

## **“Transformación, cuidados y humanización”: Proyecto de Apertura de Unidad de Hospitalización Breve Puertas Abiertas (UHB-PA) en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.**

### Justificación

El Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 recientemente aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, representa un avance en la política sanitaria española. Busca transformar el modelo de atención en salud mental, centrándose en la humanización de los servicios, la lucha contra el estigma y la promoción de un enfoque comunitario basado en los derechos humanos. Se estructura en ocho líneas estratégicas, siendo las tres primeras las designadas como acciones prioritarias:

- Línea 1 - Refuerzo de los recursos humanos en salud mental.
- Línea 2 - Salud mental comunitaria y alternativas a la institucionalización.
- Línea 3 - Modelo de atención orientado a los derechos humanos, humanización y lucha contra el estigma.

El modelo tradicional de hospitalización en Salud Mental se ha basado históricamente en el control, el aislamiento y la restricción como medidas de seguridad. Debido al énfasis actual en la medición de la eficacia de los servicios de salud mental se ha tomado en consideración la necesidad de un cambio de paradigma. En respuesta, las políticas de salud mental están moviéndose hacia programas y servicios encaminados a la recuperación, incentivando la participación del usuario en el uso de técnicas confiables, válidas y definidas por él mismo, para medir con mayor precisión los resultados en salud.

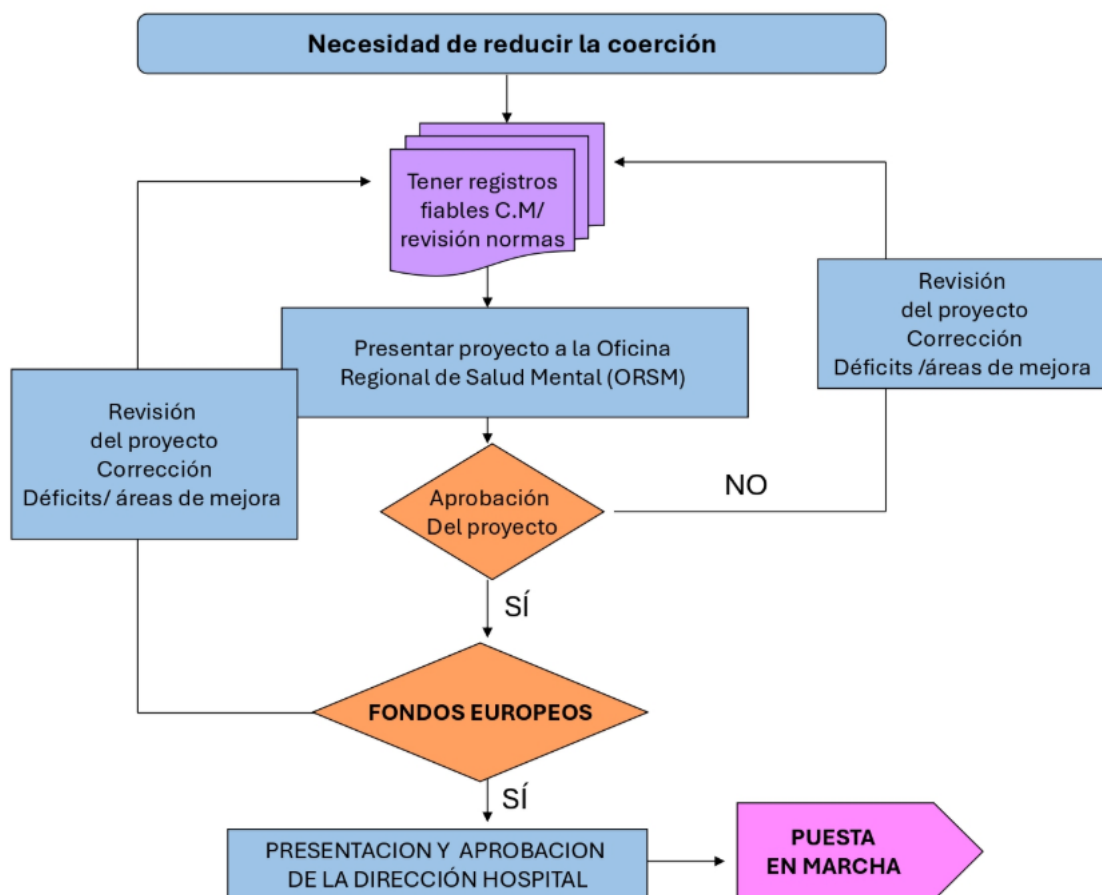
Las unidades de puertas abiertas proponen un cambio de paradigma que se articula con las líneas estratégicas del Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Este sistema funciona ya en España en distintos hospitales entre los que se encuentran: Hospital Comarcal de Inca (Palma de Mallorca), Hospital General Universitario de Elda (Alicante), Hospital Germans Trias i Pujol (Badalona) y Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

