Rediseñar la urgencia. Un nuevo modelo para atender las crisis en salud mental

Jorge Cuevas
Jefe de Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Cuando una persona llega a urgencias en plena crisis de salud mental, puede sentirse desbordada, asustada o incapaz de comprender lo que sucede. Entra en un espacio con ruido, circulación constante y pocas posibilidades de preservar la intimidad. No sabe cuánto deberá esperar ni qué ocurrirá después. El equipo profesional intenta valorarla y establecer una relación terapéutica en un entorno sometido a una presión continua.

La sobrecarga sensorial, la falta de privacidad, la dificultad para orientarse y la imprevisibilidad de los circuitos pueden aumentar la ansiedad, favorecer la agitación y hacer más difícil la desescalada. También pueden obligar a los profesionales a intervenir cuando el conflicto ya se ha producido, en lugar de disponer de las condiciones adecuadas para prevenirlo.

La evidencia disponible sugiere que las características físicas de los dispositivos de salud mental pueden influir en la experiencia de los pacientes y contribuir, junto con otras intervenciones, a reducir el aislamiento y la contención, aunque todavía faltan evaluaciones sólidas en contextos asistenciales diversos[1,2].

Este es el punto de partida de la ampliación y reforma integral de las Urgencias de Salud Mental del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. El proyecto no pretende únicamente aumentar la superficie de una unidad que había quedado obsoleta en términos de espacio y capacidad. Su objetivo es más ambicioso: pensar una nueva manera de atender las crisis de salud mental y diseñar el espacio que permita hacerla realidad.

La necesidad de la ampliación

Durante los últimos cinco años, la unidad de urgencias del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol ha experimentado un crecimiento sostenido de la actividad y un aumento de la complejidad clínica. A esta evolución se sumó, en 2023, la incorporación de la atención a la población infantojuvenil del territorio. El espacio disponible, concebido para otra realidad asistencial, dejó de ofrecer la capacidad y la funcionalidad necesarias.

Los datos ayudan a dimensionar el reto. En 2025, las Urgencias de Salud Mental atendieron alrededor de 5.076 visitas y 1.000 interconsultas en el servicio de medicina en urgencias. El tiempo medio de permanencia fue de unas 11 horas y 21 minutos y cerca del 8,5 % de las visitas superaron las 24 horas.

Estas cifras muestran que el contacto con el espacio no es fugaz. Muchas personas permanecen allí durante horas mientras esperan una valoración, la estabilización de la crisis o una decisión clínica. Así, este tiempo puede convertirse en un espacio terapéutico o en un periodo de mayor malestar.

Ante esta situación, el hospital priorizó en 2025 la ampliación y reforma integral de la unidad. AHEAD Barcelona Healthcare Architecture desarrolla el proyecto ejecutivo de arquitectura y obra civil en coordinación con el Servicio de Psiquiatría y los servicios técnicos del hospital. Sin embargo, el alcance de la iniciativa no se comprende si se presenta únicamente como una obra. La ampliación abre la posibilidad de revisar los circuitos, la relación entre pacientes y profesionales y la propia concepción de la atención urgente.

No solo cambios cuantitativos sino también cualitativos

Una ampliación hospitalaria puede limitarse a reproducir el modelo existente en un espacio mayor: más boxes, más pasillos, más salas de espera y más puestos de trabajo. Sin embargo, es necesario expandir la visión e ir más allá: ¿cómo deberían funcionar unas urgencias de salud mental si se diseñaran desde la experiencia de las personas y no solo desde las limitaciones del edificio?

Responder a esta pregunta obliga a cuestionar algunos rasgos del modelo tradicional. En muchas urgencias, la atención psiquiátrica se organiza alrededor de la evaluación inicial y la espera: esperar una segunda valoración, una cama, un traslado o una decisión sobre el alta. Durante ese tiempo, la persona puede permanecer en un entorno poco adaptado a sus necesidades, con escasa autonomía y pocos recursos para regularse.

¿Cómo deberían funcionar unas urgencias de salud mental si se diseñaran desde la experiencia de las personas y no solo desde las limitaciones del edificio?

El nuevo modelo busca que la atención comience desde el primer momento. Esto supone pasar de la espera pasiva a la intervención temprana; de espacios indiferenciados a zonas pensadas para distintas necesidades; de recorridos confusos a circuitos comprensibles; de una vigilancia centrada exclusivamente en el control a una observación próxima y terapéutica; y de una respuesta reactiva ante la agitación a una estrategia de prevención y desescalada.

Foto de Luis Ribeiro en Pexels.

Foto de SHVETS production en Pexels.

También implica reconocer necesidades diferentes. Algunas personas requieren menos estímulos, mientras que otras pueden beneficiarse del contacto y la actividad. La presencia de población adulta e infantojuvenil obliga, además, a separar adecuadamente perfiles, edades y situaciones clínicas.

