

(03)

# ATENCIÓN A DOMICILIO EN SITUACIÓN DE CRISIS. EXPERIENCIA DE 6 AÑOS. EQUIPO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE PSIQUIATRÍA EN GIRONA

**Autor:** Nayef Fadel Molina<sup>1</sup>, Ramon Rovira Garcia<sup>1</sup> e Irina Gil Abuin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Equipo de Hospitalización Domiciliaria del Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica de la Red de Salud Mental de Girona (Institut d'Assistència Sanitària, IAS)

**Datos de contacto:** [nayef.fadel.ias@gencat.cat](mailto:nayef.fadel.ias@gencat.cat) // [ramon.rovira.ias@gencat.cat](mailto:ramon.rovira.ias@gencat.cat) // [irina.gil.ias@gencat.cat](mailto:irina.gil.ias@gencat.cat) · Avenida Doctor Castany (P. H. Martí i Julià) s/n Salt, Girona (C.P. 17190)



## Resumen

Este estudio analiza la experiencia de seis años del programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en salud mental, llevado a cabo por el Equipo de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría en Girona. El objetivo principal del programa es proporcionar atención a personas en crisis psiquiátricas en su propio hogar, ofreciendo una alternativa menos estigmatizante y más integradora que la hospitalización convencional.

Los resultados indican un incremento progresivo de las derivaciones, especialmente desde las unidades hospitalarias, influenciado significativamente por factores como la presión asistencial y las condiciones particulares provocadas por la pandemia de COVID-19. La mayoría de los diagnósticos tratados fueron trastornos afectivos, debido a su mejor pronóstico y mayor aceptación voluntaria del tratamiento domiciliario. Sin embargo, también se atendieron casos de trastornos psicóticos y trastornos de personalidad.

La coordinación continua entre diferentes niveles asistenciales y la adaptación flexible de los criterios de inclusión fueron aspectos fundamentales para la eficacia del programa. Además, el estudio resalta que factores como antecedentes recientes de ingresos hospitalarios, visitas frecuentes a urgencias y problemas de adherencia al tratamiento podrían sugerir una mayor probabilidad de requerir hospitalización convencional posterior.

La evaluación de usuarios y profesionales destacó aspectos positivos como la accesibilidad del equipo, la eficacia de la coordinación y la calidad de la atención proporcionada, aunque también identificó áreas de mejora como una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en la gestión del servicio.

### Palabras clave:

Hospitalización domiciliaria, Salud mental, Crisis psiquiátricas, Trastornos afectivos, Trastornos psicóticos, Trastornos de personalidad, Atención comunitaria, Coordinación asistencial, Pandemia COVID-19, Derivaciones hospitalarias, Adherencia al tratamiento, Evaluación de servicios sanitarios, Girona.

## **Home care in crisis situations. 6 years of experience. Home Hospitalization Psychiatry Team in Girona.**

This study analyzes the six-year experience of the Home Hospitalization (HH) program in mental health, conducted by the Psychiatric Home Hospitalization Team in Girona. The main objective of the program is to provide care to individuals experiencing psychiatric crises in their own homes, offering a less stigmatizing and more integrative alternative to conventional hospitalization.

Results indicate a progressive increase in referrals, especially from hospital units, significantly influenced by factors such as healthcare system pressures and specific conditions caused by the COVID-19 pandemic. Most diagnoses treated were affective disorders, due to their better prognosis and higher voluntary acceptance of home treatment. However, cases of psychotic disorders and personality disorders were also addressed.

Continuous coordination among different care levels and flexible adaptation of inclusion criteria were fundamental aspects of the program's effectiveness. Additionally, the study highlights that factors such as recent history of hospital admissions, frequent emergency visits, and treatment adherence issues may suggest a higher likelihood of subsequent conventional hospitalization.

Evaluations from users and professionals emphasized positive aspects such as team accessibility, coordination effectiveness, and the quality of care provided, while also identifying areas for improvement, including greater family involvement and more agile service management.

### **Keywords:**

Home Hospitalization, Mental Health, Psychiatric Crisis, Affective Disorders, Psychotic Disorders, Personality Disorders, Community Care, Healthcare Coordination, COVID-19 Pandemic, Treatment Adherence, Girona.

## Introducción

La necesidad de progreso y de una mejor atención en la salud mental, implica la voluntad de generar nuevos dispositivos de atención a sus usuarios, con la finalidad de mejorar la atención de las personas con un trastorno mental. Los trastornos mentales incluyen un grupo de enfermedades con síntomas psicóticos y deterioro grave de la vida social como la esquizofrenia, y las condiciones relacionadas, como el trastorno Bipolar y la depresión [1].