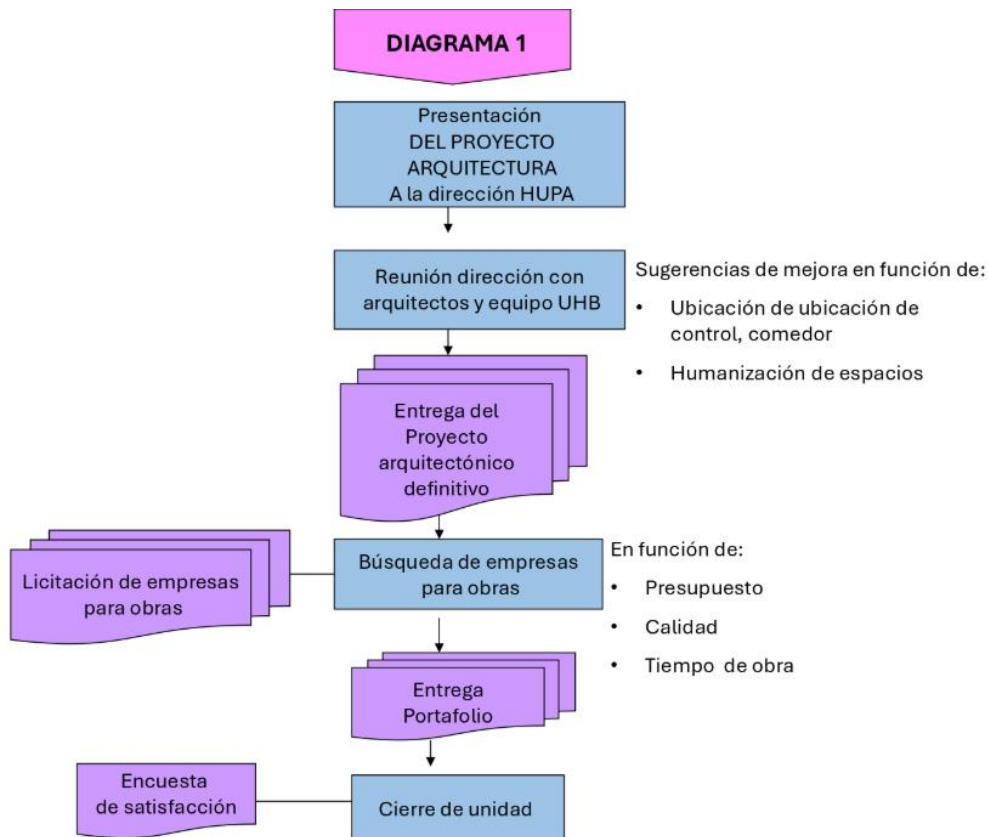
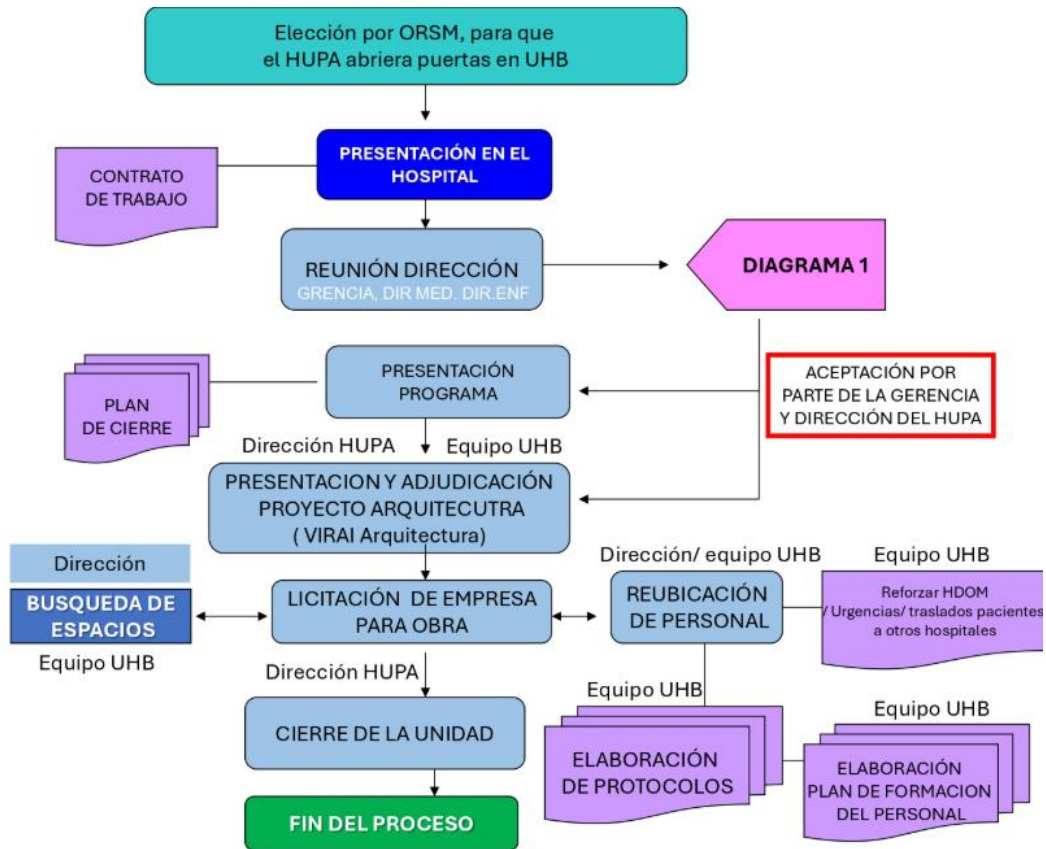
Países como Inglaterra, a través de unidades que ofrecen atención intensiva diurna y pernocta en el domicilio familiar (acute day units); Australia, mediante enfoques que integran el tratamiento médico con el apoyo comunitario; o Finlandia, con sus modelos de emergencia sin restricciones; ya han demostrado que las nuevas formas de hospitalización reducen el número de conflictos, de conductas autolesivas y de medidas restrictivas tales como el aislamiento, la contención mecánica y la medicación forzada. Al priorizar la autonomía como en los Países Bajos o la rehabilitación e integración comunitaria como en Suecia, se promueve la participación de los pacientes en su propio proceso de recuperación.

## Planificación y/o cronograma

Se ha desarrollado un proyecto de intervención organizativa y asistencial en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) orientado a la implementación progresiva del Modelo de Puertas Abiertas. El diseño del proyecto contempla una estrategia estructurada de cambio organizacional basada en la revisión de la literatura científica y en la adaptación a las características del contexto hospitalario.

En los siguientes diagramas de flujo queda recogido el proceso de presentación institucional del *“Plan de Apertura Unidad de Puertas Abiertas de Salud Mental, Hospital Universitario Príncipe de Asturias”* y sus aprobaciones para la puesta en marcha, llevado a cabo entre 2024-2025.





