)*. El paciente experimenta sintomatología psicótica grave, con delirios, alucinaciones y pensamiento fuertemente desorganizado, además de síntomas negativos intensos, llegando a no ser capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada.
- b) *Fase de estabilización (o postcrisis)*. Se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. Durando unos 6 meses tras el inicio de la crisis.
- c) *Fase estable (o de mantenimiento)*. La sintomatología puede haber desaparecido (pacientes asintomáticos) o es relativamente estable, presentando síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio y, en el caso de que persista, presenta menor gravedad, estando en formas atenuadas no psicóticas, como, por ejemplo, ilusiones en vez de alucinaciones o ideas sobrevaloradas en vez de delirios.

La remisión completa de la enfermedad es muy poco frecuente y varía de un paciente a otro. Según indica la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, la generalización precisa del curso clínico de la esquizofrenia presenta gran dificultad debido a las diferencias en la evolución de la misma en los pacientes, ya que algunos se mantienen estables y, sin embargo, otros suelen experimentar una disminución funcional a lo largo de los años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Es una enfermedad compleja y su característica de "falta de conciencia de enfermedad", complica de manera significativa la adherencia terapéutica, lo que resulta en un bajo cumplimiento con el tratamiento farmacológico.

Se estima que el 25-50% de los pacientes incumplen con su pauta farmacológica, de los cuales el 30-60% lo hacen dentro del primer año (González, et al., 2005). Este

incumplimiento y falta de adherencia da lugar a continuos ingresos hospitalarios en unidades de salud mental.

Según la OMS (2022) un 50% aproximadamente de las personas ingresadas en los hospitales psiquiátricos se les ha diagnosticado esquizofrenia, lo que conlleva, entre otras cosas, un alto coste económico.

En la bibliografía consultada no se recogen específicamente unos criterios de hospitalización para la esquizofrenia, pero teniendo en cuenta los criterios de ingreso hospitalario para el paciente con patología psiquiátrica de Ortega (2003) y lo indicado en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), los posibles criterios serían los siguientes:

- Síntomas positivos con repercusión conductual y/o anímica que precisan contención.
- Riesgo autolítico y/o autoagresivo (claro riesgo de la vida del propio enfermo) y/o riesgo de heteroagresividad (riesgo claro de la vida de otras personas).
- Fracaso del tratamiento que seguía y por lo tanto hay necesidad de iniciar la administración de fármacos que requiere estricta vigilancia por su complejidad y dificultades para el paciente o que requiera profesionales cualificados u otras instalaciones sanitarias.
- Suponga el acatamiento de una orden judicial y/o como primer paso a otros recursos (Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, etc.).

1.1.2. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TB) es un TMG, crónico y recurrente, lo cual implica un deterioro funcional y cognitivo y una disminución de la calidad de vida, que se caracteriza por oscilaciones manifiestas y persistentes en el estado de ánimo del paciente que pasan desde el polo depresivo hasta el maníaco, alteraciones de la emoción y la cognición (alteración del tiempo de reacción, la disfunción ejecutiva o la afectación de la memoria visual o verbal), así como por reiterados cambios de conducta y niveles de energía (Gonzales, 2011).

En la siguiente tabla 2 se presenta la clasificación de los subtipos del TB, en función de su duración e intensidad, de la sintomatología maníaca o depresiva que ocurre en cada episodio o fase.

Tabla 2. Subtipos del trastorno bipolar según el DSM-5

<p>TB tipo I:</p>	<p>al menos un episodio maníaco que cumpla los criterios diagnósticos establecidos. En cualquier momento pueden aparecer episodios de hipomanía o depresión, que no son necesarios para el diagnóstico</p>
<p>TB tipo II:</p>	<p>al menos un episodio hipomaniaco actual o pasado, así como un episodio depresivo actual o pasado. Dichos episodios deben cumplir en todo caso los criterios diagnósticos establecidos</p>
<p>Trastorno ciclotímico (ciclotimia):</p>	<p>síntomas de tipología hipomaniaca y depresiva mantenidos al menos 2 años (1 año en niños y adolescentes), que no cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de episodio hipomaniaco, maníaco o depresivo</p>
<p>TB y trastorno relacionado provocado por sustancias/medicamentos</p>	
<p>TB y trastorno relacionado causado por otra afección médica</p>	
<p>Otro TB y trastorno relacionado especificado:</p>	<p>síntomas característicos del TB que no cumplen los criterios diagnósticos de TB I, TB II y ciclotimia. Esta entidad se utiliza cuando el profesional clínico apunta el motivo específico por el que la presentación no responde a los criterios de un TB específico</p>
<p>TB y trastorno relacionado no especificado:</p>	<p>síntomas característicos del TB que no reúnen los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos expuestos. En esta ocasión, el profesional clínico no especifica el motivo por el que no se cumplen los criterios diagnósticos</p>

Fuente: DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición 17.

A pesar de presentarse a edades tempranas, (el 50% de los casos comienza antes de los 20 años, siendo la media de la edad de inicio de 17 años) el abordaje terapéutico suele comenzar en la edad adulta. Se estima que el periodo de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el establecimiento del diagnóstico, se sitúa entre los 5 y 10 años. Esto es debido a la dificultad en su diagnóstico ya que es complicado distinguir un TB en pacientes en los que se manifiesta un episodio depresivo sin historia clara de manía o hipomanía, siendo la depresión mayor el diagnóstico erróneo más comúnmente emitido en pacientes con TB tipo II (Gonzales, 2011).

Los riesgos más habituales que se suelen presentar en las personas con TB son la ideación suicida, la autolesión y el de heteroagresión, debido a la naturaleza desinhibida, cambiante e impulsiva de estos pacientes, fundamentalmente en los estados maníacos y mixtos.

Por lo general, el cuadro de manía provoca graves cambios en la vida diaria de los pacientes, dificultando al máximo sus actividades sociales y laborales, requiriendo en ocasiones hospitalización. Es durante estos estados cuando se producen los episodios de agitación psicomotriz en personas con TB y generalmente ocurren en periodos de reagudización vinculados frecuentemente a la presencia de síntomas psicóticos.

Dada la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad, el tratamiento a largo plazo es de carácter preventivo, cuyo objetivo es evitar la aparición de episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos o mixtos, y se caracteriza por un abordaje combinado de tipo farmacológico, psicológico y educacional promoviendo un estilo de vida saludable.

Este objetivo de prevención no puede lograrse sin una alianza terapéutica consistente entre el profesional sanitario y el paciente, ya que existe una relación clara y directa entre el tratamiento (o su cumplimiento parcial o discontinuo) y la recaída afectiva. Y tampoco se puede lograr sin saber reconocer e identificar los signos de recaída y factores estresantes específicos que pueden desencadenar nuevos episodios (Gonzales, 2011).

Según la Guía de Práctica Clínica sobre el TB (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), las fases del tratamiento de un paciente con TB son:

- a) *Fase aguda*: principio o durante la descompensación afectiva; habitualmente dura entre 6 y 12 semanas;
- b) *Fase de continuación*: se inicia a partir de la respuesta clínica y finaliza con la remisión total del episodio, su duración es muy variable y con frecuencia la resolución de un episodio se solapa con la irrupción de otro.
- c) *Fase de mantenimiento o de prevención de recaídas de nuevos episodios*.

El tratamiento se establece no como para una mera reducción sintomática del paciente, sino para que gane en autonomía y calidad de vida.

1.2. EPISODIOS AGUDOS EN TMG

1.2.1. Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz es un estado de hiperactividad motora incontenible, en el que el paciente puede moverse de forma acelerada e imparable, realizando gesticulaciones exacerbadas, con pérdida de control. Conlleva una tensión emocional, que le provoca ansiedad, irritabilidad, hostilidad o euforia y presenta una extrema inquietud física, pudiendo reaccionar buscando seguridad, empujando aquello que se le pone por delante o tratando de huir, con inquietud mental, con una desinhibición verbal y con un discurso inconexo con múltiples descarrilamientos y tangencialidad. En ocasiones esta agitación se asocia a manifestaciones de agresividad física o verbal, autodirigida o dirigida a otros (si bien no es habitual) que puede poner en riesgo a la persona y a su entorno cercano.

Este estado de agitación no está reconocido como enfermedad ni por la OMS ni por el DSM-V de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), sino que es clasificado como un síndrome (conjunto de signos y síntomas) característico de múltiples patologías psiquiátricas, múltiples trastornos orgánicos y procesos mixtos (Elizagarate, et al., 2018).

En la siguiente tabla 3 se expone la etiología principal de la agitación psicomotriz.

Tabla 3. *Principal etiología de la agitación psicomotriz.*

	Pacientes con trastornos psicóticos:
	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia • Trastornos delirantes • TB
Agitación psicomotriz de origen psiquiátrico	Pacientes con trastornos no psicóticos:
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos afectivos • Trastornos adaptativos • Trastornos de ansiedad • Trastorno de la personalidad • Discapacidad intelectual
Agitación psicomotriz de origen orgánico	Traumatismo craneoencefálico

	Procesos infecciosos que afectan al SNC
	Hipoxia
	Alteraciones metabólicas
	Epilepsia
	Intoxicación
Agitación psicomotriz de origen mixto	Intoxicación o abstinencia por consumos de sustancias en pacientes con patología dual

Fuente: Elaboración propia

En los servicios de urgencias y psiquiatría es habitual encontrar a pacientes con diferentes patologías que presentan agitación psicomotriz, por lo que es una urgencia psiquiátrica, que requiere de una respuesta inmediata y coordinada por los profesionales sanitarios, para evitar la escalada de descontrol y minimizar los riesgos vinculados al aumento en el nivel de activación (Bustos, et al., 2010).

Una intervención efectiva requiere la presencia de un número de profesionales suficiente y adecuadamente formados en la aplicación de medidas de contención eficaces y con experiencia en el abordaje de situaciones de crisis (Megías, et al., 2016).

El abordaje de la agitación psicomotriz que reasegure y tranquilice a la persona y prevenga la total pérdida de control y aparición de la violencia, precisa de conectar con el paciente, lo que requiere por parte del profesional de asertividad, habilidades de comunicación y relación de ayuda, empatía y capacidad de autoexploración/autoconocimiento (Stowell, 2012).

Es fundamental reducir la estimulación del paciente actuando sobre los factores ambientales y sociales que le rodean y comenzar un proceso de contención verbal o desactivación verbal.

La desactivación verbal es la principal medida no coercitiva ampliamente utilizada ante episodios de agitación de origen psiquiátrico y el primer nivel de actuación con un paciente que no haya perdido el control de forma total.

Este proceso consiste en la utilización de estrategias que hagan pasar al paciente a la acción en el restablecimiento del autocontrol, facilitando la exteriorización de sus pensamientos y

temores, así como las respuestas desactivadoras, mediante relajación, uso de técnicas de respiración, etc., canalizando la manifestación de su malestar, demandas o desacuerdos (Megías, et al., 2016).

1.3.MEDIDAS RESTRICTIVAS EN SALUD MENTAL

Actualmente es muy frecuente el uso de medidas restrictivas en salud mental, definidas como aquellas que limitan la autonomía o libertad individual de decisión frente a la adopción de medidas involuntarias de protección, lo cual conlleva importantes implicaciones bioéticas. Siendo la contención mecánica, el aislamiento, la contención química y la medicación forzada, los procedimientos más repetidamente aplicados durante la hospitalización (Beviá, et al; 2017).

1.3.1. Contención Mecánica

La contención mecánica se define como el método de inmovilización física, para el control conductual del paciente psiquiátrico, mediante el uso de equipamiento autorizado y realizado por personal sanitario entrenado para ello.

Según la OMS, en referencia a todas las declaraciones sobre los derechos humanos relativas a psiquiatría, esta inmovilización terapéutica será admisible en aquellas situaciones de emergencia que supongan una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del paciente o de otras personas y que no pueda alcanzarse por otros medios terapéuticos.

Sin entrar en detalles y para proporcionar una idea de lo que conlleva el procedimiento terapéutico de la contención mecánica, se indica a continuación un resumen del mismo:

La inmovilización terapéutica se realiza mediante sujeciones homologadas; cada uno de los dispositivos asistenciales requiere de sus propios sistemas de sujeción: dos sujeciones en los miembros superiores (cortas), dos sujeciones en los miembros inferiores (largas), una sujeción de abdomen, una banda de sujeción para los miembros inferiores, una sujeción cruzada de tórax (opcional), pivotes de acero y capuchones de plástico con cierre magnético, imán de apertura de los cierres magnéticos (es recomendable que haya dos). El equipo de profesionales que lleven a cabo la inmovilización, al menos cuatro personas,

preferiblemente cinco en caso de pacientes agresivos o con riesgo de agresividad, tiene que estar entrenado para el uso rápido y correcto de todo este material, que tiene que estar siempre preparado para su utilización en caso de urgencia (Mayoral y Torres, 2005).