Durante las últimas cuatro décadas se han visto cambios globales en los sistemas de servicios de salud mental, con la intención de beneficiar a los pacientes y sus familias, y en respuesta a la necesidad de racionalizar los sistemas sanitarios [2] [3]. Se están estableciendo modelos de atención comunitaria con tal de minimizar la hospitalización y extender la atención aguda y la rehabilitación, en el contexto del entorno familiar y social de los individuos [4] [5]. En línea con el énfasis en el tratamiento comunitario y la rehabilitación para la atención de la salud mental por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [6], se ha demostrado que la atención basada en la comunidad ofrece una mejor calidad de vida y una mayor satisfacción para los usuarios de los servicios y sus familias, que una atención hospitalaria tradicional.

El *Pla director de Salut Mental de la Generalitat de Catalunya* [7] contempla el desarrollo de dispositivos intermedios como los Equipos de Intervención Precoz en la Psicosis (EIPP), Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), Programas de Soporte Individualizado (PSI) y otros, con la intención de potenciar la atención comunitaria. La directriz del plan director responde acorde a los ideales de mejorar la atención de las personas que tiene un trastorno mental, potenciando el abordaje comunitario, y con la intención de reducir el estigma, integrar a estas personas en sus comunidades, normalizar su vida y disminuir su sufrimiento. La atención comunitaria facilita un abordaje más integrador, en un entorno menos restrictivo [8] y la capacidad de intervenciones multidisciplinares y multiprofesionales.

Las unidades de Hospitalización Domiciliaria (HD) en situación de crisis se concibieron para ofrecer una mejor cartera de servicios, reducir el estigma y el trauma que implica un ingreso hospitalario ordinario y para dar la oportunidad a las personas para desarrollar estrategias de afrontamiento en su propio entorno. Las personas con trastorno mental tienen menos probabilidades de tener relaciones protectoras, y cuando sus vínculos sociales son pobres, su recuperación se ve comprometida y tiene un mayor riesgo de recaída [9]. Al considerar el vasto panorama de la salud mental, la atención domiciliaria en situaciones de crisis emerge no solo como un componente crítico sino también como un desafío único dentro de nuestro esfuerzo colectivo para brindar cuidados comprensivos y efectivos. Este enfoque de atención comunitaria se sitúa en el corazón mismo de la vida de las personas, en un momento donde se sienten más vulnerables y necesitadas de comprensión, apoyo y atención profesional.

La relevancia de la atención domiciliaria radica en su capacidad para proporcionar una intervención temprana y personalizada, factores clave para un tratamiento exitoso. En el contexto de una crisis, el hogar se convierte en un espacio crucial para la intervención, ya que ofrece un entorno familiar y seguro para el paciente, al tiempo que permite a los profesionales de la salud mental observar e interactuar en el contexto real de la vida del individuo. Este enfoque ayuda a evitar la estigmatización y la alienación que a menudo acompañan a los tratamientos en entornos institucionales, fomentando un proceso de recuperación más humano y centrado en el paciente. Además, la atención domiciliaria en crisis facilita la continuidad del cuidado al integrar servicios de salud, apoyo social y recursos comunitarios, lo cual es esencial para abordar de manera efectiva las complejas necesidades de las personas en situaciones de crisis. Al trabajar dentro del hogar, los profesionales pueden colaborar más estrechamente con las familias y las redes de apoyo del paciente, creando un plan de cuidado más cohesivo y adaptado a las necesidades individuales.

Sin embargo, implementar este modelo de atención presenta desafíos únicos, incluyendo la necesidad de respuestas rápidas y flexibles, la adaptación a diversos entornos domésticos, y el manejo de situaciones que pueden ser tan variadas como las personas a las que atendemos. La relevancia de este enfoque, por tanto, no radica solo en su capacidad para tratar efectivamente las crisis de salud mental, sino también en su potencial para transformar nuestra manera de entender y responder a estas crisis, en un marco de respeto, dignidad y derechos humanos.

## Funcionamiento de la unidad.

El programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en Salud Mental se centra en la atención de aquellas personas en proceso de crisis de su trastorno en el hogar.

Si bien, la atención no puede ser tan intensa como en una internación hospitalaria, la flexibilidad del dispositivo permite un régimen de atención intensivo, con varias visitas semanales, e incluso diarias, si la situación lo requiere.

El dispositivo atiende a la población de la comarca del *Gironès i Pla de L'Estany*, de la provincia de Girona. Esta población es la que tiene designada como referencia al *Centre de Salut Mental d'Adults del Gironès i Pla de l'Estany* (CSMA-Gi). La población que abarca esta región es de 222.107 personas [10] [11].