El programa se ha articulado en tres fases principales:

<b>FASE PREPARATORIA</b>	<b>Evaluación de necesidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio y análisis de la capacidad de implementar la unidad de puertas abiertas.</li> <li>Evaluación de recursos humanos, financieros y físicos disponibles.</li> </ul>
	<b>Diseño de la Unidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora del entorno terapéutico: comodidad, autonomía y seguridad.</li> <li>Creación de espacios cálidos y hogareños</li> <li>Estrategias arquitectónicas para supervisión sin cierre de puertas.</li> </ul>
	<b>Formación del personal y posibles contrataciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creación del equipo interdisciplinar y capacitación mediante un curso presencial</li> <li>Ampliación del equipo asistencial si fuese necesario.</li> </ul>
<b>FASE DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>Desarrollo de protocolos de puertas abiertas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a áreas comunes y actividades terapéuticas en entorno no restrictivo.</li> <li>Sistema de seguridad minimizando restricciones físicas.</li> <li>Flexibilidad según necesidades del centro (apertura intermitente de puertas, zonas abiertas/cerradas).</li> </ul>
	<b>Servicios terapéuticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terapias individuales y grupales, terapia ocupacional, grupos de cuidados, actividades de ocio y tiempo libre.</li> <li>Participación del paciente en su plan individualizado de tratamiento (PIT).</li> </ul>
	<b>Colaboración comunitaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vínculos con dispositivos comunitarios</li> <li>Programas específicos para pacientes con dificultades en la transición.</li> </ul>
	<b>Apertura progresiva de la unidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sustitución de dinámicas de control por acompañamiento terapéutico.</li> <li>Evaluación individualizada del riesgo.</li> <li>Aplicación de marcos de intervención: Safewards, Atención Informada en el Trauma, Marco PAS.</li> </ul>
<b>FASE DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b>	<b>Evaluación continua</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de retroalimentación y medición de satisfacción de pacientes.</li> <li>Revisión periódica de protocolos y ajustes según necesidades.</li> </ul>
	<b>Financiación y sostenibilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo sostenible que reduzca reingresos y estancia prolongada.</li> <li>Consideración de recursos conceptuales, personal, estructurales e implicación institucional y política.</li> </ul>
	<b>Promoción y difusión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de comunicación con la comunidad y profesionales.</li> <li>Difusión de la filosofía de puertas abiertas y atención centrada en la persona.</li> </ul>
	<b>Lanzamiento de la Unidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación oficial del proyecto en el área de Salud Mental.</li> <li>Inauguración de la unidad.</li> <li>Implementación gradual de medidas para asegurar adaptación y evitar regresiones al modelo previo.</li> </ul>

## Enfoque

Para lograr esta transición en nuestra UHB, nos apoyamos en tres pilares metodológicos que buscan reducir el estrés ambiental y el sentimiento de encarcelamiento, facilitando una integración social más efectiva tras el alta en comunidad.

## Modelo Safewards

Numerosos estudios han evidenciado que el modelo Safewards reduce los eventos conflictivos y el uso de medidas coercitivas mediante herramientas orientadas a la prevención y gestión de crisis, con el objetivo de favorecer un ambiente seguro y terapéutico dentro de la unidad.

Para ello, promueve la comunicación efectiva y el empoderamiento del paciente, animándolo a participar activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Asimismo, la evaluación constante de riesgos y fortalezas permite identificar precozmente factores que puedan desencadenar una situación de crisis, logrando así capitalizar los recursos personales de cada paciente en un ambiente colaborativo.

### **Atención informada en el trauma**

Alejándose del modelo biomédico que predomina actualmente en la atención de la salud mental, la atención informada en el trauma busca comprender y dar sentido al impacto físico, psicológico y emocional que las experiencias traumáticas tienen en la persona.

Mediante evaluaciones realizadas por el equipo multidisciplinar, se identifican las fortalezas y dificultades de los pacientes con el objetivo de empoderarlos y elaborar un plan de tratamiento ajustado a sus necesidades. Del mismo modo, se reducen las contenciones físicas, el aislamiento y los síntomas derivados del estrés postraumático.

### **Marco PAS: Puntos de apoyo y seguridad (PAS)**

Este marco propone una forma de comprender el malestar psicológico centrada en las fortalezas y estrategias de supervivencia de la persona, alejándose de una interpretación basada solamente en diagnósticos médicos. Muchas conductas que actualmente se consideran síntomas de trastorno mental pueden entenderse como respuestas comprensibles ante circunstancias traumáticas.

En este contexto, el modelo CCC (Comprehend, Cope and Connect), desarrollado por Clarke, ofrece un enfoque flexible que ayuda a la persona a comprender sus experiencias, identificar los patrones que mantienen su malestar y desarrollar formas de afrontamiento más adaptativas.

Cada uno de estos programas y unidades de puertas abiertas tiene sus propios enfoques y modelos de atención. La efectividad de estas iniciativas se ha demostrado mediante una reducción del tiempo de hospitalización, la disminución del uso de restricciones físicas y la mejora en la satisfacción de los pacientes.

Así lo indican numerosos estudios, como el publicado en *The Lancet Psychiatry* en 2016, que demostró la ausencia de diferencias significativas entre unidades cerradas y abiertas en cuanto a fugas o eventos adversos; un estudio cuasi-experimental publicado en 2022, que concluyó que es posible gestionar este tipo de unidades sin correr riesgos inadecuados; o un ensayo iniciado en Noruega en 2022, diseñado para evaluar el impacto de este cambio de paradigma.

## Abordaje grupal: grupo terapéutico y equipo asistencial

Por último y fuera de los modelos anteriormente mencionados, se hace importante destacar el abordaje grupal que se lleva a cabo en la UHB como un pilar fundamental para incorporar de manera efectiva el modelo de puertas abiertas.