Una vez contenido, el paciente requiere de una monitorización de signos vitales y periódica valoración integral durante su duración, incrementando la atención y cuidados por parte de los profesionales.

En España la prevalencia de uso gira en torno al 4,5%, siendo la media de duración de sujeción entre 16 horas y lo máximo 4,5 días.

Además del elevado gasto de recursos sanitarios que genera para el sistema de salud, el uso de este procedimiento, puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales además de generar efectos negativos físicos y psicológicos en el paciente (sentimiento de coacción, miedo a nuevas inmobilizaciones, displacer, desprotección, gran estrés físico y emocional). Más allá de garantizar la seguridad del paciente, se trata de un procedimiento que no ayuda a un diagnóstico, no cura y no siempre responde a una necesidad de la persona, y sin embargo la incapacita y puede causarle graves complicaciones (Sailas y Fenton, 2000), repercutiendo en su plan terapéutico (actual/futuro) e incrementar el tiempo de estancia hospitalaria (Garrido, et al., 2015).

1.3.2. Contención química

La contención química o farmacológica se define como la aplicación de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial para abordar una agitación psicomotriz, quedando su uso localizado en los casos en los que la desactivación verbal no ha sido suficiente o no ha resultado eficaz frente a la conducta agitada del paciente tratado.

Se trata prioritariamente de calmar lo bastante a la persona, utilizando la menor dosis posible, sin que llegue a perder la conciencia, con el fin de disminuir el riesgo de que se autolesione o ponga en riesgo a las personas a su alrededor o de que deteriore su entorno.

La vía de administración (oral, inhalatoria o parenteral (intramuscular o intravenosa)) dependerá del grado de agitación, de la sospecha diagnóstica y de la colaboración y aceptación de la medicación del paciente. Siendo la vía oral o inhalatoria preferiblemente la primera opción, ya que la vía intravenosa, siendo más rápida, pero de efectividad similar, en

pacientes agitados puede requerir inmovilización física por la dificultad que presenta la obtención del acceso. Por ello frecuentemente se recurre a la vía intramuscular, aunque requiera de más tiempo conseguir la tranquilización de la persona (Fernández, et al; 2009).

Una reciente revisión sistemática de artículos publicados entre 2010 y 2020 sobre los estudios que han investigado el manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias, refleja la preferencia por la medicación psicotrópica del 81,8%, frente al 45,5% de la contención mecánica (Gallego-Gómez, et al., 2021).

La elección de los fármacos estará condicionada por las características del propio fármaco, su capacidad de sedación, la farmacocinética y la seguridad del paciente. Preferiblemente deberá reunir las siguientes propiedades:

- Inmediatez en el inicio de la acción
- Fármaco de acción corta
- Escasos efectos secundarios
- Ausencia de contraindicaciones
- No interacción con otros fármacos

Entre los fármacos que se utilizan en la contención química, benzodiazepinas y antipsicóticos, García y Bugarín (2012) indican que deben ser los más adecuados, rápidos y seguros para poder retirarlos cuanto antes.

Las benzodiazepinas están indicadas en situación de agitación y diagnóstico incierto, en los que predominan las manifestaciones ansiosas, por ejemplo, de miedo y pánico y el paciente no presenta síntomas psicóticos, actividad delirante o alucinatoria ni problemas respiratorios. Son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) con un efecto sobre el paciente: hipnótico, anticonvulsivo, ansiolítico, amnésico y miorelajante. Producen una sedación rápida y es preferible su administración por vía intravenosa. Los más utilizados son: Midazolam, Lorazepam, Diacepam y Alprazolam (Stucchi-Portocarrero, et al., 2014).

Los antipsicóticos o neurolepticos están indicados en las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y posibles dificultades respiratorias. Pudiéndose administrar solos o conjuntamente con las benzodiazepinas. El fin

de estos fármacos es el control de la hiperactividad, la excitación y la ansiedad. Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales que se tratan con biperideno. Los más utilizados son: Haloperidol, Clorpromazina y Levomepromazina (Stucchi-Portocarrero, et al., 2014).

La utilización conjunta de benzodiazepinas y antipsicóticos proporciona una mayor inmediatez en el inicio de la acción, siendo necesaria una dosis menor y con un riesgo de aparición de efectos adversos inferior. Las dosis son muy variables en función del paciente, del consumo de tóxicos o del uso de otra medicación concomitante (Gallego-Gómez, et al., 2021).

1.3.1. Aislamiento terapéutico

El aislamiento terapéutico es una de las intervenciones más antiguas que aún se utilizan para tratar a pacientes con enfermedades mentales. Esto significa colocar al paciente en una habitación cerrada para separarlo del entorno, limitando temporalmente la actividad sensorial en pacientes vulnerables a distorsiones perceptivas e incapaces de crear barreras sensoriales con su propia percepción, proporcionándoles un ambiente monótono y silencioso. Es una medida menos restrictiva que la coerción física y se utiliza en caso de desorganización importante o disociación psicósomática, especialmente en urgencias y hospitalizaciones, en situaciones en las que es necesaria una actuación rápida para prevenir y contener posibles actos de violencia y siempre que el estado de la persona lo permita.

Como medida restrictiva que es, requiere de una indicación a juicio clínico del personal médico y de su supervisión continua, de un tiempo mínimo estrictamente necesario, de un espacio físico (habitación generalmente) que garantice la seguridad del paciente y procurando el máximo confort de la persona, monitorizándolo a intervalos frecuentes. Es decir, requiere de medidas de acompañamiento y control continuo por parte del personal sanitario proveyendo al paciente de todos los cuidados humanos posibles.

Según Escobar-Córdoba y colaboradores (2009), la literatura científica indica una amplia disparidad tanto en el uso de la medida como en el tiempo de duración de la misma. Las tasas de uso del aislamiento se ven más influidas por factores no clínicos, como prejuicios culturales, percepciones del personal sanitario o reglas de funcionamiento hospitalario, que

por características clínicas. Y el tiempo de aplicación de la medida presenta una falta de correlación entre la duración, precipitantes y diagnóstico.

Megías y colaboradores (2016), indican que el aislamiento debe estar justificado, siendo únicamente usado en situaciones de emergencia, si es necesario garantizar la seguridad física del paciente o cuando otras intervenciones han demostrado ser insuficientes. Y está contraindicado como sustituto del tratamiento, cuando se utiliza como castigo, por conveniencia del personal sanitario o cuando resulta ser un reforzador positivo para el paciente por su conducta inapropiada.

En todo caso, tal como propone Escobar-Córdoba y colaboradores (2009), se necesita mayor investigación sobre eventos adversos durante el aislamiento o comparaciones con otras intervenciones para poder realizar recomendaciones fundamentadas en la evidencia sobre los efectos de esta medida.

1.4. PRESCRIPCIÓN "PRO RE NATA"

"*Pro re nata*" es una expresión en latín utilizada en medicina, que literalmente significa "*por la cosa nacida*", según recoge como definición el diccionario médico Stedman (2023).

Su acrónimo PRN se usa en las prescripciones medicas para indicar que la administración de una medicación es "si precisa", "como se requiere" o "a demanda", quedando su suministro a criterio del cuidador o a solicitud del paciente, en lugar de en un horario prefijado.

Hilton y Whiteford, (2008) advierten de la existencia de lagunas en cuanto a las evidencias de los datos publicados que respalden el uso de PRN en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Sin embargo, sí señalan que hay certidumbre en el hecho de que el uso de la medicación PRN está asociada con un mayor riesgo de morbilidad, o bien porque puede conducir a una sobredosis, o por la polifarmacológica del paciente, complicando la evaluación de la efectividad de la medicación pautada regularmente de forma programada.

La prescripción de PRN es una práctica común y aunque puede ser razonable en algunos casos, existen vacíos importantes en lo referente a la razón de los criterios de prescripción, para los casos en los que no se indica un límite en el número de dosis por día o el tiempo de validez de la misma, siendo en un porcentaje significativo de casos, que esta prescripción

siga vigente durante muchos años. Este hecho puede ser una causa más que probable de la alta frecuencia de interacciones farmacológicas, ya que, mientras las prescripciones PRN se mantiene sin limitación en el tiempo, la medicación basal puede ir variando, ocasionando potenciales interacciones entre ambas (Pol, 2018).

Si consideramos el tipo de fármaco PRN y el motivo de la prescripción, en pacientes con TMG, en numerosas ocasiones tienen que ver con el comportamiento del sujeto. Es un hecho evidenciable la efectividad de uso de antipsicóticos y/o benzodiazepinas PRN en el control de la agitación en el entorno psiquiátrico. Los datos arrojan cifras de entre el 77 y 97% de las prescripciones PRN fueron para "si agitación", siendo las benzodiazepinas el medicamento más recetado en estas condiciones, en centros psiquiátricos para cuidados de agudos (Pol, 2018).

Una forma de racionalizar el uso de esa medicación ante episodios de crisis, podría ser aplicar medidas alternativas en el abordaje de los mismos, como el que se propone en el presente trabajo. Pero los criterios de decisión en su prescripción o incluso el uso de medidas alternativas deberían dimanar de un análisis individual del paciente considerando todas las variables causales, físicas, psicológicas y ambientales origen de la crisis.

1.5. MEDIDAS ALTERNATIVAS: SALAS DE LA CALMA

Una alternativa a las prácticas coercitivas utilizadas con éxito en unidades con pacientes psiquiátricos agudos hospitalizados ha sido la llamada "*comfort room*" (sala de la calma), denominada así por ser utilizada inicialmente en países anglosajones. Es un espacio diseñado y equipado con elementos que permiten poner a prueba los sentidos a través de estímulos visuales, auditivos, olfativos y táctiles del paciente con el fin de crear un ambiente físicamente confortable. La atmósfera adecuada permite a los profesionales a través de un abordaje verbal enseñar a los pacientes a explorar estrategias de afrontamiento del estrés saludables y, por tanto, reducir su agitación psicomotora y/o su conducta agresiva sin necesidad de la utilización de sujeciones mecánicas y/o químicas (Champagne y Stromberg, 2004).

En este sentido, varios estudios han demostrado que estas salas contribuyen a una mayor satisfacción y reducción del estrés en pacientes psiquiátricos agudos, así como a una reducción del porcentaje de contenciones realizadas (Cummings, et al., 2010).

En España, varias Unidades Psiquiátricas de Hospitales disponen de este tipo de espacios probándolo con éxito en numerosos pacientes. A continuación, se expone un resumen cronológico de más antiguo a más reciente, de las experiencias narradas, publicadas en diferentes medios de prensa, por los distintos responsables de su puesta en marcha.

En abril de 2017, la versión digital del periódico La Opinión de Murcia publica una nota de prensa donde se comunica la puesta en funcionamiento, por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Murcia, de una "sala de confort" en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UPH) del Hospital Santa Lucía de Cartagena. La noticia relata que el objetivo principal de la iniciativa es crear un espacio dedicado a humanizar la atención al paciente en situaciones de crisis, permitiendo a los profesionales utilizar una alternativa a los enfoques coercitivos como tratamiento convencional para reducir la agitación y el comportamiento agresivo en algunos casos. Esta sala, apunta, permite a los pacientes reducir el estrés, la agitación o la agresión a través de los sentidos al experimentar estímulos visuales, auditivos, olfativos y táctiles, creando un ambiente más apropiado para que la persona se calme (Galindo, 2017).

El 7 de diciembre de 2019 sale una publicación digital de Europa Press Murcia, donde se recoge una valoración de los dos años de funcionamiento de esta sala de confort. Laura Belinchón, jefa del servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Lucía por aquel entonces, señalaba la buena aceptación y resultados positivos que estaba teniendo, tanto para los pacientes como para los profesionales, destacando como una mejora conseguida, el cambio que había supuesto en la relación profesional-paciente en situaciones de crisis, en que este había dejado de percibirlo como una posible amenaza, por el posible uso de medidas coercitivas, facilitando así la intervención a través de la contención verbal. En esta sala, señala, se crea una atmósfera adecuada a través de los sentidos, experimentando estímulos sensoriales, donde se enseña a los pacientes a explorar estrategias de afrontamiento saludable del estrés con el objeto de disminuir sus conductas agresivas sin necesidad de utilizar la contención física, química o el aislamiento (Europa Press Murcia, 2019).