La unidad está situada en la unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del IAS del *Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt* (Girona), si bien su desempeño es en el ámbito comunitario. El equipo de HD está compuesto por 2 enfermeros/as y un psiquiatra a jornada completa. A parte de la atención presencial, el personal del equipo esta localizable mediante contacto telefónico para dudas, imprevistos o en caso de urgencia. La persona atendida también tiene la posibilidad de acudir al servicio de urgencias de psiquiatría del *Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt* (Girona), en caso de necesidad, desde donde se ponen en contacto con el equipo para coordinarse. La atención presencial es de lunes a viernes de 8 a 15h, y los martes de 8 a 17h. La atención telefónica es de las 8 de la mañana a las 20h de la tarde de lunes a domingo. El dispositivo está pensado para atender un total de 10 casos simultáneos, aunque dada las circunstancias y la flexibilidad de esta modalidad de atención hacen que este número sea orientativo (se ha llegado a llevar hasta 19 casos a la vez). Desde el momento de la derivación del caso por parte de un profesional de red asistencial hasta la atención presencial por parte del equipo se procura que exista un lapso de atención menor a las 72h, siendo variable según las circunstancias de las personas atendidas y la presión asistencial del equipo en el momento de derivación.

El equipo de HD realiza coordinación semanal con el CSMA-Gi, con la Unidad de Hospitalización Agudos de psiquiatría (UHA) y la Unidad de Subagudos de Psiquiatría (HSA), así como acude al pase de Urgencias de Psiquiatría (UP) 2 veces por semana. Estas coordinaciones tienen como intención realizar una valoración conjunta de las personas que son o van a ser atendidas en el ámbito domiciliario con los referentes hospitalarios y ambulatorios. La finalidad de las coordinaciones es trabajar en la misma dirección, con tal de evitar confusiones o mensajes discordantes entre los diferentes profesionales que intervienen.

En el último año se han añadido coordinaciones semanales con el *"Espai Obert"* (Espacio Abierto) que es un centro abierto gestionado por la *Fundació Support de le Comarques Gironines y la Xarxa de Salut Mental (XSM)*, que ofrece soporte en las necesidades básicas (alimentación e higiene) a personas con trastorno mental y situación de precariedad psicosocial en condiciones de baja exigencia. La intención de estas reuniones es dar consejo profesional y valorar según el caso si es necesaria una intervención por parte de profesionales de la salud mental por una crisis emergente.

Otra de las coordinaciones que se han incorporado este último año es con el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) que da un soporte ambulatorio en la comunidad a personas con dificultad psicosocial y trastorno mental grave. Al igual que en el anterior caso, nuestra función como equipo es brindar consejo, asesoramiento y valorar la necesidad de intervención si es necesario.

Los desplazamientos a los domicilios se realizan mediante un vehículo de empresa. Se dispone de tratamientos farmacológicos dispensados por el hospital con tal de realizar reajustes de tratamiento si es necesario.

Inicialmente se plantearon los siguientes criterios de selección para la intervención domiciliaria: situación de crisis aguda de salud mental, ser mayor de 18 años, vinculación a nivel ambulatorio con el CSMA-Gi, aceptación voluntaria de la atención, persona a cargo como figura de supervisión del atendido en el domicilio (familiar o tutor legal), no presentar alteraciones conductuales que impliquen un riesgo para el atendido o terceras personas, no ideación autolítica estructurada, aceptación del tratamiento farmacológico, no consumo de tóxicos y no complicaciones médicas que requieran de cuidados complejos de carácter hospitalario.

La realidad rápidamente nos mostró la inverosimilitud de estas condiciones excesivamente idealizadas, siendo

pocos los casos que cumplieran tales condiciones. Nos dimos cuenta que las personas que cumplen tales premisas no suelen requerir de una intervención domiciliaria porque tienen suficientes recursos (ya sean personales o de carácter social) como para afrontar una crisis con el apoyo que se facilita a nivel ambulatorio.

Ante este paradigma se optó por incluir a todos los casos que se propusieran siempre y cuando cumplieran la premisa de aceptar voluntariamente la intervención, que no existiera un riesgo autolítico elevado y que el consumo de tóxicos no fuera la principal causa de su malestar.

La intervención a domicilio no quedó únicamente circunscrita a situaciones de crisis o descompensación sino también en casos que se requiera introducir tratamientos con supervisión intensiva (como en casos de introducción de Clozapina), cambios de tratamientos farmacológicos complejos (situaciones de polimedicación donde se valore una retirada o simplificación del tratamiento), casos en los que varios tratamientos ambulatorios no hayan sido efectivos y se busque averiguar si existe en el ámbito de la persona atendida alguna circunstancia que condicione la mejoría.