Este enfoque busca transformar la dinámica de la unidad en una comunidad terapéutica, construyendo un entorno seguro, terapéutico y colaborativo, que involucra activamente tanto a pacientes como a profesionales. Para alcanzar esta meta, la intervención se estructura en torno a los siguientes objetivos:

<b>Creación de un espacio seguro:</b> Establecer normas de convivencia claras y generar un ambiente acogedor que fomente el compromiso con el tratamiento.
<b>Formación de la comunidad terapéutica:</b> Promover la cohesión y la participación de los pacientes en cuanto a la toma de decisiones y la planificación de las actividades.
<b>Intervenciones terapéuticas y expresivas:</b> Utilizar técnicas que faciliten la comunicación, la expresión emocional y el apoyo mutuo (arte, música, dramatización...)
<b>Reflexión y autoevaluación:</b> Generar espacios de intercambio entre pacientes y profesionales donde se puedan compartir experiencias, logros y dificultades que favorezcan el empoderamiento y la retroalimentación constructiva entre los participantes.
<b>Desarrollo de habilidades sociales:</b> Entrenar la comunicación interpersonal y la resolución de conflictos en un entorno seguro y protegido.
<b>Sentido de agencia:</b> Potenciar el empoderamiento y la responsabilidad compartida mediante el reconocimiento de logros individuales y grupales.
<b>Apoyo y supervisión profesional:</b> Garantizar la presencia activa de los profesionales para mantener la coherencia y seguridad del grupo.
<b>Evaluación y continuidad:</b> Ajustar el enfoque terapéutico según las necesidades identificadas y facilitar la transición gradual y exitosa hacia la comunidad tras el alta.

En conjunto, estos objetivos buscan transformar la dinámica grupal en un espacio de autonomía y recuperación, que facilite el éxito del modelo de puertas abiertas.

Para que esto sea efectivo, el equipo profesional debe generar un ambiente seguro, de confianza y de crecimiento, con un trabajo cohesionado, basado en una comunicación clara, un liderazgo flexible y el reconocimiento y participación de todos sus miembros. La falta de cuidado en estos aspectos y, como se menciona en el Modelo del Espejo Organizativo de Nitsun, puede derivar en inseguridad y fragmentación en el equipo, lo que interfiere a su vez en la capacidad terapéutica de la unidad.

Por tanto, el enfoque grupal implica entender la unidad como un espacio de convivencia que requiere atención tanto a las necesidades del paciente como al bienestar y estabilidad del profesional.

## Desarrollo y ejecución

El objetivo general del proyecto ha sido implementar un modelo asistencial de puertas abiertas en la UHB, basado en modelos humanizados, que reduzca las prácticas coercitivas y promueva la participación del paciente en su proceso de recuperación.

Desde el año 2010 se vino realizando un cambio organizacional y de cultura de trabajo hacia modelos que respetasen los derechos humanos en el Área de Salud Mental de Alcalá de Henares, especialmente en la UHB. Supuso transformar la mirada y articular la consecución de los siguientes objetivos:

- Disminuir la utilización de medidas coercitivas y restrictivas.
- Crear un entorno terapéutico colaborativo que fortalezca el clima social, la seguridad y el respeto dentro de unidad.
- Transformar los roles del equipo asistencial desde el enfoque de vigilancia-control hacia un modelo de acompañamiento terapéutico.
- Potenciar el marco grupal (grupo terapéutico, grupo de Buenos Días, grupos de cuidados, asamblea, grupos de psicoeducación...) como pilar fundamental de la intervención.



• TRATO PERSONALIZADO AL PACIENTE Y A LA FAMILIA EN LA UNIDAD



## Despliegue

El cambio de paradigma y la consolidación de un equipo multidisciplinar que sostenga el modelo de unidad de puertas abiertas no ha sido un evento repentino, sino el resultado de una reforma gradual del ambiente terapéutico, las dinámicas de trabajo y el enfoque de la práctica asistencial a lo largo de varios años. A continuación, se detallan los hitos fundamentales en nuestro quehacer cotidiano, que han permitido convertir la unidad de hospitalización en un espacio de recuperación.

### Flexibilización en el acceso y uso de pertenencias

Los primeros pasos se dieron a través de pequeños cambios orientados a una línea de trabajo menos coercitiva; se reflejaron en detalles como el acceso y uso de pertenencias o la ampliación del horario de visitas para familiares y amigos.

Respecto a las pertenencias, uno de los cambios significativos fue permitir el uso del teléfono móvil dentro de la unidad. Los teléfonos en la actualidad suponen un medio esencial para que la persona mantenga la comunicación y conexión con su entorno, favoreciendo la continuidad de su vida cotidiana y reduciendo el aislamiento intrínseco al ingreso hospitalario.

El uso del teléfono móvil se gestiona de forma individualizada según la situación clínica y los objetivos terapéuticos, permitiéndose generalmente entre las 7:30 y las 00:00 horas para favorecer el descanso nocturno. Asimismo, se habilitaron armarios y casilleros individuales para el acceso controlado a pertenencias personales, garantizando la seguridad individual y grupal.

### **Ampliación de los permisos de salida**

Paralelamente a la flexibilización de las normas internas, se potenciaron los permisos y actividades fuera de la unidad con el objetivo de extender el proceso terapéutico más allá del espacio hospitalario, incluyéndonos en la comunidad y reduciendo el estigma social.

Los permisos de salidas fuera de la unidad evolucionaron en duración y objetivos hasta alcanzar el amplio abanico actual; incluye desde salidas terapéuticas con el personal de la unidad (cuatro al día) hasta permisos solos o acompañados de familiares y amigos. En cuanto a la duración, pueden ser desde salidas de media hora, de día completo, permiso con pernocta y permiso de fin de semana.

Todos estos permisos se llevan a cabo aplicando siempre el criterio de priorizar el objetivo terapéutico por encima del carácter voluntario o involuntario del ingreso.