El Diario Vasco publica el domingo 1 de marzo de 2020 en su redacción digital, una noticia referente al Hospital Psiquiátrico de Álava, en la que se comenta el proyecto liderado por la supervisora de enfermería María Olalde, en la Unidad de Rehabilitación funcional Psiquiátrica del Hospital. Este consiste en la puesta en funcionamiento de una "sala de confort sensorial" o "sala de la calma" que ha sido diseñada para que ante un estado de agitación o de estrés el paciente se encuentre con sus emociones y las pueda reconocer y aprender a controlar con ayuda de un profesional de referencia para él. Cada paciente dispone de una ficha sensorial de preferencia, previamente establecida, que se tendrá en cuenta cuando use la sala por consejo del personal sanitario o por petición propia. Se pretende facilitar herramientas que aumenten la calma y el autocontrol y que este aprendizaje lo pongan en práctica en su entorno natural fuera del hospital (Cancho, 2020).

En septiembre de 2020, la Sala de prensa del departamento de salud del Hospital La Fe de Valencia, así como el periódico digital ABC, recogen la noticia de la consolidación, tras año y medio de funcionamiento, de una sala sensorial, denominada "L'Espai", para mejorar la atención a jóvenes con problemas de salud mental grave en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantojuvenil del Hospital La Fe de Valencia. En L'Espai cada paciente está acompañado por personal sanitario y según su plan individualizado de cuidados, elige aquello que le ayude a tranquilizarse, dónde quiere sentarse, su música, la intensidad de luz que prefiera, para facilitarle la recuperación del autocontrol y reducir su nivel de ansiedad (ABC, 2020, sección Sanidad). En palabras del supervisor de Enfermería de la sección Infantojuvenil de Salud Mental de La Fe, Nacho Tarazona, los resultados preliminares son "alentadores" (La Fe consolida el funcionamiento de una sala sensorial para mejorar la atención a jóvenes con problemas de salud mental grave, 2020).

La Revista digital Enfermería en Desarrollo en su número 28 del 1 de octubre de 2021, publica un artículo, en su sección "Calidad Percibida", en el que se describe el uso de la sala de confort sensorial de la Unidad de Rehabilitación Funcional del Hospital Psiquiátrico de Álava y una valoración por parte de dos de las responsables del proyecto que aún siguen formando parte de él. Se indica que tras la intervención en la sala e incluso solo con entrar en ella, casi sin intervención alguna, se podía comprobar la mejora en la ansiedad de pacientes agitados y muy agitados (Salas de Confort Sensorial en Salud Mental, 2021).

La noticia más reciente la publica El Diario de Navarra, en el mes de abril de 2022, donde se comenta la inauguración de dos espacios multisensoriales, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Navarra. Estos espacios están destinados a la intervención preventiva en situaciones de "gran ansiedad y tensión psíquica", según apunta el ejecutivo foral para este diario. Sobre la dotación de estas salas, menciona que cuentan con una ambientación, sonorización y acomodación que favorecen la relajación y la tranquilidad como medio de disipación de la tensión, ayudando a la persona en su autocontrol y en el manejo de estas situaciones de agitación (Diario de Navarra, 2022).

Tal y como se puede leer, estos espacios son cada vez más utilizados en nuestro país y con pruebas de éxito en las Unidades Psiquiátricas que llevan más tiempo de uso.

Todas estas acciones coinciden en un marco común de actuación, dentro del cambio internacional en el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, que implica el compromiso con el proceso de humanización de la asistencia a personas con TMG y un modelo asistencial centrado en el paciente, en el que prima su autonomía e independencia individual en su proceso de recuperación.

1.5.1. Desescalada verbal

En el contexto actual de modelo asistencial enfocado en métodos de recuperación, que minimicen el uso de medidas coercitivas, está derivando en la reducción de la necesidad de utilizar el aislamiento y la contención mecánica, como medidas para minimizar el estado de agitación y los riesgos asociados a las mismas, tanto para los pacientes como para los profesionales de los servicios de salud.

Esta situación, según señalan Knox y Hollman (2012), está derivando hacia un abordaje verbal del paciente y su situación de crisis, a través de técnicas de desescalada y relación de ayuda, con el objetivo, además de disminuir su estado de agitación y los riesgos vinculados, de mejorar la alianza terapéutica entre paciente y profesional.

Si bien, a pesar de que se recomiendan y usen como técnicas de primera línea ante estos episodios, no existe un modelo aceptado por toda la comunidad científica y el conjunto de habilidades básicas no está descrito de forma consensuada. Probablemente, existen pocos estudios evaluando este tipo de intervenciones, basándose la mayoría de las investigaciones

en la opinión de expertos, debido a las dificultades en investigación que presenta un tema tan impredecible (Mavandadi, et al., 2016).

Han sido múltiples los protocolos y recomendaciones desarrolladas con objeto de homogeneizar estas técnicas, siendo un ejemplo de ello el proyecto de la Asociación Americana de Psiquiatría de Emergencias (AAPE), de buenas prácticas para la evaluación y tratamiento de la agitación (BETA). Creado como una herramienta útil para la prevención de la agitación psicomotriz y de la contención mecánica, utilizando pautas de actuación que pretenden estandarizar la desescalada verbal. Este proyecto BETA, según indica Stowell (2012), propone la técnica de desescalada en diez dominios acerca de la comunicación, verbal y no verbal, valoración, medidas ambientales y educación en la práctica a los profesionales y son los siguientes:

1. Respetar el espacio personal del paciente.
2. Evitar actitudes provocadoras.
3. Establecer contacto verbal.
4. Ser conciso, utilizar un lenguaje sencillo.
5. Identificar deseos y sentimientos.
6. Utilizar la escucha activa.
7. Estar de acuerdo o estar de acuerdo con el desacuerdo. Esto es, tratar de alcanzar acuerdos con el paciente en cuestiones generales. En situaciones minoritarias, incluso consensuar estar de acuerdo con el hecho de no coincidir con las opiniones o posturas del paciente.
8. Poner límites razonables y de forma respetuosa.
9. Ofrecer opciones y mantener el optimismo.
10. Si han sido necesarias intervenciones coercitivas, es muy importante hablar de ello con el paciente una vez el episodio ha pasado.

Según el consenso de los autores del proyecto BETA (Stowell, 2012), un paciente que comienza a agitarse puede llegar a calmarse, sin necesidad de medicación o contención física, mediante la contención verbal, en un tiempo estimado de 5 a 10 minutos aproximadamente.

Las técnicas de desescalada verbal persiguen los siguientes objetivos:

- Garantizar la seguridad del paciente, del personal sanitario y de las personas próximas.
- Introducir límites conductuales claros, ayudando al paciente a administrar sus emociones y angustia, y a recuperar su autocontrol conductual.
- Alcanzar una alianza terapéutica que permita asegurar su participación en su propio proceso terapéutico de toma de decisiones.
- Reducir la hostilidad y agresividad previniendo posibles episodios de violencia, con el objetivo de eliminar el uso de medidas de contención más coercitivas.

En el anexo C se detallan las pautas para la desescalada verbal basadas en el proyecto BETA que se van a tener en cuenta en la propuesta de intervención del presente trabajo.

Al final, tal y como señala Cole (2014), cuando se resuelve la agitación de manera no violenta es un triunfo tanto para el paciente, como un éxito por su eficacia para el personal sanitario, minimizándose en ambos las repercusiones físicas y psicológicas de otros tipos de medidas coercitivas.

1.5.2. Modulación sensorial

La teoría de la modulación sensorial fue desarrollada por Jean Ayers a finales de los años 60 en los Países Bajos, para niños con trastornos del procesamiento sensorial.

Una definición sobre modulación sensorial la realizan la doctora Miller y colaboradores (2007) como "la capacidad de regular y organizar el grado, la intensidad y la naturaleza de las respuestas a la información sensorial de manera gradual y adaptativa para lograr y mantener un rendimiento óptimo y adaptarse a desafíos en la vida diaria".

Más adelante se observó que la aplicación de los principios de esta teoría, tenía beneficios en los pacientes con problemas de salud mental y fue adaptada, durante las décadas de los 70 y 80, por la doctora Lorna Jayne King, para tratar trastornos del procesamiento sensorial asociados con un trastorno de esquizofrenia. A partir de los 90 y sobre todo en los últimos años, el uso de enfoques de modulación sensorial en entornos de salud mental se expandió rápidamente, encabezado por la terapeuta profesional estadounidense Tina Champagne y

apoyado por las directrices internacionales cuya prioridad es la de eliminar el uso de prácticas restrictivas en las unidades psiquiátricas conforme indican Scanlan y Novak (2015).

Estos enfoques se centran en el uso de entornos, equipos y actividades para regular las experiencias sensoriales de la persona y optimizar su bienestar fisiológico y emocional (Sutton, et al., 2013).

Scanlan y Novak (2015) apuntan que países como Australia, Nueva Zelanda, los Estados Unidos y el Reino Unido ya han incluido en su práctica hospitalaria diaria, el uso de las "comfort rooms", salas sensoriales o de modulación sensorial, diseñadas como espacios terapéuticos que proporcionan información sensorial predominantemente relajante a una variedad de sentidos, formando parte de la intervención.

En España, como se ha mencionado en el apartado anterior, son varias las unidades psiquiátricas de hospitales que han puesto en funcionamiento estos espacios como apoyo sensorial, principalmente con fines de desescalada de crisis y/o prevención.

Una forma específica de sala sensorial, es la conocida como sala "Snoezelen", originaria de los Países Bajos y cuyo diseño proporciona estimulación sensorial intensiva tanto como efecto calmante como estimulante, muy utilizadas en centros de atención temprana con niños menores de entre 0 a 3 años, con algún tipo de trastorno en su desarrollo.

Según la terapeuta Tina Champagne (2023), la denominación de "sala sensorial" engloba una gran variedad de diseños de espacios terapéuticos utilizados para:

- Ayudar a crear un espacio seguro.
- Facilitar la alianza terapéutica.
- Proporcionar oportunidades para participar en estrategias de prevención y desescalada de crisis, así como una serie de otros intercambios terapéuticos.
- Promover el autocuidado, la resiliencia y la recuperación.

Si bien parece que el uso de estas salas es cada vez mayor en salud mental, actualmente hay pocos estudios publicados sobre su efectividad en este campo y/o su comparación con otro tipo de intervenciones.

2. Justificación

Las medidas restrictivas en el ámbito internacional de la salud mental son frecuentemente empleadas para abordar estados de agitación. En servicios de psiquiatría es habitual establecer una pauta farmacológica PRN, según la necesidad o circunstancia del paciente, siendo las razones de prescripción en la mayoría de los casos por contención o conducta del paciente. En esta tipología de pacientes en la que la expresión o la capacidad de comunicación de los sujetos está limitada por su estado mental, la causa de una agitación puede estar manifestando una gran variedad de etiologías físicas o psíquicas que precisarían un análisis particularizado a las circunstancias del paciente e incluso, de la propia situación que origina dicha crisis (Al-Sughayir, 2017).

La evolución internacional en los tratamientos de salud mental hacia una orientación de recuperación, significa que los profesionales de la salud deben aplicar métodos menos coercitivos y abordajes según planes de intervención individualizados en ambientes residenciales. Esto lo recogen las declaraciones a nivel gubernamental como la Convención Internacional de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad, en la sede de Nueva York de las Naciones Unidas, reconociendo a las personas con discapacidad, con autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar decisiones, y en la que España, se adhirió con carácter vinculante (Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, 2008) o la publicación de 2019 por la OMS, en sus recomendaciones relativas a las estrategias para poner fin al aislamiento y restricción de personas en situación de vulnerabilidad, e incluso más reciente los cambios legislativos en el estado español, con la publicación en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de la Ley 8/2021 el 2 de junio de 2021, donde se reforma la legislación civil y procesal española, para asegurar apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, muestran ese cambio en el modelo asistencial y de intervención.

En los últimos años, se ha incrementado de manera importante el interés sobre el uso de salas sensoriales y estrategias basadas en los sentidos, como herramientas adicionales en el manejo de sintomatología, que se centran en la recuperación del paciente, permitiéndoles

adquirir habilidades de autocontrol y autogestión para su regulación emocional (Miller, et al., 2007).

En salud mental, según señala la investigadora Miriam Aragonés (2021), cuando el paciente está estresado, disminuye su capacidad de pensar y resolver problemas, lo que reduce su capacidad de aprovechar las terapias cognitivas y requiere de otros métodos como pueden ser los sensoriales. Por ello las salas de modulación sensorial o salas de la calma, suponen facilitar nuevas oportunidades a los pacientes que experimentan síntomas agudos para regular sus propias respuestas emocionales y conductuales.