La frecuencia de visitas de las personas atendidas es variable, según valoración clínica realizada por el equipo, siendo en la mayoría de los casos de 2 veces por semana. Sin embargo; existen situaciones de gravedad que requieren de visitas diarias como descompensaciones psicóticas agudas o estados de manía que requieren de mayor soporte y contención. En situaciones menos graves, o personas cerca del final del proceso, la frecuencia de la atención pasa a ser semanal.

La duración de la atención domiciliaria suele ser de aproximadamente un mes. Este periodo es de carácter orientativo, ya que existen casos que consisten en visitas puntuales de valoración y casos que debido a la complejidad de la situación la intervención dura meses.

Durante la intervención se contempla mantener las visitas con los diferentes referentes de salud con la finalidad de normalizar el proceso y que se viva como una intervención concomitante y no disruptiva. En algunos casos se realizan visitas conjuntas cuando es importante dar una visión coordinada entre los diferentes referentes o cuando la persona atendida tiene dificultades con la vinculación ambulatoria y requiere cierto acompañamiento.

La siguiente publicación tiene la intención de dar una visión descriptiva de la atención realizada los últimos 6 años. A partir de los datos acumulados se pretenden describir el perfil de usuario el cual es atendido y poder dar una visión global de la atención del equipo. Una vez mostrados los datos, se realizan algunas reflexiones en el apartado de discusión.

## **Material y métodos (Metodología)**

Se realiza un estudio descriptivo a partir de datos recogidos de los pacientes que han ingresado en la unidad de HD entre enero 2018 y diciembre del 2023 (ambos incluidos). Se han recogido datos sociodemográficos obtenidos consultando la historia clínica del paciente de manera retrospectiva y una vez concluida la intervención. Posteriormente los datos son trasladados a una base de datos en formato Excel y SPSS desde donde se realiza la extracción de resultados.

## Resultados

A lo largo de estos seis años se han atendido 597 casos correspondientes a 405 personas. Analizando la muestra se observa que 288 han realizado sólo un ingreso, mientras que 117 han realizado dos o más ingresos, como se muestra en la siguiente gráfica [figura 1].

En el siguiente gráfico [figura 2] se puede observar el número de ingresos en cada uno de los 6 años recopilados. Se puede observar un aumento en las derivaciones claramente mayor en 2020, provocado por la situación de pandemia que condicionó mayores restricciones al ingreso hospitalario convencional y derivando en una mayor cantidad de intervenciones de carácter domiciliario. El aumento de los ingresos en 2022 y 2023 se puede explicar por el mayor conocimiento por parte de los profesionales del dispositivo y por incluir en las coordinaciones a las unidades de hospitalización de agudos (UHA) y subagudos (HSA), así como el servicio de urgencias psiquiátricas (UP).

Los primeros años la mayor parte de las derivaciones provienen del CSMA-Gi, lo cual subraya el papel de los servicios ambulatorios en la detección y manejo de los trastornos psiquiátricos graves que requieren hospitalización domiciliaria. Sin embargo, desde el 2020 (coincidiendo con la COVID-19) existe un gran aumento en las derivaciones desde el ámbito hospitalario (UP, UHA y HSA). La UHA es la unidad hospitalaria que deriva con mayor frecuencia a atención domiciliaria, seguida del servicio de subagudos y urgencias [Tabla 1].

El análisis descriptivo [Tabla 2] muestra que los pacientes tienen una media de edad de 46 años aproximadamente (45.91), sin embargo, hay una gran variabilidad en la muestra (DE 13,908). A nivel práctico no hay una clara predominancia de un género sobre otro.

Solo el 28 % de las personas atendidas se encontraban en situación laboral activa, lo que se podría explicar porque las personas con un trastorno de salud mental que requieren de una intervención intensiva, ya sea convencional o en domicilio, suelen tener mayores dificultades sociolaborales. Sólo en el 23'6% de las ocasiones la persona atendida vivía sola.

Respecto a los consumos activos de los pacientes atendidos durante la intervención, un 11'4% consumían cannabis, un 8'9% alcohol y un 6% presentaba consumo de benzodiazepinas con carácter de abuso.

Los trastornos afectivos (depresión y trastorno bipolar con un 53.3%) son los diagnósticos predominantes entre los pacientes, seguidos por los trastornos psicóticos (31.2%) [Figura 3]. Estos resultados son consistentes a lo largo de los años, y por la gravedad de la patología pueden requerir intervenciones intensivas y beneficiarse de una atención menos estigmatizante como la domiciliaria.

En la mayoría de los casos el motivo de derivación fue por un estado de descompensación psicopatológico (65.7%). Las derivaciones realizadas como seguimiento posterior a un ingreso convencional (Alta Hospitalaria) desde las unidades de hospitalización convencional (Unidad de Agudos y Subagudos) han supuesto hasta un 25.1% de las derivaciones. Esta modalidad se prestaba a personas ingresadas que, sin estar totalmente recuperadas, se encontraban en un momento donde se podía continuar con el ingreso a nivel domiciliario. De manera más minoritaria se han realizado intervenciones en domicilio para realizar cambios de tratamiento farmacológico en casos con pautas farmacológicas complejas o para aportar una orientación diagnóstica de la problemática que puede presentar el paciente en domicilio en casos de falta de respuesta a varios tratamientos.