### **Actividades lúdicas dentro y fuera de la unidad**

A su vez, esta línea de promover la interacción social fuera del entorno hospitalario impulsó al equipo a diseñar actividades orientadas al ocio y lo relacional. Esto comenzó de forma interna, promoviendo espacios distendidos donde profesionales y pacientes compartían juegos de mesa, actividades deportivas como el ping-pong o formulaban otro tipo de actividades terapéuticas (relajación, musicoterapia, actividades creativas, etc.).

Siguiendo la misma lógica de apertura vista anteriormente, estos encuentros evolucionaron también a dinámicas y actividades fuera de la unidad. Por ejemplo, en las estaciones con buen tiempo, se amplía la duración de las salidas terapéuticas grupales, lo que permite pasear tranquilamente por los pinares que rodean el complejo hospitalario. También, se plantearon iniciativas como excursiones al jardín botánico y, en la actualidad, se dispone de la utilización de las pistas deportivas un día a la semana, permitiendo trabajar objetivos terapéuticos mediante el deporte.

### **Modelo de trabajo compartido y empoderamiento del paciente**

El equipo multidisciplinar ha evolucionado desde un modelo de funcionamiento en el que la toma de decisiones recaía principalmente en la figura médica hacia una dinámica de trabajo más participativa, en la que los distintos profesionales intervienen activamente en el proceso asistencial terapéutico y de cuidados.

Este proceso comenzó con la inclusión y participación de todo el equipo en la transmisión de información, en las entrevistas terapéuticas (primero como observador y luego como participantes activos), en la toma de decisiones y en el diseño de los planes terapéuticos.

Un punto de inflexión en esta transformación fue el diseño y la implementación del Plan Individualizado Terapéutico (PIT), en la que profesionales participan activamente en la entrevista y seguimiento del plan, para asegurar la consecución de objetivos al ingreso del usuario. Estas intervenciones favorecen el fortalecimiento del vínculo terapéutico y la relación de confianza con el paciente, garantizando que las decisiones clínicas respeten su autonomía y sus derechos como eje central del proceso de recuperación.

### **Apertura del equipo hacia nuevos modelos de trabajo**

La transformación hacia el modelo de puertas abiertas no habría sido posible sin la apertura de mentalidad por parte de los profesionales, ya que la transición hacia modelos de trabajo más abiertos y menos restrictivos conlleva, intrínsecamente, enfrentarse a la incertidumbre y a los temores iniciales derivados de la gestión del riesgo.

Sin embargo, el equipo ha podido transformar los miedos iniciales en una oportunidad de aprendizaje y crecimiento, entendiendo que la seguridad del paciente no reside en el control rígido, sino en la solidez del vínculo y en la comprensión de su historia de vida. En definitiva, se busca sustituir la cultura de la vigilancia por una cultura del acompañamiento, donde el profesional se siente capacitado para asumir los retos del nuevo modelo.

### **Adecuación del espacio físico y coordinación institucional**

La transformación hacia un modelo de hospitalización breve de puertas abiertas requirió también una adaptación progresiva de los espacios físicos de la unidad. Para ello se llevaron a cabo reuniones periódicas de seguimiento de obra en las que participaron representantes de las distintas áreas implicadas del hospital.

Los encuentros con el equipo de arquitectura permitieron adaptar progresivamente las decisiones de diseño a las necesidades asistenciales del modelo, integrando criterios de seguridad, accesibilidad y arquitectura humanizada, así como coordinar la resolución de incidencias y el seguimiento de las fases de reforma.

### **Coordinación con la red comunitaria y difusión del modelo**

De forma paralela al proceso de transformación interna de la unidad, se promovieron espacios de encuentro con los distintos dispositivos de la red comunitaria de salud mental del área. El objetivo de estas reuniones fue presentar el programa de hospitalización de puertas abiertas, compartir su marco conceptual y generar espacios de diálogo entre profesionales.

La implementación de un modelo de estas características supone un cambio significativo respecto a los enfoques tradicionales de hospitalización psiquiátrica y, por tanto, requería ser comprendido y acompañado por los distintos equipos que participan en la continuidad asistencial.

Estos encuentros permitieron difundir el programa, resolver dudas, recoger inquietudes y fortalecer la coordinación entre dispositivos, favoreciendo una implementación progresiva y compartida del modelo y facilitando la continuidad de cuidados entre el ámbito hospitalario y comunitario.

### **Gestión de la carga asistencial y emocional**

Aunque se han superado numerosos desafíos a lo largo de estos años de transición, todavía existen situaciones complejas, derivadas de la consolidación de vínculos más auténticos con los usuarios, que inevitablemente son difíciles de gestionar y generan una carga emocional en los trabajadores a nivel individual y grupal.

En un inicio, aparecieron espacios informales de desahogo y sostén mutuo, en los que los profesionales podían expresar su malestar, sus miedos y sus preocupaciones, para después buscar soluciones en equipo que cuidaran al profesional y al paciente al mismo tiempo.

Posteriormente se incorporaron espacios de supervisión clínica grupal conducidos por un profesional externo, orientados al análisis de situaciones complejas, la gestión emocional del equipo y la resolución de conflictos asistenciales. Asimismo, se desarrollan sesiones mensuales de área en las que los distintos dispositivos comparten casos clínicos, intervenciones e iniciativas de investigación, favoreciendo el intercambio profesional y la mejora continua de la práctica clínica.

### **Resultados**

A continuación, se muestran los resultados del proyecto en consonancia con los tres pilares del Ambiente Terapéutico.