Muchos estudios y revisiones han mostrado que las intervenciones basadas en la modulación sensorial y autorregulación emocional mediante el uso de estas salas, mejoraron el estado anímico, calman físicamente al paciente, favorecen el autocuidado y facilitan la relación terapéutica entre paciente y profesional, en cambio la investigación a nivel internacional es escasa al respecto.

En una reciente revisión sistemática, realizada por Dongfei y colaboradores (2021), se encontraron tan solo 16 estudios con datos concluyentes en cuanto a los resultados de la aplicabilidad de estas intervenciones y sus efectos en pacientes. Estos estudios se llevaron a cabo en países como Estados Unidos, Australia, Suiza, Nueva Zelanda, Reino Unido, China y Países Bajos. En España, no consta la realización de estudio alguno, si bien se tiene conocimiento de diferentes experiencias clínicas en Unidades de Hospitalización Aguda Psiquiátrica (UHP) y Unidades de Rehabilitación Psiquiátrica (Aragonés, 2021).

Es una temática novedosa en cuanto a plantear la intervención en el ámbito residencial y de atención diurna no hospitalaria para personas con TMG, pretendiendo que el presente trabajo sirva como incentivo para iniciar propuestas de intervención similares y pueda encaminarse hacia la realización de una investigación futura en este contexto.

3. OBJETIVOS

3.1.OBJETIVO GENERAL

La propuesta de intervención tiene como objetivo general, explicar la efectividad del uso de salas de modulación sensorial/salas de calma, en la autorregulación emocional de personas con TMG de larga evolución en contextos residenciales y/o diurnos, durante periodos de angustia o crisis emocional.

Explicando la efectividad del uso, además de los beneficios que puedan suponer para los usuarios, se podría intentar establecer un perfil potencial de usuario, así como sus beneficios y contraindicaciones en futuras investigaciones.

3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para lograr este objetivo general, se ha dividido en cuatro objetivos específicos:

- Disminuir las medidas coercitivas (contención mecánica y contención química) ante episodios de agitación y/o hetero-agresividad. Antes de dar medicación PRN o aislamiento.
- Proporcionar un espacio de apoyo que facilite la desescalada emocional para aumentar el bienestar general del personal usuario de los recursos residenciales y diurnos en cuanto al manejo de episodios críticos. Que identifiquen un espacio diferente para los momentos menos buenos.
- Intentar mantener niveles funcionales de estimulación durante episodios críticos que eviten el aislamiento personal y ayuden a mejorar la comunicación entre el profesional y el usuario. A través de la estimulación sensorial que se suele perder menos que la cognición, evitar su aislamiento y favorecer la comunicación entre paciente y profesional.
- Ayudar a las personas con TMG, de larga evolución en contextos residenciales y/o diurnos, a aumentar su capacidad de regulación emocional y autonomía durante períodos de angustia y crisis.

Con todo ello se pretende que el paciente, con la elección del espacio, del profesional que le acompañe y encontrando en dicho espacio los estímulos que más le gusten, le haga darse

cuenta que lo ha elegido él mismo y que son sus propias herramientas para esos momentos, con el fin último de que aprenda a utilizar la sala de la calma por ellos mismos sin necesidad de un acompañamiento profesional.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1. CONTEXTUALIZACIÓN

La propuesta de intervención pretende evidenciar la efectividad del uso de salas de modulación sensorial o salas de la calma durante los episodios de agitación psicomotriz, angustia y crisis emocional en personas con TMG. Estas salas suponen brindar una oportunidad a la persona para aprender a autorregular su respuesta emocional y conductual ante estos episodios, mejorando y calmando su estado anímico y físico, facilitando la relación terapéutica entre paciente y profesional, suponiendo una disminución del uso por parte de los profesionales de métodos de contención más coercitivos.

El trabajo también pretende encaminarse a realizar futuras investigaciones en contextos residenciales y de atención diurna no hospitalaria, sobre el impacto de su uso en los síntomas agudos durante los episodios de crisis, el establecimiento de un perfil de usuario/a potencial de uso, así como de sus beneficios y contraindicaciones.

4.2. PARTICIPANTES

Se propone realizar el estudio con personas con TMG que dispongan de plaza residencial en centros específicos para personas con enfermedad mental crónica (CEEM) y recursos en régimen ambulatorio; Centro de día (CD) y Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) y que respondan a los criterios de inclusión. La muestra se realizará mediante muestreo por conglomerados de una sola etapa. Se creará un listado numerado de todos los participantes que cumplan con los criterios de inclusión definidos en el siguiente apartado. De este listado, se seleccionarán aleatoriamente un total de X usuarios de diferente tipología de asistencia (CEEM, CD y CRPS), utilizando un listado de números aleatorios generados por ordenador.

Con ellos se realizará un grupo experimental y un grupo control, cuya diferencia radicará en el uso de la sala de la calma por parte de los sujetos participantes del grupo experimental. El manejo de los episodios de crisis por parte del personal sanitario del centro será en ambos grupos la contención verbal, basadas en las pautas de desescalada verbal según el proyecto BETA (Anexo C).

4.2.1. Criterios de inclusión

Los participantes deberán cumplir con los criterios de inclusión:

- Estar en una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener un diagnóstico clínico de TMG de al menos 5 años de evolución.
- Disponer de seguimiento psiquiátrico habitual (unidades de salud mental y/o seguimiento psiquiátrico privado).
- Haber obtenido una puntuación mayor o igual a 26 en el test de MOCA porque es el punto de corte para el deterioro cognitivo moderado.
- Firmar un consentimiento informado y aceptar participar en un proceso de evaluación. En caso de que la persona esté curatelada o tenga medidas de apoyo bien por familiares o por la administración, se solicitará la autorización a dicho tutor/a.

4.2.2. Criterios de exclusión

Los participantes deben cumplir con los siguientes criterios de exclusión:

- Presentar problemas graves de salud que hayan requerido más de dos ingresos en los últimos seis meses
- Ser usuario/a recurso residencial y/o diurno un tiempo inferior a 6 meses.
- Deterioro cognitivo que impida entender el estudio o las indicaciones (puntuación menor de 26 en el MOCA o menor de 12 en el MMSE).

4.3. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Los participantes serán evaluados utilizando los siguientes instrumentos en función de las siguientes variables mencionadas a continuación.

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, actividad profesional, situación laboral, nivel educativo y económico.
2. Variables relacionadas con el trastorno: diagnóstico psiquiátrico principal, diagnóstico psiquiátrico secundario, edad de inicio, años de evolución, grado de discapacidad reconocida, situación legal (incapacitación, curatela, etc.) régimen interno o ambulatorio, tiempo de uso de recurso ambulatorio/residencial.

3. Variables relacionadas con el uso de psicofármacos. Se utilizará el cuestionario de consumo de psicofármacos de elaboración propia (Anexo D), donde se recogerá la pauta de consumo de psicofármacos (cantidad, frecuencia de consumo y tipo de pauta médica ordinaria o PRN) y derivaciones a UHP de agudos.
4. Cuestionarios sobre otras variables psicológicas y bienestar percibido.
 - a. Cuestionario ENAR-CPB. Escala de valoración de los niveles de atención residencial para personas con TMG. Este instrumento evalúa al residente en seis dimensiones 1. dimensión física, 2. dimensión clínica, 3. actividades de la vida diaria (AVD), 4. autonomía y autogobierno, 5. relaciones interpersonales y 6. bienestar personal e integración en el entorno, complementándose por parte de los profesionales del centro, con la observación estructurada y conocimiento del usuario (Fierro, et al., 2012).
 - b. Evaluación de necesidades de Camberwell (versión corta) versión española (CAN_R), traducida por el Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental, del Camberwell Assessment of Need (CAN), desarrollado por el Instituto de Psiquiatría de Londres. Evalúa un amplio rango de necesidades humanas además de las específicas de pacientes psiquiátricos de larga evolución y cuya finalidad es orientar y evaluar la eficacia de los planes de cuidados (Jiménez, et al., 2010).
 - c. Escalas de evolución HoNOS (versión española de la Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)), que mide el progreso, cambio o evolución a lo largo del tiempo de diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental en personas de edad comprendida entre 18 y 64 años (Uriarte, et al; 1999).
 - d. El cuestionario EQ-5D-5L de salud para evaluar la calidad de vida, validado para España (EQ-5D) desarrollado por el Grupo EuroQol. Es un instrumento genérico (no hace referencia a ninguna enfermedad específica) y estandarizado, que describe y valora la calidad de vida relacionada con la salud. Consta de 2 partes, el sistema descriptivo EQ-5D y la Escala Visual Analógica. El sistema descriptivo EQ-5D comprende cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión (Cabase, 2015).

- e. Sintomatología ansioso-depresiva. Se evaluará mediante la herramienta ultracorta PHQ-4 (Kroenke, et al., 2009), en su versión española (Cano-Vindel, et al., 2018). Esta escala consta de cuatro ítems, dos para la evaluación de la depresión (PHQ-2) y dos para la evaluación de la ansiedad (GAD-2), con escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos. La prueba ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con α de Cronbach superiores a 0,80 para la puntuación total y las subescalas, incluso en diferentes modalidades de aplicación (Cano-Vindel, et al., 2018).
- f. Cuestionario de Satisfacción 1 y 2, de elaboración propia (Anexo E y F), con el programa de intervención y valoración subjetiva de la experiencia en uso de la sala de la calma tras episodio de agitación y/o desregulación emocional. Se utilizarán sendos cuestionarios en diferentes momentos, con los que se obtendrá el nivel de satisfacción y sensación autopercebida de la persona tras el uso de la sala.

4.4. COMPETENCIAS

Las competencias exigibles al personal profesional sanitario que va a acompañar al usuario en la sala de la calma serán las siguientes:

Psicólogo: Grado en Psicología.

Enfermero: Grado en Enfermería.

Ambos profesionales deberán tener:

- Experiencia demostrada en centros de salud mental.
- Formación en técnicas de desescalada verbal y manejo de contingencias de desregulación emocional y acompañamiento.
- Requisitos actitudinales de personalidad y habilidades deseables en un buen profesional, según se detallan en la siguiente tabla 4.

Tabla 4. Habilidades y actitudes deseables en un buen profesional.

ESCUCHA Y EMPATÍA	Está atento a las necesidades de las personas, se muestra cercano y disponible. Es capaz de ponerse en el lugar del otro y comprender lo que la persona siente en una situación concreta.
PROACTIVIDAD	Busca alternativas ante las dificultades, no se queda parado. No espera a que le digan siempre lo que hay que hacer. Huye de la actitud "esto no es cosa mía". Asume responsabilidad cuando es necesario encontrar nuevas soluciones.
OBSERVACIÓN	Está atento a las necesidades de las personas y sus diferentes estados en el día a día. Sabe captar e interpretar con objetividad lo que influye en cada comportamiento y situación. Es capaz de observar desde la lógica de las necesidades y deseos de la persona.
CONFIANZA Y CONFIDENCIALIDAD	Sabe crear un entorno de relación seguro y confortable para las personas. Es capaz de generar vínculos emocionales con las personas desde el respeto.
TOLERANCIA	Es capaz de aceptar a las personas de forma incondicional y respetarlas. Sabe poner límites sin perder el respeto y dañar a las personas.
PRUDENCIA	Busca opciones intermedias, soluciones nunca extremas. Buscar evitar el daño a los demás Busca la mejor opción dentro de lo posible Consulta y delibera con otros profesionales En situaciones complejas no actúa impulsivamente ni toma decisiones "en caliente".

PACIENCIA	Es capaz de adaptarse al ritmo de la persona usuaria, ayudándola, acompañándola sin impacientarla ni generarle angustia.
EMPODERAMIENTO DEL OTRO	Se ocupa y preocupa de capacitar a las personas usuarias. No da nada por imposible. Busca oportunidades y apoyos para que las personas tomen decisiones y controlen su vida cotidiana en la medida de sus capacidades.
POLIVALENCIA	Se ocupa de la atención integral en el día a día de las personas, entendiendo que debe prestar apoyo a las diferentes actividades cotidianas, no sólo a las de índole sanitario. Está capacitado para desarrollar sus cometidos profesionales.
HUMILDAD	Se muestra abierto a la revisión, a aprender, reflexionar sobre qué puede cambiar para mejorar. No se considera en posesión de la verdad. No se muestra arrogante ni superior a los demás. Pone en valor a los otros, no los descalifica, piensa que de los demás siempre se aprende algo.
RESPONSABILIDAD	Es consciente de que como profesional adquiere un compromiso, consistente en buscar siempre repuestas a las necesidades de las personas y con el buen trato. Se preocupa por su formación continua y entiende que también está dentro de su responsabilidad.
AUTOCONTROL EMOCIONAL	Reconoce sus emociones negativas y es capaz de gestionarlas sin que dañen a otras personas. Se preocupa por desarrollar habilidades que reduzcan su ansiedad ante situaciones que provocan incertidumbre.