En la mayoría de los casos (80.2%) se resolvió el episodio por mejoría clínica o consecución de los objetivos planteados con el paciente (p.e. cambio de tratamiento farmacológico). Una décima parte de los casos (9.4%) acabó en ingreso hospitalario convencional. Durante el proceso de ingreso domiciliario algunas personas perdieron criterios de seguimiento (6.2%) y en otras ocasiones decidieron no seguir voluntariamente (3.7%). Un caso en estos 6 años acabó con suicidio consumado.

Respecto a las intervenciones que acabaron en un ingreso hospitalario convencional (9.4%), podemos señalar que en el análisis de este grupo específico se observa que no hay grandes diferencias demográficas respecto al grupo global [Tabla 3], siendo los trastornos afectivos el principal diagnóstico (51.8%), seguido de los trastornos psicóticos (39.3%).

El 60.9% vivían con un familiar de primer grado en el momento de la intervención. Es remarkable que el 30.4% de estas personas tenían problemas con el seguimiento del tratamiento farmacológico o historia de abandono anteriormente. Otro de los datos que llama la atención es que 60.7 % habían tenido al menos un ingreso hospitalario en menos de un año anterior a nuestra intervención, y hasta el 82.1% había acudido a urgencias al menos en una ocasión en ese mismo periodo. Tales datos nos hacen sospechar que pese a la misma distribución de diagnóstico que el grupo global, el hecho de tener antecedentes el último año de ingresos hospitalarios y consultas en urgencias puedan indicar de manera más predictiva una mayor dificultad en el manejo domiciliario. La comparación del mismo grupo, pero con las personas que no ingresaron en el hospital durante nuestra intervención así lo corrobora.

El grupo que no acabó ingresando durante nuestra intervención había menor afluencia tanto en urgencias (68.2 % acudieron el último año respecto al 82.1 % del grupo que acabó ingresando) como ingresos (47.9 % ingresó el año previo respecto al 60.7 % del grupo que acabó ingresando). En el grupo de las personas que ingresaron había mayor porcentaje de pacientes con un trastorno más grave clínicamente como la psicosis respecto al grupo que no acabó ingresando (39.3 % respecto 30.3%), predominando porcentualmente el resto de los diagnósticos en el grupo que no acabó ingresando. También había menor tasa de abandono del tratamiento farmacológico en el grupo de personas que no acabó ingresando respecto al que sí (18.3 % vs 30.4%). En próximas evaluaciones sería de interés valorar el grado de significancia estadística de los datos en el marco contextual de un ensayo clínico diseñado con este propósito.

Con el objetivo de recoger las opiniones, recomendaciones y sugerencias de los usuarios atendidos en el programa UHD, se organizó un grupo focal de selección aleatoria de los usuarios atendidos hasta entonces. De los 13 usuarios convocados, 10 confirmaron su asistencia y finalmente participaron 8. Durante la sesión, que se celebró el 15 de diciembre de 2021 en la sala del CSMA Gironès-Pla de l'Estany, se expusieron la motivación, los objetivos y la justificación del grupo, así como los criterios de inclusión de los participantes. La valoración general de la experiencia fue muy positiva; todos coincidieron en que la intervención domiciliaria les resultó de gran ayuda, menos traumática que un ingreso hospitalario, y les permitió mantener sus libertades, participar activamente en su tratamiento y tomar decisiones de forma compartida. No obstante, manifestaron la necesidad de dedicar más tiempo y atención a las familias, proponiendo más entrevistas familiares para ofrecer indicaciones terapéuticas y apoyo. Asimismo, destacaron la importancia de la flexibilidad en la duración de la intervención y valoraron positivamente la posibilidad de contactar telefónicamente con el equipo, lo que les proporcionó seguridad y redujo su ansiedad. Finalmente, subrayaron la buena coordinación entre los distintos equipos implicados, aunque señalaron que, en algunos casos, la reactivación del servicio fue algo lenta, sugiriendo como mejora una mayor agilidad en este aspecto.