#### **Medio físico**

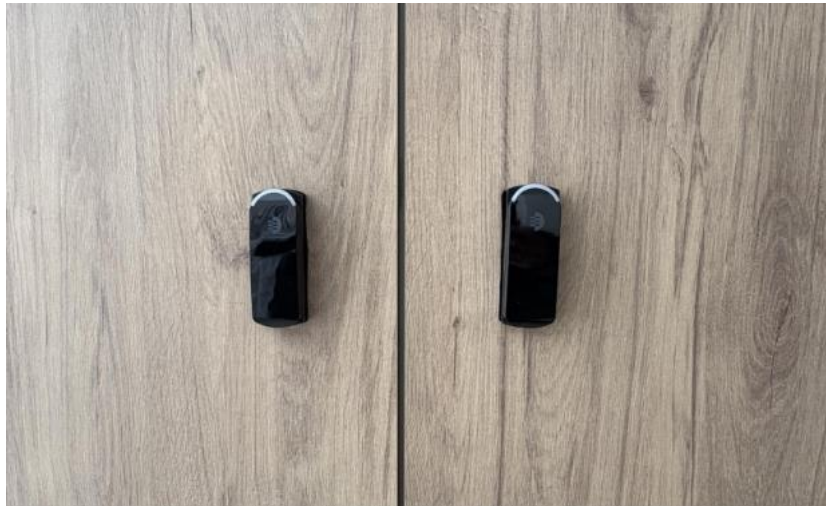
Se ha conseguido un entorno seguro, accesible, basado en los modelos de arquitectura amable y humanizada, con espacios de intimidad y de promoción de la relación y comunicación. Respecto a la seguridad, la unidad cuenta con sistemas de videovigilancia y sensores volumétricos en las puertas de emergencia para situaciones excepcionales de riesgo.





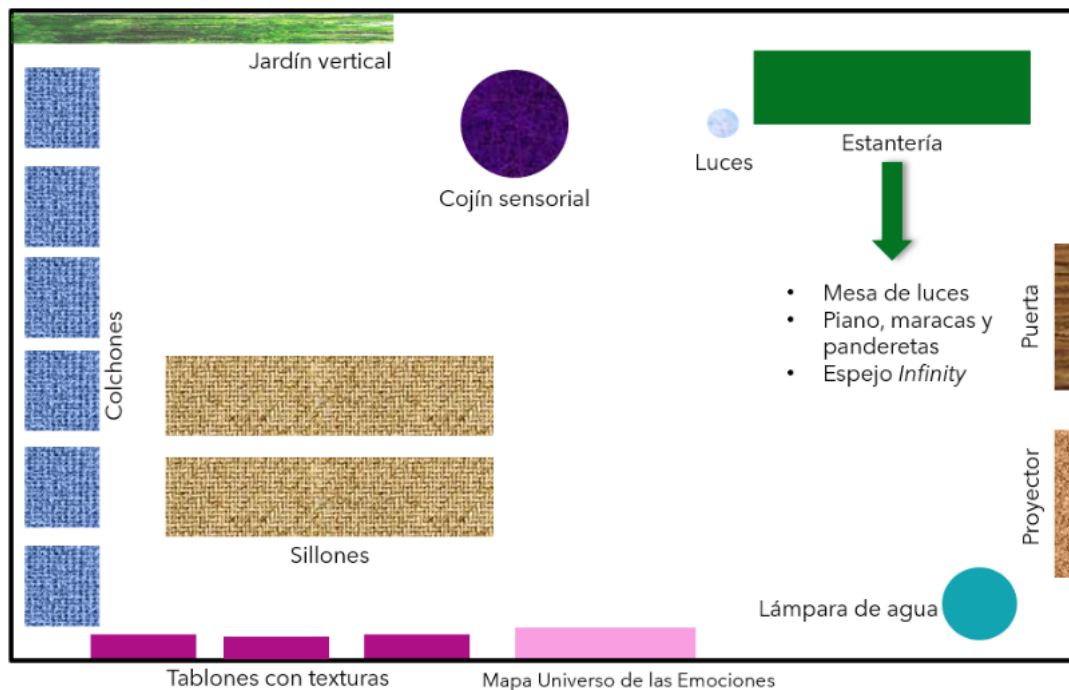


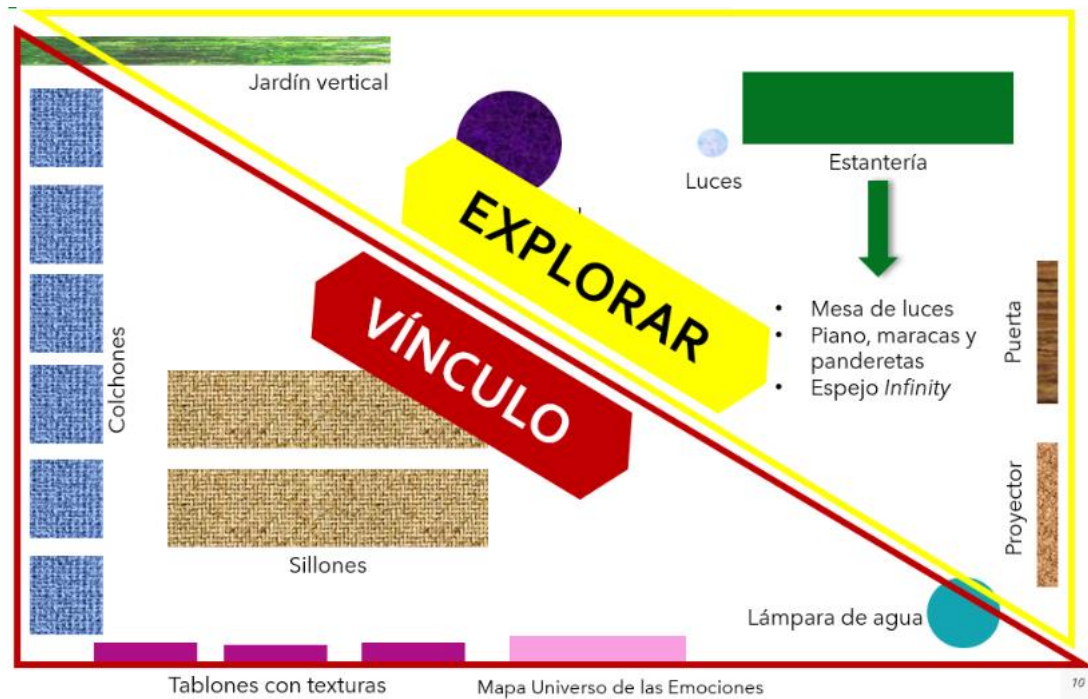












Resultados conseguidos en el medio físico tras la obra:

<p><b>Acceso a luz natural y conexión visual con el exterior</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grandes superficies acristaladas, ventanales con abundante entrada de luz diurna y conexión visual con el exterior.</li> <li>• La literatura científica señala que la exposición de luz natural contribuye a los ritmos circadianos, mejorar la calidad del sueño, reducción del estrés y mejora del bienestar subjetivo.</li> </ul>
<p><b>Diseño de espacios abiertos que favorecen la convivencia terapéutica</b></p>	<p>Espacios que fomentan la interacción social y el apoyo mutuo, así como espacios destinados a realizar actividades grupales.</p>
<p><b>Incorporación de elementos biofílicos</b></p>	
<p><b>Uso de materiales cálidos y domésticos</b></p>	
<p><b>Control visual sin restricción física</b></p>	<p>Sistemas de videovigilancia y sensores volumétricos en las puertas de emergencia.</p>
<p><b>Diversificación funcional de los espacios terapéuticos</b></p>	
<p><b>Promoción de la actividad física y la regulación emocional</b></p>	
<p><b>Diseño de habitaciones orientadas al bienestar y la privacidad</b></p>	
<p><b>Entornos comprensibles y orientables</b></p>	

## Dinámica de funcionamiento

Se ha realizado una **revisión y actualización de los protocolos** de la unidad, organizando al equipo asistencial en subgrupos multidisciplinares, entre los que destaca:

- Protocolo de acogida al ingreso en la UHB, incluye Guía de acogida para pacientes hospitalizados y familiares.
- Protocolo relacionado con apertura y cierre de puertas.
- Protocolo de intervención en crisis en la UHB.
- Protocolo de salidas terapéuticas y permisos en la UHB-Puertas Abiertas.
- Protocolo de prevención de suicidio en la UHB.
- Protocolo relacionado con el enfoque grupal en la UHB (grupo terapéutico, grupos de cuidados, asamblea, grupo de buenos días y buenas noches, talleres de salud, etc.).
- Protocolo de actividades ocupacionales.

Respecto a la **oferta y planificación de actividades de la unidad**, en coordinación con la monitora de tiempo libre se están organizado las actividades grupales, ocupacionales y dinámicas de salud, de tal manera que estén a disposición de todos los profesionales de la unidad para su implementación. Por ejemplo: “Escucha, siente y expresa: musicoterapia grupal”.

Respecto a la **formación del personal** se ha conseguido llevar a cabo una formación presencial “*ACTUALIZACIÓN EN CUIDADOS DE SALUD MENTAL: DERECHOS HUMANOS Y MODELO DE PUERTAS ABIERTAS*” para el equipo de la UHB, aunque abierta a todo el Área de Salud Mental y difundida en las plataformas del Servicio Madrileño de Salud del curso 2025-26. De esta manera se proporciona una capacitación a todos los profesionales en:

1. Derechos Humanos y Quality Rights en Salud Mental.
2. Perspectivas de vivencias y experiencias en primera persona.
3. Cuidados conscientes del Trauma (Modelo SAMSHA).
4. Nociones de dinámicas y terapias grupales para profesionales de Salud Mental.
5. Intervención en crisis con perspectiva en DDHH y nociones de desescalada verbal y no coerción.
6. Legislación y Salud Mental
7. El ambiente terapéutico: Modelo de Puertas Abiertas en unidad de agudos de psiquiatría.

## Ambiente relacional

Se han reducido significativamente los obstáculos de la vida cotidiana que dificultaban la relación entre los pacientes y los profesionales:

- Fortaleciendo el encuentro entre paciente-paciente y paciente-profesional en la Asamblea: espacio estructurado de participación colectiva, convocado semanalmente cuyo objetivo es favorecer la convivencia, mejorar la comunicación y promover la implicación activa de los pacientes en el funcionamiento cotidiano de la unidad.
- Incorporando el grupo terapéutico y Plan Individualizado de Tratamiento.
- Involucrando a los pacientes en actividades colaborativas y terapéuticas.
- Promoviendo actitudes de cuidado y apoyo dentro del equipo de profesionales y espacios para formulación de casos.

## Evaluación y revisión

La evaluación del proyecto se está realizando mediante indicadores de seguimiento, que permiten analizar el impacto del modelo de puertas abiertas en la práctica asistencial. Entre los principales indicadores destacan:

<b>Indicadores cuantitativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de contenciones mecánicas (revisión de estos sucesos como eventos centinela).</li> <li>• Número de incidentes de agresividad o conflicto.</li> <li>• Número de fugas o intentos de fuga.</li> <li>• Resultados de las encuestas de satisfacción.</li> </ul>
<b>Indicadores cualitativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de seguridad de pacientes y profesionales.</li> <li>• Satisfacción y confort referido por los pacientes, familiares y visitas.</li> <li>• Percepción del ambiente relacional de los pacientes y profesionales.</li> </ul>

Asimismo, se mantiene un sistema de revisión periódica de protocolos y procedimientos, con el objetivo de adaptar el funcionamiento de la unidad a las necesidades emergentes.