Fuente: Elaboración propia

4.5. METODOLOGÍA.

La metodología aplicada está conformada por una serie de actividades que se llevarán a cabo fuera de la sala de la calma y como paso previo para el correcto uso y funcionamiento de la misma y las actividades propias de la intervención dentro de la sala.

4.6. CRONOGRAMA Y TEMPORALIZACION.

Se estima una duración del proyecto de 7 meses, dividido en cinco bloques de actuación. Cada bloque presenta una serie de acciones o elementos clave a realizar que se exponen a continuación, junto con la temporalización del proyecto y un cronograma estimado de ejecución.

BLOQUE 1: Aspectos formales, de equipación y formación a los profesionales.

Se plantean en esta fase preliminar los siguientes elementos clave:

Creación de grupo de trabajo y seguimiento del programa de intervención. Se mantendrán reuniones mensuales (el primer lunes de cada mes) para coordinar las actuaciones y pasos a realizar para el adecuado seguimiento y unificación de criterios.

Elección de los participantes según criterios de inclusión/exclusión.

Información y autorización (si precisa) por parte de las instituciones competentes. Administración de consentimientos informados a los participantes y/o tutores legales o con medidas de apoyo.

Preparación física de la estancia en el centro para la sala de la calma. A modo esbozo y según bibliografía consultada se requiere: estancia de unos 10-20m², elementos de estimulación táctil, visual, auditiva y olfativa. Estancia pintada en tonos neutros o pastel y suelo confortable bien tipo parquet o de loseta de caucho o similar, equipadas por un sillón tipo puff, cama o colchoneta o una silla reclinable, alfombra, mantas suaves, proyector o televisión con imágenes, luz regulable y equipada con equipos de climatización. Debe estar ubicada en un lugar tranquilo y aislado de posibles ruidos ambientales.

Formación a los profesionales y realización de sesiones de entrenamiento. Se plantea formación a los profesionales en técnicas de desescalada, conceptos básicos de la sala de la calma y manejo de contingencias de desregulación emocional y acompañamiento, con dos bloques de contenidos: Teórico 4-6 horas y Práctico 6 horas. El práctico se llevará a cabo mediante representación de Role-Play, situaciones susceptibles a intervención

como entrenamiento en la aplicación de las habilidades y conceptos expuestos en el módulo teórico.

BLOQUE 2: Presentación del programa a los usuarios.

En esta fase se plantean los siguientes pasos:

Formación mediante actividad-taller formativo a todas las personas usuarias del recurso por parte del psicólogo/a del centro para informar de qué es la sala de la calma, qué se espera, cómo se va a proceder, etc. Se elaborará un programa y diapositivas por parte del grupo de trabajo. Se estima entre una y dos sesiones para ello de no más de una hora de duración.

Se aprovechará para la realización de la evaluación inicial de los participantes mediante los instrumentos de medida: cuestionario de consumo de psicofármacos y cuestionarios ENAR-TMG, el CAN_R, el HoNOS, el EQ-5D-5L y PHQ-4, sobre variables psicológicas y bienestar percibido.

Obtención de información de preferencia de los usuarios respecto del profesional de acompañamiento dentro de la sala como de la equipación de la misma. Se realizará mediante encuestas, utilizando los cuestionarios de elaboración propia (anexo A y anexo B), a través de Google forms, o formato papel, siendo cumplimentada de forma supervisada por los usuarios.

Intervención individual con cada usuario por el profesional de referencia, para la elaboración de las Voluntades Anticipadas en Salud Mental (VASM) específico para la sala de la calma (anexo G) y aplicación de los instrumentos de medida mencionados.

Se creará un modelo unificado con los elementos necesarios a cumplimentar y disponer por parte del grupo de trabajo.

BLOQUE 3: Implementación del programa.

Se precisa en esta fase:

Elaboración de documentación relativa al uso de la sala y registro de toma de datos por parte del grupo de trabajo y difusión a los profesionales de referencia.

Elaboración de protocolos de uso y funcionamiento de la sala de calma. Se incluirán instrucciones de funcionamiento y mantenimiento de cualquier equipo de la sala.

Elaboración de modelo de registro individualizado específico para recabar datos observacionales después del uso de la sala.

Realización de formación y pruebas de funcionamiento de los equipos de la sala para profesionales. Se estima una sesión de 1 hora duración.

BLOQUE 4: PUESTA EN MARCHA. INTERVENCIONES

Las intervenciones en la sala de la calma se realizarán durante un periodo de 4 meses, repartidas en dos fases:

Una primera fase de puesta en marcha del programa con una duración de 2 meses para evaluar y analizar los primeros resultados por el grupo de trabajo, quien planteará las posibles mejoras referente a la dotación de la sala, necesidades de formación de los profesionales, adecuación de protocolos, etc.

Y una segunda fase de 2 meses tras la implementación de las posibles mejoras (1 semana).

Durante todo este periodo se registrará cada una de las intervenciones individuales, mediante registro de observación por el profesional, realización del Cuestionario de Satisfacción (1 y 2, según corresponda) con el programa de intervención y valoración subjetiva de la experiencia donde se recoja el nivel de satisfacción y sensación autopercebida de la persona tras cada uso de la sala.

BLOQUE 5: REEVALUACIONES. COMPARATIVAS Y DIFUSION DE RESULTADOS.

Durante un mes se realizarán las reevaluaciones a los participantes tanto del grupo experimental como del grupo control mediante los instrumentos de medida utilizados inicialmente: cuestionario de consumo de psicofármacos y cuestionarios ENAR-TMG, el CAN_R, el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4, sobre variables psicológicas y bienestar percibido.

Así mismo, se recopilarán todos los resultados del grupo experimental de los cuestionarios 1 y 2 respecto al uso de la sala de la calma, realizando un análisis de la satisfacción de los

participantes. Se valorará la realización de otros análisis con toda la información recabada en los distintos registros observacionales por los profesionales.

El grupo de trabajo analizará los resultados y considerará llevar a cabo la difusión de resultados según estime.

En la tabla 5 se presenta un cronograma estimado de ejecución y en la tabla 6 la temporalización estimada de las actividades del proyecto.

Tabla 5. Cronograma del proyecto Sala de la Calma

Bloque	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
1 Aspectos formales, de equipación y formativa a los profesionales.							
2 Presentación del programa a los usuarios							
3 Implementación del programa.							
4 Puesta en marcha. Intervenciones			Fase 1		Fase 2		
5 Reevaluaciones. Comparativas y difusión de resultados.							

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Temporalización del proyecto Sala de la Calma

Bloque temático	N.º Sesiones	Contenido		Duración parcial	Duración total
Aspectos formales, de equipación y formativa a los profesionales	8 sesiones	Reuniones del grupo de trabajo y seguimiento del programa (primer lunes de mes)		45 min	820 min
		Elección de participantes: grupo experimental y grupo control que cumplen con los criterios de inclusión		45 min	
		Información y autorizaciones (si precisa)		10 min	
		Preparación física de la sala de la calma		-----	
		Formación a los profesionales y realización de sesiones de entrenamiento - Sesiones teóricas (4-6 h) - Sesiones prácticas de rol-play (6h)		720 min	
Presentación del programa a los participantes	2 sesiones	Formación mediante actividad-taller formativo a todas las personas participantes.		45 min	90 min
	1 sesión por participante	Intervención individual a participantes grupo experimental	Evaluación inicial de los participantes: - cuestionario de consumo de psicofármacos - cuestionarios ENAR-TMG, el CANR, el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4	20 min x cuestionario	270 min
			Realización de encuestas de preferencia a los usuarios: - ¿Qué profesional quieres te acompañe? - ¿Cómo te gustaría esta sala?	10 min	
			Elaboración por el profesional de las Voluntades Anticipadas en Salud Mental (VASM) específico para la sala de la calma	20 min	
		Intervención individual	Evaluación inicial de los participantes grupo control: - cuestionario de consumo de psicofármacos - cuestionarios ENAR-TMG, el CANR, el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4	20 min	
Implementación	3 sesiones	Formación y pruebas de funcionamiento en la sala de los profesionales		60 min	85 min

del programa		Elaboración de protocolos de uso y funcionamiento de la sala		15 min	
		Elaboración de modelo de registro individualizado observacional		10 min	
Puesta en marcha Intervenciones	Sin especificar	Fase 1	Uso de la sala cuando sea necesario (grupo experimental)	30-45 min	170-215 min
			Cuestionario de satisfacción 1 al participante (no más de 3 días después de la intervención)	5 min	
			Registro observacional por el profesional	10 min	
			Reunión de equipo valoración y proposición de primeras mejoras	45 min	
		Fase 2	Uso de la sala cuando sea necesario (grupo experimental)	30-45 min	
			Cuestionario de satisfacción 2 al participante (dos meses después de la intervención)	10 min	
			Registro observacional por el profesional	10 min	
Reevaluaciones Comparativas y difusión de resultados	1 sesión por participante	Intervención individual	Reevaluación de los participantes grupo experimental: - cuestionario de consumo de psicofármacos - cuestionarios ENAR-TMG, el CAN _R , el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4	20 min x cuestionario	240 min
			Reevaluación de los participantes grupo control: - cuestionario de consumo de psicofármacos - cuestionarios ENAR-TMG, el CAN _R , el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4	20 min x cuestionario	
	1 sesión		Recopilación de datos y análisis de los resultados de satisfacción de los participantes respecto al uso de la sala de la calma	120 min	

Fuente: Elaboración propia

4.7. ACTIVIDADES

La actividad que se describe a continuación es la que se propone trabajar en el interior de la sala de la calma con personas participantes del grupo experimental.

La utilización de la sala de la calma en este proyecto está pensada para personas que sufren un estado de agitación psicomotriz y desestabilización emocional. En muchas ocasiones no se encuentran en condiciones de elegir o expresar su voluntad y es por ello que previamente han especificado sus preferencias de uso y del profesional que los acompañará en la intervención, entre otras necesidades, quedando recogidas de forma individualizada en el documento VASM, específico para la sala de la calma. Dentro de la sala se dispone de una ficha resumen de preferencias individualizada para que el profesional pueda preparar y acomodar al usuario.

La sala tendrá un horario de uso ininterrumpidamente, a excepción del horario nocturno de 22:00 h a 8:00 h. Los horarios de noche se evitarán para que no sea usada como lugar para inducir al sueño.

Permanecerá cerrada con llave y siempre en adecuadas condiciones de limpieza y funcionamiento y dispuesta para su uso.

La cerradura es de tipo unidireccional que solo se puede bloquear desde el exterior, permitiendo el control de acceso desde el interior, garantizando así la privacidad del paciente. No se encuentra monitorizada a través de cámaras de video.

4.7.1. Desescalada verbal en la sala de calma

Objetivo: Disminuir el estado de ansiedad y agitación y evitar la petición y consumo de la medicación PRN, por parte de la persona que experimenta la crisis.

Duración: variable, estimado tiempo máximo de permanencia entre 30 y 45 minutos.

Recursos necesarios:

- Profesional de referencia.
- Ficha resumen individualizada de preferencias (ubicada en el interior de la sala).

- Material disponible en sala, para regular las experiencias sensoriales y optimizar el bienestar fisiológico y emocional de la persona.
- Registro observacional del profesional de referencia.

Desarrollo:

1. Incitar a la persona al uso de la sala. Toma de contacto.

- Cualquier profesional que detecte este estado le incitará a entrar en la sala.
- Informarle de todo lo que se va a hacer. Ofreciéndole expectativas razonables.
- Explicarle que está a su disposición todos los estímulos sensoriales que ha elegido.
- Explicarle que le va a acompañar el profesional de referencia que él ha elegido (si no fuera la persona que realiza la primera toma de contacto).
- Acompañarlo amablemente a la sala.

En todo momento el profesional respetará el espacio personal del paciente. Respeto al paciente y respeto a su espacio. No mostrará provocación, será pacífico, tranquilizador y amistoso, utilizando adecuadamente su lenguaje corporal.

2. Preparación de la sala según las preferencias de la persona.

Una vez en el interior de la sala, se acomodará al usuario en el lugar que elija. Se le preguntará por sus preferencias y si no estuviera en condiciones de hablar, se recurrirá a su ficha resumen de preferencias disponible en la sala. Se pondrá en marcha todos los estímulos sensoriales elegidos (música, iluminación, aroma, ...). Se le ofrecerá alguna bebida y/o algún otro recurso (como mantas) y se preguntará y observará si es todo de su agrado.

Todo esto se realiza en espera de la llegada del profesional elegido para la intervención en la sala, si no fuera el que le ha acompañado desde el inicio.