En marzo de 2024 se llevó a cabo una encuesta de satisfacción sobre el programa de atención a domicilio, dirigida a los profesionales del CSMA del Gironés y Pla de l'Estany. Los resultados reflejan un alto grado de satisfacción con el programa de Hospitalización Domiciliaria (UHD), con una participación del 70,8% de los profesionales (17 de los 24 profesionales). La accesibilidad al equipo destacó como uno de los aspectos más valorados, con un 94.1% de los encuestados expresando un nivel de satisfacción muy alto. En cuanto a la coordinación y el traspaso de información, el 76.4% de los participantes considera que se garantiza de manera adecuada, mientras que un porcentaje similar subraya la importancia de mantener las visitas ambulatorias programadas durante las intervenciones domiciliarias.

En general, los encuestados se muestran satisfechos con la calidad de la atención, especialmente en aspectos como el tiempo de respuesta entre la derivación y la primera visita (82.3% considera que es adecuado), así como la disponibilidad del equipo, que es vista como suficiente por el 100% de los encuestados. Además, el trato hacia las familias y la satisfacción de los pacientes con la intervención son igualmente bien valorados, con un 70.5% muy satisfechos con el trato recibido y la resolución de la situación por la que se derivó el paciente. Sin embargo, se señalan algunos puntos de mejora, como la necesidad de ampliar el equipo y garantizar una mejor adherencia al tratamiento, así como mejorar la contención en pacientes que rechazan la intervención.

En términos generales, los resultados son positivos, destacando la coordinación, la accesibilidad y la rapidez del servicio como fortalezas del programa, aunque se identifican áreas de mejora, como el trabajo con las familias y la gestión del tiempo. La puntuación global de satisfacción del equipo se sitúa mayoritariamente entre 8 y 9 puntos, reflejando un buen desempeño del servicio y el compromiso de los profesionales.

## Discusión

Los datos aportados en el perfil descriptivo de la unidad indican una clara tendencia al incremento de las derivaciones desde los dispositivos hospitalarios. Nuestra experiencia en los últimos años ha sido de una clara tendencia a incrementar progresivamente este tipo de derivación. Una de las posibles causas a tener en cuenta es el aumento de la presión asistencial en la Unidad de Agudos, donde la disponibilidad limitada de camas ejerce como un factor predictivo de los ingresos y alta de los pacientes [12]. Esto indica que cuanto menor número de camas disponibles hay en la unidad de Agudos, mayor número de derivaciones a domicilio se realizan. En este caso, hay que tener en cuenta que la unidad de Agudos abarca a toda la población de la provincia, y su presión asistencial no está determinada únicamente por los casos de la comarca del Gironés i Plà de l'Estany. Esta situación determina que el mayor incremento de ingresos en la unidad de agudos, procedentes de zonas fuera de la comarca del Gironés i Plà de l'Estany pueda repercutir en derivaciones a la UHD de casos que inicialmente no se habían planteado.

Otro de los factores que pueden haber influido en la mayor derivación de casos desde las unidades de hospitalización convencional es la pandemia de la COVID-19 en 2020. Tal suceso obligó a los servicios sanitarios a desarrollar estrategias para evitar la sobrecarga sanitaria y evitar los contagios en las propias unidades hospitalarias. Una de las medidas fue tener más presente la atención ambulatoria en domicilio para evitar contagios. La experiencia de poder atender a pacientes con suficiente gravedad como para tener que estar en una unidad de agudos y posteriormente comprobar que la atención domiciliaria era viable en estos pacientes generó mayor confianza en esta modalidad de atención entre los profesionales del ámbito hospitalario, así como mayor conocimiento del funcionamiento del equipo.

Finalmente, otra de las hipótesis de este incremento, puede ser explicado porque desde las unidades de ingreso se pueda percibir el equipo como un recurso al alta hospitalaria en situaciones complicadas o donde el apoyo ambulatorio es frágil o poco estable.

Año tras año, las estadísticas corroboran que los trastornos afectivos (T. Bipolar, T. depresivos) son el grupo diagnóstico más frecuente atendido (aproximadamente el 50% de los casos). Existen varios factores que explicarían estos resultados. Bajo nuestra experiencia, los trastornos afectivos suelen tener mejor pronóstico dada su "mayor conexión" con la realidad que los trastornos psicóticos. Suelen ser casos con mayor soporte social, menos aislados y más predispuestos a ser atendidos de manera voluntaria. En la mayoría de los casos son personas conscientes de su trastorno o al menos reconocen necesidad de ayuda por parte de los profesionales, facilitando así una atención transparente. Por otra parte, algunas personas con trastornos psicóticos han vivido nuestra intervención de manera invasiva, generando mayor paranoia y entrando en una dinámica de minimización de alteraciones u ocultación de sucesos al terapeuta por ver a este como a una autoridad perseguidora que puede ingresarlo en el hospital de manera involuntaria.