El espacio como intervención de salud

El proyecto de investigación NEUROCARE-ED, impulsado desde el Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol junto con AHEAD, formula esta transformación con una idea central: el entorno construido no es un telón de fondo pasivo, sino una intervención estructural que puede promover la salud, prevenir daños y favorecer una atención más segura.

La propuesta define el rediseño arquitectónico mediante requisitos funcionales y no como una operación estética. El primero es la modulación sensorial. Una persona en crisis puede tener dificultades para procesar el ruido, la luz, el movimiento o la presencia constante de otras personas. Controlar la acústica, evitar una actividad visual excesiva y ofrecer ambientes con distintos niveles de estimulación puede contribuir a disminuir el malestar.

El segundo requisito es mejorar la orientación y la previsibilidad. Orientarse no significa únicamente encontrar una señal. Supone comprender dónde se está, qué zonas pueden utilizarse, dónde están los profesionales y qué sucederá a continuación. Un espacio legible reduce incertidumbre, facilita la autonomía y ayuda a los equipos a explicar mejor el proceso asistencial.

El tercer elemento es la privacidad. En unas urgencias de salud mental se comparten historias personales, situaciones traumáticas y decisiones clínicas sensibles. Proteger la confidencialidad de las conversaciones, reducir la exposición pública de los momentos de agitación y disponer de lugares adecuados para recibir a las familias son condiciones esenciales de una atención digna.

El cuarto requisito afecta a los circuitos y a la seguridad. Un espacio seguro no tiene por qué resultar restrictivo. La visibilidad, la proximidad de los profesionales, la zonificación, la reducción de recorridos innecesarios y la separación de flujos cuando sea preciso pueden prevenir situaciones de riesgo sin convertir la unidad en un entorno dominado por barreras y restricciones.

Por último, el proyecto prevé espacios destinados a la desescalada y a la valoración clínica oportuna: lugares donde reducir voluntariamente los estímulos, mantener una conversación tranquila, observar la evolución o iniciar una intervención antes de que el malestar se transforme en conflicto.

> El entorno construido no es un telón de fondo pasivo, sino una intervención estructural que puede promover la salud, prevenir daños y favorecer una atención más segura.

Las revisiones realizadas sobre arquitectura y salud mental señalan precisamente la importancia de combinar diferentes capas de diseño: privacidad, espacios comunes, contacto con el exterior, reducción del ruido, claridad de la distribución, ambientes menos institucionales y disponibilidad de áreas destinadas a la regulación sensorial[1,2]. No existe un único elemento capaz de transformar por sí solo la atención. El efecto depende de cómo estas decisiones se integran en el conjunto del entorno y en el modelo asistencial.

Diseñar desde la experiencia

Para que el nuevo espacio funcione, las decisiones arquitectónicas deben surgir del conocimiento cotidiano del servicio. Arquitectos, psiquiatras, profesionales de enfermería y responsables de infraestructuras observan problemas diferentes. Un recorrido lógico sobre un plano puede resultar ineficiente, una sala amplia puede no permitir una conversación confidencial, y una solución de seguridad puede limitar la autonomía.

Diseñar desde la experiencia significa estudiar todo el recorrido: dónde se espera, cuándo se recibe información, cómo se realiza la valoración, qué sucede si aumenta la agitación, cómo participa la familia y cómo se coordinan los profesionales. También exige identificar los momentos de mayor tensión, los cuellos de botella y las pérdidas de privacidad.

La experiencia de pacientes y familias debe ocupar un lugar fundamental. Su mirada revela qué elementos transmiten control o castigo, qué ayuda a recuperar seguridad y qué decisiones aumentan la pérdida de autonomía.

Safewards: prevenir antes de contener

El proyecto conecta con una transformación internacional de la atención psiquiátrica orientada a reducir el conflicto y las prácticas restrictivas. Uno de sus referentes es Safewards, un modelo desarrollado para comprender cómo surgen los episodios de conflicto y contención en las unidades de salud mental.

Safewards parte de que la agresividad, la fuga, el rechazo al tratamiento o las autolesiones no dependen únicamente de las características del paciente. También influyen el equipo profesional, las normas, la comunidad de pacientes, el entorno físico, los acontecimientos externos y el marco regulador. Estos ámbitos pueden generar situaciones o puntos de tensión capaces de desencadenar un episodio de conflicto y una posterior intervención restrictiva[3].

El modelo se concreta en intervenciones para mejorar la comunicación y responder de forma menos coercitiva. Un ensayo controlado por conglomerados de Safewards, realizado en 31 unidades de 15 hospitales británicos, encontró una reducción de los acontecimientos de conflicto y de las intervenciones de contención en las unidades que aplicaron el modelo[4].