Siempre se seguirá con la actitud descrita anteriormente de respeto y tranquilidad.

3. Comunicación con el paciente.

Se utilizará un lenguaje verbal de forma efectiva, es decir, ser conciso, claro y simple, y repetir el mensaje tantas veces como sea necesario (técnica del disco rayado). Se escuchará con atención lo que dice el paciente mediante escucha activa, suspendiendo cualquier juicio sobre lo que diga, para que las propias interpretaciones personales no influyan sobre el

mensaje y poder comprender lo que el paciente está diciendo. Mediante escucha empática se tratará de encontrar algo en lo que se está de acuerdo con el discurso de la persona.

4. Manejo de la situación.

Se trata de poner unos límites explícitos, de forma que se cree un ambiente de trabajo adecuado, utilizando de forma sutil y amable la confrontación, ofreciendo alternativas y dando margen de elección a la persona.

Se le explicará los límites de uso del recurso (tiempo y materiales disponibles).

5. Registro de incidencias y logros.

El profesional recogerá la información necesaria para poder evaluar la conformidad con la intervención en el registro observacional, que lo podrá realizar durante o después de la misma.

Una vez terminada la intervención se acompañará al paciente para que abandone la sala, dejándolo en un sitio tranquilo. Se procederá a recoger y limpiar (si fuera necesario) la sala, dejándola totalmente dispuesta para su uso.

El tiempo de estancia en la sala debe ser razonable y acorde a la consecución del objetivo propuesto, que principalmente es conseguir minimizar el estado de agitación y conseguir el autocontrol de la conducta del paciente.

Se ha estimado un tiempo máximo entre 30 y 45 minutos. Esta estimación se establece bajo el criterio de la experiencia y conocimiento de la alumna adquiridos en un CEEM, donde realicé las prácticas del Grado de Psicología, ya que no se ha encontrado dato alguno publicado al respecto. Este centro no dispone de una sala de la calma como tal, pero se realiza una desescalada verbal en el lugar y con el profesional que el paciente elige.

Puede que el paciente consiga un estado de relajación que llegue a dormirse o no quiera salir de ella. Para ello previamente le habremos aclarado el funcionamiento de la sala y se le invitará amablemente a que la abandone.

5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE USO DE LA SALA DE LA CALMA

La evaluación del programa se llevará a cabo de la siguiente manera:

Se realizará una evaluación inicial durante los primeros meses del proyecto y una reevaluación tras los 4 meses de duración estimada, de las intervenciones a las personas participantes del grupo experimental y del grupo control, de los siguientes aspectos:

- Evaluación de variables psicológicas y bienestar percibido, utilizando los siguientes instrumentos de medida: cuestionarios ENAR-TMG, el CAN_R, el HoNOS el EQ-5D-5L y PHQ-4, sobre variables psicológicas y bienestar percibido.
- Evaluación del consumo de psicofármacos mediante el cuestionario de consumo de psicofármacos.

Se realizará una evaluación del nivel de satisfacción y sensación autopercebida de cada participante usuario de la sala, mediante los siguientes cuestionarios de satisfacción, aplicados en diferentes momentos:

Cuestionario 1: CUESTIONARIO "AYÚDANOS A MEJORAR" (anexo E), que pretende obtener una valoración subjetiva respecto del equipamiento, del profesional que acompaña y de la experiencia en general de uso de la sala de la calma tras un episodio de agitación y/o desregulación emocional. Siendo aconsejable realizarlo lo más cercano posible en el tiempo a la experiencia vivida, no más de 3 días después.

Se utilizará para llevar a cabo pequeños ajustes de mejora en la dotación de la sala y la actuación del profesional en ella, en caso de ser necesario. Sin que ello suponga una modificación sustancial del objeto de la intervención que pudiera interferir de manera significativa en otras variables.

Cuestionario 2: ENCUESTA SATISFACCIÓN SALA CALMA (anexo F), Pretende obtener una valoración subjetiva del programa de intervención y de la experiencia de uso de la sala. Se realizará a todos aquellos usuarios que hayan usado la sala a los dos meses de la intervención.

Se pretende evaluar mediante instrumentos validados sobre variables psicológicas y bienestar percibido, si hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Y con cuestionarios de elaboración propia, se pretende valorar diferencias en el consumo de psicofármacos entre los dos grupos participantes y el grado de satisfacción y bienestar que le supone este nuevo recurso proporcionado.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente trabajo se ha elaborado una propuesta de intervención mediante el uso de una sala de la calma con personas que presentan TMG de larga evolución durante episodios de agitación psicomotriz, angustia y crisis emocional, en recursos tanto residenciales como de atención diurna no hospitalaria.

Esta propuesta se ha enfocado en el bienestar y la mejora de la autorregulación emocional a través del aprendizaje de estos pacientes, contribuyendo positivamente a su percepción de bienestar durante su atención en este tipo de centros.

Así mismo, se pretende poder evidenciar la reducción de prácticas coercitivas (disminución de contenciones mecánicas y químicas) en el manejo de situaciones críticas emocionales, que aseguren las buenas prácticas profesionales, protección y respeto de los derechos fundamentales en estas personas con especial vulnerabilidad.

En el marco teórico se ha llevado a cabo un recorrido por los datos estadísticos de prevalencia de los trastornos mentales en el mundo, a nivel europeo y en España, siendo el trastorno bipolar y la esquizofrenia los que, según la OMS (2022), presentan particularidades psicóticas que los hacen especialmente perjudiciales para las personas que lo padecen.

También se ha explicado que estas patologías psiquiátricas se encuentran entre las que provocan altas tasas de urgencias hospitalarias debido a la presencia de un síndrome de agitación psicomotriz, que requiere de una respuesta inmediata y coordinada por los profesionales sanitarios, para evitar una escalada de descontrol y minimizar los riesgos vinculados al aumento en el nivel de activación (Bustos, et al., 2010).

En la actualidad en salud mental es frecuente el uso de medidas restrictivas que limitan la autonomía o la libertad individual de decisión frente a la adopción de medidas involuntarias de protección. Los procedimientos más utilizados en la aplicación hospitalaria, como por ejemplo en las urgencias psiquiátricas anteriormente descritas, son la contención mecánica, el aislamiento, la contención química y la medicación forzada (Beviá, et al., 2017).

A estas prácticas frecuentes, hay que sumarle la praxis común de la prescripción médica PRN que, si bien está respaldada, carece de ciertas evidencias respecto a datos publicados que avalen su uso en pacientes psiquiátricos hospitalizados (Hilton y Whiteford, 2008).

Pol (2018) indica que esta PRN por el tipo de fármaco y por el motivo de su prescripción, en numerosas ocasiones tiene que ver con el comportamiento del sujeto, siendo de probada efectividad en el control de la agitación en periodos de crisis en el entorno psiquiátrico.

En términos generales, se podría pensar que una forma de racionalizar el uso de este tipo de medicación, así como de disminuir las prácticas coercitivas ante episodios de crisis y agitación en personas con TMG es utilizar medidas alternativas, como la que se expone en esta propuesta de intervención.

La sala de la calma supone disponer de un espacio donde se cree una atmósfera adecuada y confortable través de la modulación sensorial, que logre regular la experiencia sensorial del paciente optimizando su bienestar fisiológico y emocional. En ese ambiente, el profesional sanitario, a través de un abordaje verbal, pretende enseñar a los pacientes a explorar estrategias de afrontamiento del estrés saludables y que con el tiempo lleguen a implementar por sí mismos, lo que supone facilitarle nuevas oportunidades en la adquisición de habilidades de autogestión y autorregulación de respuestas emocionales y conductuales.

No hay mucha literatura científica con datos concluyentes en cuanto a resultados de aplicabilidad de salas de modulación sensorial y sus efectos en los pacientes. Lo mismo ocurre con los estudios que evalúan las intervenciones mediante técnicas de desescalada verbal, debido a las dificultades en investigación que presenta un tema tan impredecible (Mavandadi, et al., 2016).

Los estudios publicados, junto con el conocimiento de experiencias clínicas en unidades hospitalarias en el ámbito psiquiátrico, indican en términos generales, que las intervenciones en salas sensoriales mejoran en el paciente su estado físico y anímico, favorecen su autocuidado y facilitan la relación terapéutica entre paciente y profesional.

Así mismo, el contexto actual de modelo asistencial enfocado en métodos de recuperación que minimicen el uso de medidas coercitivas, está derivando hacia un abordaje verbal del

paciente y su situación de crisis, a través de técnicas de desescalada y relación de ayuda (Knox y Hollman, 2012).

Este trabajo se ha centrado en el hecho diferencial de plantear una intervención con el paciente, mediante la utilización de una sala de modulación sensorial y con la técnica de desescalada verbal por parte del profesional sanitario, lo más individualizada y personalizada posible, fuera del entorno hospitalario psiquiátrico.

La desescalada verbal propuesta se basa en las pautas establecidas por el proyecto BETA de la AAPE, con una técnica centrada en diez dominios acerca de la comunicación, verbal y no verbal, valoración, medidas ambientales y educación en la práctica a los profesionales (Stowell, 2012).

La preparación física y adecuación conforme a las necesidades de los pacientes de la sala de la calma, se basa en la bibliografía existente y experiencias previas, que siguen las directrices de la terapeuta profesional estadounidense Tina Champagne, impulsora en los últimos años de este espacio terapéutico.

Se pretende con ello poder cumplir con uno de los objetivos de la propuesta de intervención, que es proporcionar un espacio de apoyo que facilite el manejo de episodios críticos, llegando a ser identificado por los mismos pacientes como un espacio diferente para los momentos menos buenos y efectivo en cuanto a conseguir aumentar su capacidad de regulación emocional y autonomía. Además, se favorece la comunicación entre paciente y profesional, lo que puede conllevar a la disminución de la utilización de medidas coercitivas, así como de la administración de medicación PRN.

Logrando explicar la efectividad de esta propuesta de intervención, además de los beneficios que puedan suponer para los pacientes, podría servir como incentivo para iniciar un amplio abanico de investigaciones futuras en este contexto, en el marco de las actuales orientaciones de cambio sobre el modelo asistencial y de intervención.

6.1.LIMITACIONES

Durante la realización del presente TFG se han presentado algunas limitaciones.

La primera de ellas es la escasa literatura o casi ningún estudio que trate sobre la implementación de salas de la calma en el ámbito residencial, para pacientes con TMG de larga evolución y que puedan hacer uso de ella en periodos de agitación y malestar de forma personalizada.

Los estudios encontrados sobre la temática de salas de la calma o salas sensoriales, se ciñen al ámbito hospitalario de unidades de agudos, con muestras de éxito durante el tiempo de ingreso de los pacientes, pero no se dispone de estudios ni transversales ni longitudinales que puedan avalar dicha eficacia.

La segunda limitación está relacionada con el tiempo de ejecución del programa.

Esta propuesta de intervención, conlleva una preparación previa, descrita en los diferentes bloques temáticos, tanto de los potenciales pacientes usuarios, como de los profesionales encargados de realizar la intervención con ellos.

El hecho de que los episodios de crisis sufridos por los pacientes son imprevisibles y aleatorios, condiciona la temporalidad estimada del programa propuesto.

Se ha estimado un tiempo de preparación que engloba tanto la formación del personal sanitario y las jornadas informativas para los pacientes del centro, como el tiempo de ejecución de las acciones necesarias para acondicionar la sala y equiparla con lo necesario.

La tercera limitación está asociada con los recursos necesarios para su desarrollo.

Adaptar una sala cuyo único destino sea a estas intervenciones y que esté en todo momento dispuesta para ser utilizada a petición del paciente, puede ser una limitación en los centros a los que va dirigida esta propuesta. Ya sea por la falta de espacio o por la necesidad de disponibilidad de los recursos económicos y/o humanos necesarios para afrontar su ejecución y posterior mantenimiento, pudiendo requerir de partidas extra presupuestarias de financiación pública y/o privada.

6.2. PROSPECTIVA

La evolución a nivel internacional que está teniendo lugar en los últimos años en lo referente a los tratamientos de salud mental hacia una orientación de recuperación, significa la tendencia a la aplicación de métodos menos coercitivos y abordajes según planes de intervención individualizados en ambientes residenciales y el cambio en el modelo asistencial y de intervención.

Además, coincide con el creciente interés registrado sobre el uso de salas sensoriales y estrategias basadas en los sentidos, como herramientas adicionales en el manejo de sintomatología, que se centran en la recuperación del paciente, permitiéndoles adquirir habilidades de autocontrol y autogestión para su regulación emocional (Miller, et al., 2007).