Otra explicación de porqué se atienden un menor porcentaje de casos con trastorno psicótico, sería por la existencia de dispositivos específicos para este tipo de pacientes. Los Equipos de Intervención Precoz en la Psicosis (EIPP) son equipos encargados en la atención de aquellas personas que debutan con un episodio psicótico desde los 15 hasta los 35 años, realizando un seguimiento durante 5 años, y están preparados para realizar intervenciones domiciliarias y aportar una atención intensiva si es necesario.

En el caso de las personas con un Trastorno de la Personalidad (principalmente TLP), las intervenciones han sido pocas y muy definidas. Partiendo de la premisa de que en estas personas existen dificultades vinculares que requieren de un tratamiento a largo plazo se optaba por ajustar un número de intervenciones determinadas para ofrecer una contención acotada en el tiempo.

## Conclusión

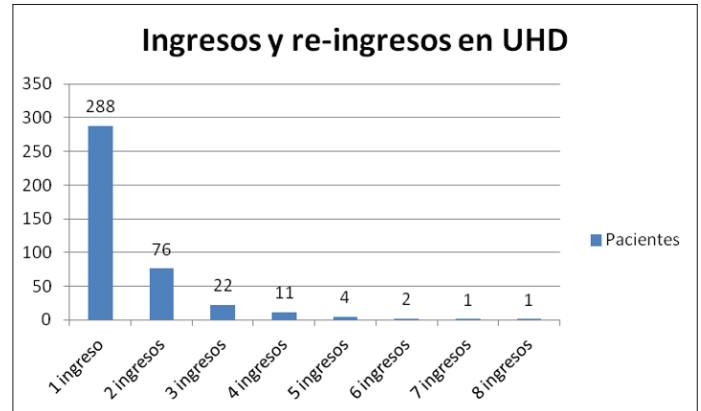
El programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) en Salud Mental de la comarca del Gironés i Pla de l'Estany ha demostrado ser una alternativa eficaz y flexible a la hospitalización convencional, permitiendo atender a personas en crisis en un entorno menos estigmatizante y más familiar como es su propio domicilio. A lo largo de los seis años analizados, se ha observado un aumento progresivo en las derivaciones, especialmente desde unidades hospitalarias, fenómeno influido tanto por la presión asistencial como por las circunstancias excepcionales de la pandemia de COVID-19, que favoreció la expansión y consolidación de esta modalidad de atención. Los trastornos afectivos constituyen la mayoría de los diagnósticos atendidos, debido a su mejor pronóstico y mayor predisposición a aceptar el tratamiento voluntario, aunque también se ha brindado atención a pacientes con trastornos psicóticos y de personalidad en situaciones específicas. La coordinación constante entre los distintos niveles asistenciales, así como la capacidad de adaptación de los criterios de inclusión, han sido claves para la eficacia del dispositivo. Pese a los buenos resultados en términos de mejora clínica y continuidad de cuidados, los datos sugieren que factores como antecedentes de ingresos frecuentes, visitas a urgencias y dificultades en la adherencia al tratamiento podrían predecir una mayor probabilidad de ingreso hospitalario posterior. Estos hallazgos subrayan la necesidad de seguir evaluando y ajustando los criterios y estrategias de intervención para optimizar el manejo de los pacientes más complejos.

Asimismo, la incorporación de la perspectiva de los usuarios mediante un grupo focal ha reforzado la valoración positiva del programa. Los participantes destacaron que la intervención domiciliaria fue menos traumática que un ingreso hospitalario, preservó sus libertades y fomentó su implicación activa en el tratamiento. Subrayaron como fortalezas la posibilidad de contacto telefónico con el equipo y la buena coordinación entre dispositivos, aunque señalaron áreas de mejora como una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en la reactivación del servicio. Estas aportaciones subrayan la importancia de incorporar la voz de los usuarios en la evaluación y mejora continua del programa, consolidando un modelo centrado en la persona y adaptado a sus necesidades reales.

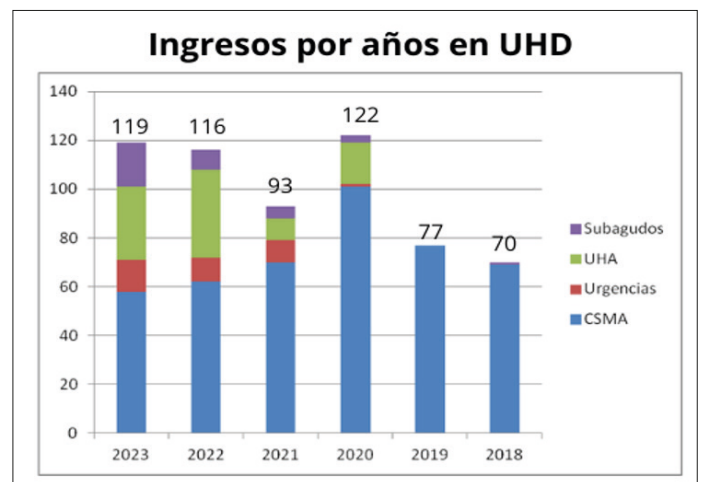
Los resultados de la encuesta de satisfacción entre los profesionales refuerzan los hallazgos previos, destacando la alta valoración de la accesibilidad al equipo y la eficacia en la coordinación y el traspaso de información. Además, se subraya la importancia de mantener las visitas ambulatorias durante las intervenciones domiciliarias. Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora, como la necesidad de una mayor implicación de las familias y una respuesta más ágil en ciertos aspectos del servicio, lo que continúa siendo objeto de trabajo para optimizar la experiencia tanto de los profesionales como de los usuarios.