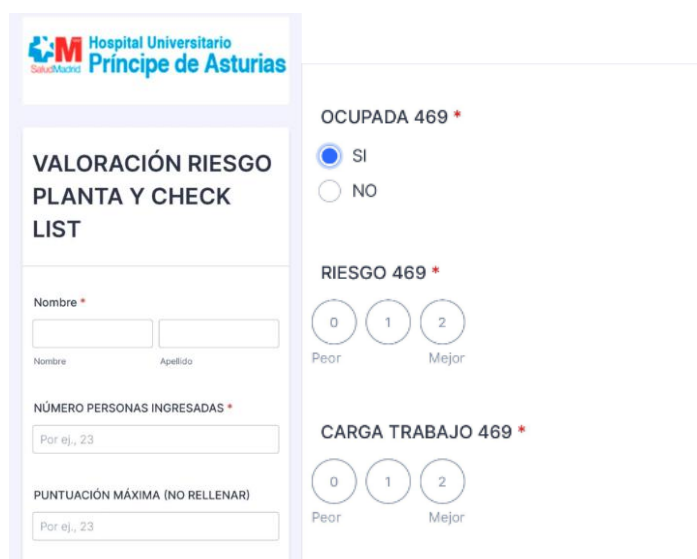
Las decisiones sobre la apertura o cierre de la unidad se evalúan diariamente en las reuniones del equipo interdisciplinar, partiendo de la premisa de que la unidad se encuentra abierta en todo momento y la decisión radica en porqué y hasta cuándo cerrarla, lo que permite ajustar el funcionamiento del modelo de forma dinámica.

## Carácter innovador

El carácter innovador del proyecto radica en la transformación del modelo tradicional de hospitalización en salud mental hacia un modelo terapéutico y centrado en la persona. Esta transformación integra de forma simultánea cambios organizativos, ambientales, relacionales y formativos dentro de la unidad.

Entre los elementos más innovadores destacan:

1. **Integración de modelos clínicos basados en la evidencia:** como Safewards, la Atención Informada en el Trauma y el Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), que permiten comprender el malestar psicológico desde una perspectiva contextualizada y favorecen intervenciones menos coercitivas y más centradas en la experiencia de la persona.
2. **Transformación del entorno desde la arquitectura humanizada,** orientada a reducir el estrés ambiental y el sentimiento de encierro asociado al ingreso, mediante la creación de espacios más acogedores, comprensibles y seguros que favorecen la convivencia y el desarrollo de actividades terapéuticas.
3. **Ambiente terapéutico:** implementación de cambios en los tres niveles (espacio físico, ambiente relacional y dinámicas de funcionamiento). El modelo de UHB-PA promueve un enfoque basado en el acompañamiento terapéutico en situación de crisis, la autonomía del paciente y el principio de seguridad dinámica.
4. **Incorporación del Espacio Terapéutico Reservado (ETR)** como intervención estructurada de enfermería que promueve la escucha activa, el acompañamiento emocional y la detección precoz de situaciones de malestar, fortaleciendo la alianza terapéutica.
5. **Supervisión clínica** del equipo multidisciplinar, que facilitan el análisis de situaciones complejas, fortalecen la cohesión del equipo y previenen el burnout profesional.
6. **Desarrollo de App para la medición del riesgo-carga** y facilitar la decisión de cierre-apertura de las puertas. Se propone un procedimiento cuantitativo para evaluar los factores determinantes del funcionamiento seguro de la unidad. Este método incorpora el Índice de Complejidad del Paciente (ICP), basado en dos dimensiones puntuadas de 0 a 2: el nivel de carga asistencial (necesidad de presencia, atención y supervisión) y el nivel de riesgo (probabilidad de fuga o de generación de conflictos).



**VALORACIÓN RIESGO PLANTA Y CHECK LIST**

Nombre \*  
Nombre Apellido

NÚMERO PERSONAS INGRESADAS \*  
Por ej., 23

PUNTUACIÓN MÁXIMA (NO RELLENAR)  
Por ej., 23

OCUPADA 469 \*  
 SI  
 NO

RIESGO 469 \*  
0 1 2  
Peor Mejor

CARGA TRABAJO 469 \*  
0 1 2  
Peor Mejor

## Divulgación

Entre las acciones realizadas destacan:

- Difusión del proyecto al Área de Salud Mental y coordinación con los diferentes dispositivos a través de reuniones con los diferentes equipos asistenciales comunitarios.
- Presentación del proyecto en espacios formativos como congresos y jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, IV Jornada de Humanización de la Asistencia Sanitaria en el H. U. Ramón y Cajal y el XLIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- Curso presencial coordinado por parte del equipo de la unidad *“Actualización en cuidados de salud mental: derechos humanos y modelo de puertas abiertas”*, abierto a todo el Área de Salud Mental. Se compartirá la evolución y seguimiento del proyecto, así como las áreas de mejora.
- Colocación del cartel del proyecto en los dispositivos de Salud Mental y en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.



## Nivel de aplicabilidad

Una de las premisas con las que se ha trabajado en este proyecto desde un primer momento es que todo aquello que se propusiera fuera factible en la práctica clínica y fácil de implantar, tanto a nivel técnico como a nivel económico. Se ha buscado en todo momento maximizar el impacto a nivel terapéutico, de manera que la transformación del modelo asistencial pudiera sostenerse en la práctica real de la Unidad de Hospitalización Breve.

En este sentido, el proyecto se aplica en intervenciones progresivas y realistas basadas en: cambios arquitectónicos y organizativos, formación específica del equipo profesional, adaptación progresiva de los protocolos asistenciales, y reorientación del modelo de cuidados hacia un enfoque más humanizado y centrado en la persona. Aunque la adaptación del entorno físico resulta relevante y deseable, el núcleo del cambio reside en la cultura asistencial, en la organización del cuidado y en la capacitación del equipo para sostener prácticas terapéuticas menos restrictivas; este cambio en la cultura asistencial fue previo a este proyecto y comenzó hace más de una década en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Asimismo, la integración del modelo de puertas abiertas con los recursos comunitarios de salud mental facilita la continuidad asistencial, hacia la vida en la comunidad, reforzando la utilidad del proyecto más allá del periodo de hospitalización.

En este sentido, el proyecto constituye una experiencia aplicable a otros centros hospitalarios interesados en avanzar hacia modelos de atención más humanizados, contribuyendo a la transformación de los servicios de salud mental hacia prácticas más respetuosas con los derechos, la dignidad y el proceso de recuperación de las personas.