Acorde con las actuales tendencias, con la puesta en práctica de esta propuesta de intervención se espera poder obtener una recopilación de datos de posibles perfiles (síntomas) en los que pudiera ser o no ser recomendable el uso de la sala; poder evidenciar la reducción de prácticas coercitivas (disminución de contenciones mecánicas y químicas) en materia de manejo de situaciones críticas emocionales; mejorar la autorregulación emocional y el bienestar de los pacientes, de manera que lleguen en primer lugar a solicitar el uso de esta sala por sí mismos como medida alternativa al consumo de psicofármacos y que aprendan a que pueden llegar a autorregularse mediante la modulación sensorial.

Todo ello permitiría elaborar futuros programas de intervención, personalizando el tratamiento en función de las características vitales y sus preferencias personales, en línea con la humanización de cuidados en las personas con TMG, fomentando la autodeterminación y la elección de tratamiento, tal y como se recoge en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 ratificado por el Estado español (Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, 2008).

Referencias bibliográficas

ABC (2020, 13 septiembre). El hospital La Fe abre una sala para jóvenes con problemas de salud mental grave. *abc.es*.

https://www.abc.es/espana/comunidad-valenciana/abci-hospital-abre-sala-para-jovenes-problemas-salud-mental-grave-202009131757_noticia.html

Al-Sughayir, M.A. (2017, febrero 2). Does accreditation improve pro re nata benzodiazepines administration in psychiatric inpatients? Pre-post accreditation medical record comparison. *International Journal of Mental Health Systems* 11, 16.

<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0124-8>

Aragonés, M. (2021). Empleando los sentidos para regular emociones. Revisión bibliográfica sobre "comfort room" en salud mental. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 14.

<http://doi.org/1035761/reesme.2021.14.02>

Beviá, B., Bono del Trigo, A. (Coords.), Inchauspe, J.A., Valverde, M., Leal, J., Santos, F., Roig, A., Moreno, A., Hernández, M., Díez, M.E., Nocete, L., Carballeira, L., López, I., Cocho, C., Fernández, A. Velasco, R., Ibañez, V. y Gómez, M., (2017). Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. *Cuadernos Técnicos*, 20. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Bustos, J.I., Capponi, I., Ferrante, R., Frausin, M.J., e Ibañez, B. (2010). Excitación psicomotriz: manejo en los diferentes contextos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3), 291-304.

Cabase, J.M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 401-403.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>

Cancho, R. (2020, 1 marzo). El primer psiquiátrico con sala de la calma. *El Diario Vasco*.

<https://www.diariovasco.com/alto-deba/primer-psiquiatrico-sala-20200301005908-ntvo.html>

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Gómez-Castillo, M. D., Capafons, A., Chacón, F., y Santolaya, F. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 234, 247-255.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.030>

Champagne, T. (2023, enero 30). Salas Sensoriales en Salud Mental. *OT-Innovations*.

<https://www.ot-innovations.com/clinical-practice/sensory-modulation/sensory-rooms-in-mental-health-3/>

Champagne, T. y Stromberg, N. (2004). Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 34–44.

<https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-06>

Cummings, K., Grandfield, S. y Coldwell, C. (2010). Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 48(6), 26–30.

<https://doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>

Cole, R. (2014). Reducing restraint use in a trauma center emergency room. *Nursing Clinics of North America*; 49(3):371–81.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>

Diario de Navarra (2002, abril 8). El Hospital Universitario de Navarra habilita dos espacios "multisensoriales" para pacientes de Psiquiatría. *Diario de Navarra*.

<https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2022/04/08/el-hospital-universitario-navarra-habilita-dos-espacios-multisensoriales-pacientes-psiquiatria-523502-300.html>

Dongfei M., Jianping, J., Wang, H., Zhao, Y., Li, H., Li, Y., Zhang, X., Qi, Y., y Sun, J. (2021). Sensory-based approaches in psychiatric care: A systematic mixed-methods review. *Journal of advanced nursing*, 77(10), 3991–4004.

<https://doi.org/10.1111/jan.14884>

Elizagarate, E., Sánchez, P., Ortiz de Zarate, A., Ubis, A. y Ruiz de Azua, M.A. (2018, abril). *Protocolo de agitación en personas con enfermedad mental hospitalizadas en el hospital psiquiátrico de Álava. Bases teóricas fundamentales*. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.

Escobar-Córdoba, F., Hernández-Yasnó, M.A. y Pedreros-Velásquez, J. (2009). Aislamiento en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría do Rio Grande do Sul* 31(3).

<https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400006>

Europa Press. (2019, 7 diciembre). La «sala confort» del Hospital Santa Lucía destaca dentro del nuevo modelo mundial de humanización en salud mental. *europapress.es*.

<https://www.europapress.es/murcia/noticia-sala-confort-hospital-santa-lucia-destaca-dentro-nuevo-modelo-mundial-humanizacion-salud-mental-20191207102058.html>.

Fernández, V., Murcia, E., Sinisterra, J., Casal, C. y Gómez, MC. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*; 21(2) 121-132

Galindo, M. J. (2017, 29 abril). Sala antiestrés para los pacientes de Psiquiatría. *La Opinión de Murcia*.

<https://www.laopiniondemurcia.es/cartagena/2017/04/29/sala-antiestres-pacientes-psiquiatria-31895062.html>.

Gallego-Gómez, J., Fernández-García, Simonelli-Muñoz, A., y Rivera-Caravaca, J. (2021). Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias:

Revisión sistemática. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 44(1), 71-81.

<https://doi.org/10.23938/assn.0939>

García, M.J. y Bugarín, R. (2012). Agitación psicomotriz. *Cuadernos de atención primaria* 18(4) 343-347.

Garrido, E., Lizano, I., Roset, P., Villagrán, J.M. y Mur de Viu, C. (2015). El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría biológica*, 22(1), 12-16.

Gejman, P. y Sanders, A. (2012). La etiología de la esquizofrenia. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(3), 227-234. Recuperado el 29 de enero de 2023, de

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000300007&lng=es&tlng=es

Gonzales, A. (2011). Trastorno bipolar: el enemigo invisible. *Manual de tratamiento psicológico*. Editorial Desclée de Brouwer.

<https://bv.unir.net:2769/es/lc/unir/titulos/47936>

González, J., Cuixart, I., Manteca, H., Carbonell, M., Armengol, J. y Azcon, M. (2005). La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de enfermería. *Enfermería Global*, 4(2).

<https://doi.org/10.6018/eglobal.4.2.475>

Hilton, F. y Whiteford, A. (2008). Pro re nata medication for psychiatric inpatients: time to act. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(7), 555-564.

<https://doi.org/10.1080/00048670802119804>

Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, de 21 de abril de 2008, 20648- 20659.

<https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

Jiménez, J. F., Moreno, B., Torres, F., Castillo, J. y Phelan, M. (1997). Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, 60(2), 113-24.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/17-CAN-R.pdf

Knox, D. y Holloman, G. (2012). Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 13(1).

<https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Lowe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: The PHQ-4. *Psychosomatics (Washington, D.C.)*, 50(6), 613-621.

<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.6.613>

La Fe consolida el funcionamiento de una sala sensorial para mejorar la atención a jóvenes con problemas de salud mental grave. (2020, septiembre). *www.lafe.san.gva.es*. Recuperado el 30 de enero de 2023, de

http://www.lafe.san.gva.es/ca/noticias/-/asset_publisher/D6Zy/content/la-fe-consolida-el-funcionamiento-de-una-sala-sensorial-para-mejorar-la-atencion-a-jovenes-con-problemas-de-salud-mental-grave/maximized;jsessionid=9C22A95EC3FCC25DB391309C3F5985FA

Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 132, de 3 de junio de 2021, 67789 a 67856.

<https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>

Líceá, A., Robles, D., Díaz, C. y Juárez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(11), 34-39.

<https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>

Mavandadi, V., Bieling, P. J. y Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the "De-Escalating Aggressive Behaviour Scale". *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(6-7), 357–368.

<https://doi.org/10.1111/jpm.12310>

Mayoral, F. y Torres, F. (2005). La utilización de medidas coercitivas en Psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría* 33(5), 331-338.

Megías, F., Gimeno, C. (Coords), Carretero, J. Rodríguez, M. A., Salas, M., Sánchez, J. y Silva, M.C. (2016). Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso. *Revista Española Enfermería de Salud Mental*, 1(1), 4-5.

Miller, J., Anzalone, E., Lane, J., Cermak, A. y Osten, T. (2007). Concept Evolution in Sensory Integration: A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61 (2), 135-140.

<https://doi.org/10.5014/ajot.61.2.135>

Ministerio de Sanidad y Consumo, (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*.

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1791/gpc_esquizofrenia_trastorno_psicotico_2009.pdf?sequence=1

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre el trastorno bipolar*.

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_510_Trastorno_Bipolar_resum.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2017). Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Recuperado 12 de noviembre de 2022, de

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2020). Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Recuperado 12 de noviembre de 2022, de

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Navarra, D. de. (2022, 8 abril). El Hospital Universitario de Navarra habilita dos espacios «multisensoriales» para pacientes de Psiquiatría. *diariodenavarra.es*.

<https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2022/04/08/el-hospital-universitario-navarra-habilita-dos-espacios-multisensoriales-pacientes-psiquiatria-523502-300.html>

Organización Mundial de la Salud (2022, junio 16). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud (2022, junio 17). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos*. [Comunicado de prensa].

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Ortega, P. A. (2003). Criterios de ingreso hospitalario para el paciente con patología psiquiátrica. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(104), 5628-5630.

Pol, E. (2018, marzo 22). Uso de medicación «según necesidad». *TecnoRemedio*.

<http://www.tecnoremedio.es/2018/03/uso-de-medicacion-segun-necesidad.html>

Sailas, E. y Fenton, M. (2000). Aislamiento y restricción para personas con enfermedades mentales graves. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>

Salas de Confort Sensorial en Salud Mental, (2021, octubre 01). *Revista de enfermería en desarrollo*.

<https://enfermeriaendesarrollo.es/calidad-percibida/salas-de-confort-sensorial-en-salud-mental/>

Scanlan, J. y Novak, T. (2015). Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Australian occupational therapy journal*, 62(5), 277–285.

<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12224>

Stedman's Online (s.f.) Pro Re Nata. En *Diccionario medico Stedman*. Recuperado el 30 de enero de 2023 de:

<http://www.emedicine.com/asp/dictionary.asp?keyword=PRN>

Stowell, R. (2012). *Psychiatric Evaluation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup*.

<https://escholarship.org/uc/item/9t41z4rb>

Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández, R., Bernuy, M., Vargas, H., Alvarado, F., Rondón, J.L. y Núñez, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la psicomotora y la conducta agresiva. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77 (1), 19-30.

Sutton, D., Wilson, M., Van Kessel, K. y Vanderpyl, J. (2013). Optimizing arousal to manage aggression: a pilot study of sensory modulation. *International journal of mental health nursing*, 22(6), 500–511.

<https://doi.org/10.1111/inm.12010>

Uriarte, J. J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A. y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Publica*, 11(4), 93-101.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Anexo_3-6_HONOS.pdf

Anexo A. Encuesta usuarios sobre preferencia de profesional

¿QUÉ PROFESIONAL QUIERES TE ACOMPAÑE?

Incluye en estos cuadros por prioridad, qué profesional del centro te gustaría que te acompañará para hacer uso de la sala de la calma, en aquellos momentos "menos buenos", donde las emociones negativas y sufrimiento emocional es más intenso, para que tú puedas sentirte acompañado y apoyado para superar con tus propias herramientas este momento.

Me gustaría que este profesional fuera...

1	
2	
3	
4	
5	

Fuente: Elaboración propia

Anexo B. Encuesta usuarios sobre preferencia de la sala

¿Cómo te gustaría esta sala?

Es importantísimo que nos digas qué cosas te hacen sentir más tranquilo, aquello que te relaja más, aquello que te gusta sentir y oír...

MARCA CON UNA CRUZ LO QUE MÁS TE HACE SENTIR TRANQUILO Y EN PAZ CONTIGO.

1. Para reposar mi cuerpo y sentirme cómodo:

- Un sillón
- Una almohada grande
- Una cama cómoda
- Un puff grande y blandito

2. Para escuchar:

- Música de animales como pajaritos
- Música con el sonido del mar
- Música con el sonido de agua caer
- Música con el sonido de tormenta lejana
- Sin música ni sonidos

3. Para ver:

- Una luz flojita y colores agradables
- Una luz flojita sin colores
- Una luz que yo pueda regular
- Estar casi a oscuras

4. Para tomar:

- Me gusta y me relaja una infusión calentita como tila
- Me gusta y me relaja tomar agua
- No me gusta beber nada en ese momento

5. Para oler:

- Olores intensos de campo
- Olores intensos de flores
- Olor a comida como el pan recién hecho
- Olor como a ropa limpia

Fuente: Elaboración propia

Anexo C. Pautas para la desescalada verbal según el proyecto BETA

Respetar el espacio personal. La invasión del espacio personal de una persona con agitación psicomotriz puede ser visto como una amenaza y desencadenar una reacción que ponga en riesgo al profesional que realiza la desescalada.