La experiencia de Victoria, en Australia, resulta especialmente interesante porque Safewards se probó también en tres servicios de urgencias. La evaluación comunicó una reducción conjunta del 30 % de los llamados *code grey*, respuestas organizadas ante situaciones violentas, agresivas o amenazantes. En las personas atendidas bajo la legislación de salud mental, la mediana de duración de la contención mecánica disminuyó de 1,8 a 1,2 horas[5].

Safewards no es un modelo arquitectónico. Su valor para el Germans Trias reside en mostrar que el espacio, las relaciones y las prácticas profesionales forman parte de un mismo sistema. Una sala de desescalada no reduce por sí sola la coerción: debe acompañarse de equipos preparados para utilizarla de manera preventiva y de una cultura que considere la contención como último recurso. El equipo del hospital cuenta, además, con experiencia en la introducción y adaptación del modelo en España.

EmPATH: transformar la espera en tratamiento

Otro referente son las unidades EmPATH, siglas de *Emergency Psychiatric Assessment, Treatment and Healing*. El modelo cuestiona la permanencia prolongada de las personas con crisis de salud mental en boxes convencionales, donde pueden pasar horas o días esperando una decisión o una cama.

Las unidades EmPATH proponen trasladarlas rápidamente a un entorno especializado, calmado y orientado a la recuperación. Allí reciben evaluación psiquiátrica temprana, tratamiento, observación y apoyo durante un periodo breve. En lugar de entender el tiempo como una espera hasta el ingreso, se utiliza para estabilizar la crisis y valorar si la persona puede regresar de forma segura a la comunidad. El modelo se apoya en una atención rápida, no coercitiva y centrada en la recuperación.

La evidencia disponible es alentadora, aunque procede principalmente de Estados Unidos. Un estudio con personas atendidas por ideación o intento de suicidio asoció la implantación de una unidad EmPATH con menos

tiempo en urgencias, menos ingresos psiquiátricos y un mejor seguimiento ambulatorio[6]. Una revisión de unidades de crisis de corta estancia observó también reducciones en el tiempo de urgencias y en los ingresos, aunque agrupaba modelos diversos[7].

El Hospital Germans Trias no pretende replicar las unidades EmPATH, sino incorporar principios transferibles: iniciar el tratamiento cuanto antes, evitar que la espera sea tiempo clínicamente vacío, ofrecer un entorno menos estimulante, observar sin aislar de forma innecesaria y disponer de tiempo para que la crisis evolucione antes de decidir un ingreso.

Un modelo propio

La innovación consiste en combinar tres dimensiones. La primera es el espacio: acústica, iluminación, privacidad, orientación, zonificación, circulación y lugares para la desescalada. La segunda es la práctica clínica: evaluación temprana, prevención de conflictos, comunicación, atención basada en derechos y reducción de medidas coercitivas. La tercera es la organización: circuitos claros, coordinación entre profesionales, registro homogéneo de incidentes y seguimiento continuo de resultados.

Ninguna funciona de manera aislada. Un edificio nuevo no transforma automáticamente la atención si se mantienen los mismos procedimientos, del mismo modo que una formación en desescalada encuentra límites si debe aplicarse en un pasillo ruidoso, sin privacidad y con circulación constante.

Foto de cottonbro studio en Pexels.

> Las unidades EmPATH proponen trasladar rápidamente a las personas con una crisis de salud mental a un entorno especializado, calmado y orientado a la recuperación.

El cambio también debe cuidar a los profesionales. Trabajar en urgencias psiquiátricas implica gestionar incertidumbre, sufrimiento intenso y situaciones potencialmente peligrosas. Una mayor previsibilidad, mejores condiciones acústicas, una supervisión adecuada y espacios que faciliten la comunicación pueden reducir la sobrecarga, mejorar la seguridad percibida y favorecer el clima de equipo.

Medir para saber si funciona

Uno de los aspectos más innovadores del proyecto es que la reforma no se evaluará únicamente mediante opiniones o imágenes del resultado final. NEUROCARE-ED plantea medir qué ocurre antes y después de la puesta en marcha para comprobar si el nuevo modelo modifica la experiencia, la seguridad y el funcionamiento del servicio.

El indicador principal será un índice compuesto de coerción expresado por cada mil horas-paciente. Este denominador permite considerar el tiempo real de exposición al entorno. Se registrarán por separado los episodios de aislamiento, la medicación oral o intramuscular forzosa y las contenciones, incluyendo su duración cuando sea posible.

Junto a estos datos se estudiará la duración de la estancia, tanto como medida continua como mediante umbrales —por ejemplo, las visitas superiores a 24 horas—, y las reconsultas no planificadas durante las primeras setenta y dos horas y los siete días siguientes. También se analizarán los incidentes de seguridad y conflicto, los ingresos y otros indicadores de flujo.