Por ello, se debe respetar un espacio mínimo de dos brazos de distancia entre el personal y el paciente, pudiéndose ver incrementado si el paciente así lo demanda o la enfermera lo considera necesario. Por otra parte, con el fin de mantener la seguridad, tanto el paciente como el personal tienen que poder abandonar la sala sin que el otro bloquee su camino, evitándose así las posibles situaciones agresivas.

No ser provocativo. Una respuesta provocativa o retadora por parte del personal puede desembocar en una activación iatrogénica, por lo que evitará al extremo la confrontación directa de las provocaciones por parte de cualquier miembro del personal. La presentación del personal será en actitud de escucha y seguridad, atendiendo al propio lenguaje corporal para transmitir sensación de calma. Las manos se mantendrán abiertas y visibles (sin objetos que puedan considerarse una amenaza), las rodillas se mantendrán semiflexionadas (lo que posibilita una postura de seguridad y una reacción rápida) la espalda se encontrará erguida y la expresión facial calmada. Hay que evitar el contacto ocular excesivo, pues puede considerarse amenazante, como también un contacto huidizo, que transmite inseguridad.

Establecer contacto verbal. Con el fin de asegurar un buen contacto verbal con el paciente, únicamente una persona interactuará con él y se evitarán las interrupciones por parte del resto del personal. Únicamente si el primer profesional fracasa en la desescalada, este se retirará y será sustituido por otro. La persona que realiza la desescalada verbal debe ser aquella que mejor relación tenga con el paciente y más entrenada esté. En caso de que la persona fuera desconocida el personal se presentará al paciente, proporcionando orientación y seguridad, siempre desde una actitud calmada, amable y cordialmente natural.

Ser conciso. La persona agitada suele presentar fluctuaciones en la atención y puede presentar dificultad en asimilar los conceptos que se le transmiten, por ello, se utilizarán frases cortas y vocabulario simple, que sea fácilmente entendible por cualquier persona.

Después de decir algo a la persona, se dejará el tiempo suficiente para que el paciente pueda procesar la información recibida y responder.

La repetición de los conceptos clave es esencial para realizar la desactivación verbal con éxito, lo que será especialmente importante cuando: se pide al paciente que haga algo, se establecen límites y consecuencias y al dar a elegir o proponer alternativas. El profesional debe mostrarse paciente y repetir, tantas veces como sea necesario, lo que se desea del paciente, desde una posición de respeto y ayuda, sin mostrar hastío por la repetición múltiple de conceptos.

Identificar las demandas y sentimientos. Con el fin de ayudar a la persona a identificar su demanda, el personal debe preguntar y tratar de identificarla, pudiendo esta surgir de forma explícita o implícita. La demanda puede cambiar durante el transcurso de la desescalada y el personal debe estar atento para adaptarse a la nueva demanda y evitar la escalada. Es importante atender a las cosas aparentemente triviales que dice el paciente, su lenguaje no verbal e incluso las situaciones pasadas, para poder identificar las demandas implícitas. La atención al plano emocional y el uso del reflejo empático pueden ayudar a forjar una relación de colaboración y confianza más estable.

Escuchar atentamente al paciente. El paciente agitado necesita esencialmente ser escuchado y transmitir su demanda, para poder sentirse atendido y seguro. Por tanto, el personal tendrá que realizar una escucha activa, respetando los tiempos de palabra de la persona y silencio y utilizando técnicas de clarificación y acompasamiento. En la escucha a la persona con agitación psicomotriz, se hace importante que la escucha se realice transmitiendo credibilidad a su argumento, empleando la "ley de Miller" que estima que: hay que devolver al paciente que se cree que lo que te está diciendo es verdad y posteriormente discernir qué parte de lo que te ha dicho podría ser cierta.

Mostrar acuerdo o acuerdo en el desacuerdo. No es posible establecer una relación de ayuda desde la confrontación inicial, por lo que buscar puntos de acuerdo con el paciente, sobre todo en los momentos iniciales de la desescalada, es especialmente importante. Se buscará el acuerdo con el paciente para fortalecer la relación de ayuda, siempre de forma honesta y respetando los propios principios del profesional. Se puede mostrar acuerdo con una persona de tres formas:

- Mostrar acuerdo a través de un hecho en sí: con un paciente que se enfada tras realizarle tres punciones fallidas para la extracción sanguínea, una forma de mostrar acuerdo sería: "Si, ha intentado pincharte tres veces y ha fallado ¿Le importaría que lo hiciera yo?"
- Mostrar acuerdo a través de defender un mismo principio: para un paciente que está quejándose de haber sido tratado de manera irrespetuosa por la policía, se le podría decir: "Yo también pienso que todas las personas deberían ser tratadas con respeto".
- Mostrar acuerdo a través de otros puntos de vista: para una persona agitada por la espera para ver al médico y exclama que cualquiera en su lugar estaría enfadado, una buena forma de abordarlo sería "Probablemente haya otros pacientes que también estén enfadados"

En caso de que cualesquiera de las formas de establecer un acuerdo hayan fracasado, se puede mostrar que existe la posibilidad de tener diferentes opiniones y ambas pueden ser igualmente respetables.

Establecer de forma clara los límites. Se informará al paciente de las conductas que puede y que no puede realizar, diciendo, de forma clara, qué conductas son inaceptables y no se van a permitir y cuáles serán las consecuencias. El establecimiento de límites debe ser razonable y hacerse de manera respetuosa. Traspasar los límites marcados tiene una consecuencia, informada previamente. Si el paciente pone en riesgo su propia integridad, la del personal o la de otras personas, se procederá de manera inmediata a realizar la contención física. Algunos comportamientos intermedios, como dar un puñetazo a la pared, no tienen por qué conducir a la contención física, sino que son susceptibles a desescalada, marcando de forma más firme los límites.

Si cuando se transgrede un límite, este comportamiento no presenta una consecuencia inmediata, el paciente interpretará que los límites son laxos, por lo que no sentirá la necesidad de respetarlos.

También se entrenará al paciente a mantenerse bajo control a través de la confrontación de forma cortés y amable. En el caso de que el paciente esté elevando de forma excesiva el tono de voz, la confrontación se podrá realizar desde la propia emoción: "Cuando hablas con un tono tan elevado me asustas y no soy capaz de prestar atención plena a lo que me estás diciendo, me gustaría que pudieras bajar el tono de voz para poder entender lo que me

quieres decir". Este tipo de confrontación no estará indicado en pacientes que buscan una posición de dominación sobre el personal, ante lo cual se podría hacer de la siguiente manera: "Cuando hablas con un tono de voz tan alto, soy incapaz de entenderte".

Ofrecer alternativas optimistas. En la contención verbal de la persona agitada, es imprescindible ofrecer una alternativa asertiva que permita su empoderamiento y posibilite opciones diferentes a mantenerse con el nivel presente de activación. Como punto intermedio a ofrecer una alternativa que la persona puede no aceptar, puede ser útil ofrecer cosas que puedan ser percibidas como actos de amabilidad (entretenimiento y comodidad), siempre desde el marco de la seguridad.

Las alternativas que se le ofrezcan a la persona tienen que ser realistas y hacerse de forma honesta. Nunca se ofrecerá una alternativa que posteriormente no se podrá cumplir, pues ello aumentará la desconfianza y el nivel de activación, deteriorando la relación terapéutica. En cuanto a la oferta de la toma de medicación, se debe hacer de forma paulatina y estratégica, reduciendo las alternativas a la toma de medicación conforme aparezcan negativas por parte del paciente. Las técnicas de persuasión que se pueden emplear en estas situaciones son las siguientes:

- Enfoque colaborativo: "¿Qué le puede ayudar en este momento?" "¿Qué le ha ayudado en momentos como este?"
- Enfoque realista: "Pienso que realmente le ayudaría tomar algo de medicación" "En situaciones como esta, tomar algo de medicación le ayudara a encontrarse mejor"
- Enfoque persuasivo: "Pienso que necesita tomar algo de medicación, se encontrará más tranquilo y podremos ayudarle mejor"
- Enfoque inductivo: "Está usted muy nervioso y nada está funcionando para ayudarle a calmarse, le voy a dar esta medicación, es segura y funciona muy bien"
- Enfoque coercitivo: "Voy a tener que insistir en que se tome la medicación"

Reconciliar. Una vez la persona ha vuelto a un estado basal de activación, se ha de reconciliar con el personal para evitar la futura activación, especialmente si se ha necesitado contención física, estableciendo la necesidad que existía para realizar la intervención y explorando alternativas ante una situación de agitación futura.

Anexo D. Cuestionario de consumo de psicofármacos

Nombre del paciente:
Nombre del enfermero/a:
Fecha de realización:

1. Tipo de sustancia:

Benzodiazepinas (*ejemplos: Midazolam, Lorazepam, Diacepam y Alprazolam. ...*)

Cantidad semanal (número total de dosis consumida a la semana):

Frecuencia de consumo:

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

Otra:

Tipo de pauta médica:

Ordinaria

Si precisa (PRN)

Sin pauta

Antipsicóticos o neurolépticos (*ejemplo: aripiprazol, olanzapina, clozapina y risperidona Haloperidol, Clorpromazina y Levomepromazina*)

Cantidad semanal (número total de dosis consumida a la semana):

Frecuencia de consumo:

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

Otra:

Tipo de pauta médica:

Ordinaria

Si precisa (PRN)

Sin pauta

2. Número de derivaciones a la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica de Agudos (UHPA) en el último mes (indicar número y mes).

Fuente: Elaboración propia

Anexo E. Cuestionario 1 SATISFACCIÓN SALA CALMA

La sala de calma está pensada para ayudarte a sentirte mejor y más relajado ante momentos de inquietud, enfado, estrés... evitando uso de medicación.

Rodea la carita que mejor defina tu opinión.

¿Te resulta más fácil tranquilizarte desde que utilizas la sala de calma?

Nada

Poco

Bastante

Mucho



¿Cuánto consideras que te ayuda a relajarte ante situaciones de crisis?

Nada

Poco

Bastante

Mucho



¿Te sientes seguro y protegido en la sala de calma?

Nada

Poco

Bastante

Mucho



¿Te gustaría seguir utilizando la sala de calma?

Nada

Poco

Bastante

Mucho



Fuente: Elaboración propia

Anexo F. Cuestionario 2 "AYUDANOS A MEJORAR"

¿QUÉ TE HA PARECIDO LA EXPERIENCIA EN LA SALA DE CALMA?

Es importantísimo que nos digas tu opinión para poder mejorar y que la próxima vez te sientas mucho mejor.

¡¡¡AYÚDANOS A MEJORAR!!!

Respecto al equipamiento de la sala:

- ¿Te has sentido cómodo en la sala? SI NO
- ¿Te ha tranquilizado lo que has escuchado de sonido de fondo? SI NO
- ¿Te han relajado las luces? SI NO
- ¿Te ha gustado el olor de la sala? SI NO
- Si has preferido tomar algo durante tu estancia,
- ¿estaba a tu gusto? SI NO
- ¿crees que te ha sentado bien? SI NO

Respecto al profesional que te ha acompañado:

- ¿Es quien tu preferías? SI NO
- ¿Te has sentido acompañado? SI NO
- ¿Te has sentido escuchado? SI NO
- ¿Te ha ayudado como tu querías o esperabas? SI NO

¿Cómo crees que podría hacerlo mejor?

En general:

A continuación, puntúa del 1 al 5 marcando con una X:

	1 (menos)	2	3	4	5 (más)
¿Has salido más calmado que cuando entraste?					

	1 (muy poco)	2 (poco)	3 (ni fú ni fá)	4 (Bastante)	5 (mucho)
¿Te ha gustado la experiencia?					

Fuente: Elaboración propia

Anexo G. Modelo de VASM para la sala de la calma

Nombre del paciente	
Nombre profesional que cumplimenta:	
Fecha de actualización	
-Situaciones en que se debe hacer uso de la sala de la calma	
-Signos y síntomas de alerta.	
-Acciones o actuaciones que favorecen que la persona se sienta bien o mal.	
-Preferencias relacionadas con la intervención terapéutica.	
-Preferencias sensoriales elegidas.	
-Opciones personales ante situaciones de crisis	
-Preferencias respecto a los profesionales que quiere que le acompañen en su proceso.	

Fuente: Elaboración propia