NEUROCARE-ED plantea medir qué ocurre antes y después de la puesta en marcha para comprobar si el nuevo modelo modifica la experiencia, la seguridad y el funcionamiento del servicio.

La experiencia de pacientes y profesionales se evaluará con cuestionarios estandarizados. En los pacientes se observarán dimensiones como la satisfacción, el clima terapéutico, la percepción de seguridad, la privacidad y la comunicación. En los profesionales se analizarán la calidad percibida de la atención, las condiciones psicosociales, el clima de equipo, la seguridad y el funcionamiento del diseño.

El proyecto incorporará además una evaluación económica. No bastará con saber si el nuevo entorno obtiene mejores resultados. Habrá que determinar qué recursos requiere, si evita costes relacionados con incidentes, estancias prolongadas o reconsultas y si constituye una inversión sostenible para un sistema público.

La comparación se realizará en condiciones reales, con datos anteriores y posteriores a la apertura y un periodo de estabilización. Una serie temporal interrumpida permitirá observar cambios en el nivel o la tendencia de los indicadores; cuando exista un comparador válido, se añadirán análisis cuasiexperimentales.

La evaluación tendrá limitaciones: pueden cambiar las plantillas, los protocolos, la actividad o el perfil de los pacientes. Por eso se registrarán las cointervenciones y la fidelidad de la implementación. La pregunta no será solo si el edificio es nuevo, sino si espacio, prácticas y organización se aplican como estaba previsto.

De Germans Trias a otros hospitales

El proyecto aspira a generar conocimiento transferible. Para ello distinguirá entre componentes esenciales y soluciones adaptables. Son esenciales la reducción de la sobrecarga sensorial, la privacidad, la orientación, los circuitos seguros, la capacidad de desescalada y la evaluación temprana. En cambio, la distribución concreta, los materiales o determinadas soluciones constructivas deberán adaptarse a cada edificio y a los recursos disponibles.

La intención es traducir el aprendizaje en un paquete de replicación con requisitos funcionales, listas de comprobación, un manual de implementación, un conjunto mínimo de datos y un cuadro de mando. Si los resultados muestran una mejora sostenida sin deteriorar la seguridad, el modelo podría probarse primero en otras unidades comparables de Cataluña y, posteriormente, en otros territorios.

El proyecto plantea así una cuestión que va más allá de una reforma hospitalaria. ¿Puede el entorno construido reducir daños evitables? ¿Puede una organización espacial diferente ayudar a sustituir la contención por la desescalada? ¿Puede mejorar simultáneamente la experiencia del paciente y las condiciones de trabajo de los profesionales?

La arquitectura no cura por sí sola y ningún diseño elimina completamente la incertidumbre o el conflicto. Pero el espacio puede evitar añadir sufrimiento a quien ya llega en crisis. Puede ofrecer intimidad, orientación, calma y oportunidades para recuperar el control. Puede facilitar que los profesionales intervengan antes y se relacionen de otra manera con las personas atendidas.

La verdadera innovación de las nuevas Urgencias de Salud Mental del Hospital Germans Trias i Pujol no

Foto de Bakyt Kosjan en Pexels.

será disponer de más metros cuadrados. Será convertir esos metros en un modelo de atención distinto y demostrar, mediante indicadores, si el cambio se traduce en menos coerción, mayor seguridad, una experiencia más humana y mayor bienestar de sus trabajadoras. En unas urgencias concebidas de este modo, la atención no comienza cuando termina la espera. Comienza en el momento mismo en que la persona entra en el espacio.

Referencias bibliográficas

1. Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, et al. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: a rapid systematic review. *BMJ Open*. 2021;11. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-046647.

2. Rodríguez-Labajos L, Kinloch J, Grant S, O'Brien G. The role of the built environment as a therapeutic intervention in mental health facilities: a systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. 2024;17(2):281-308. DOI: 10.1177/19375867231219031.

3. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(6):499-508. DOI: 10.1111/jpm.12129.

4. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(9):1412-1422. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001. Corrección publicada en 2016.

5. Safer Care Victoria. *Safewards in Three Emergency Departments: Pilot Final Report*. Victoria State Government; 2020.

6. Kim AK, Vakkalanka JP, Van Heukelom P, Tate J, Lee S. Emergency psychiatric assessment, treatment, and healing unit decreases hospital admission for patients presenting with suicidal ideation in rural America. *Academic Emergency Medicine*. 2022;29(2):142-149. DOI: 10.1111/acem.14374.

7. Stamy C, Shane DM, Kannedy L, et al. Economic evaluation of the emergency department after implementation of an Emergency Psychiatric Assessment, Treatment, and Healing unit. *Academic Emergency Medicine*. 2021;28(1):82-91. DOI: 10.1111/acem.14118.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@wemindcluster.com
Para contactar directamente con el autor:
jcuevasesteban.germanstrias@gencat.cat