## Anexo: Figuras y Tablas.

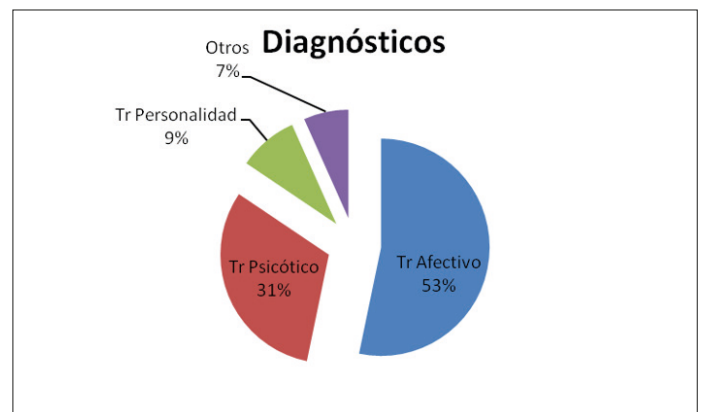
[Figura 1]  
Número de pacientes con un ingreso o varios reingresos de la muestra.



[Figura 2]  
Número de ingresos por año/unidad.



[Figura 3]  
Gráfico sectorial de diagnósticos de la muestra completa.



[Tabla 1]  
Número de pacientes derivados por servicio y año.

Servicio/ Año	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CSMA	69	77	101	70	62	58
UHA		0	17	9	36	30
Subagudos	1	0	3	5	8	18
Urgencias		0	1	9	10	13

[Tabla 2]

## Características sociodemográficas de la muestra.

<b>Edad Media (DE)</b>	45.91 (13.908)
<b>Sexo, n (%)</b>	
Mujer	321 (53.8)
Hombre	276 (46.2)
<b>Situación laboral, n (%)</b>	
Inactivo	241 (40.4)
Activo	167 (28)
Invalidez	131 (21.9)
Jubilado/a	55 (9.2)
Pre-laboral	3 (0.5)
<b>Convivencia, n (%)</b>	
Solo	141 (23.6)
1r Grado	364 (60.9)
2n Grado	19 (3.1)
Cuidador	14 (2.3)
Otros	59 (15.9)
<b>Unidad de procedencia, n (%)</b>	
CSMA-Gi	430 (72)
Agudos	91 (15.2)
Subagudos	35 (5.9)
Urgencias	34 (5.7)
EIPP	4 (0.7)
Espai Obert	2 (0.3)
SIE	1 (0.2)
<b>Diagnóstico, n (%)</b>	
Trastorno Afectivo	318 (53.3)
Trastorno Psicótico	186 (31.2)
Trastorno de Personalidad	53 (8.9)
Otros	40 (6.7)
<b>Consumo de Tóxicos, n (%)</b>	
No consumo	399 (66.8)
Cannabis	68 (11.4)
Alcohol	53 (8.9)
Cocaína	16 (2.7)
Benzodiazepinas	36 (6)
Otros	25 (4.2)
<b>Motivo de derivación, n (%)</b>	
Descompensación	392 (65.7)
Cambio de tratamiento	9 (1.5)
Falta de respuesta	15 (2.5)
Orientación diagnóstica	31 (5.2)
Alta hospitalaria	150 (25.1)

<b>Motivo de Alta UHD, n (%)</b>	
Alta por mejoría	479 (80.2)
Defunción	1 (0.2)
Ingreso Hospitalario	56 (9.4)
Alta voluntaria	22 (3.7)
Pérdida de criterios	37 (6.2)
Error administrativo	2 (0.3)

[Tabla 3]

Características demográficas según ingreso hospitalario o no al final de la intervención domiciliaria.

	<b>Ingreso Hospitalario al final de intervención</b>	<b>Sin Ingreso Hospitalario al final de la intervención</b>
<b>Casos, n (%)</b>	56 (9.4)	541 (90.6)
<b>Diagnóstico, n (%)</b>		
Trastorno Afectivo	29 (51.8)	289 (53.4)
Trastorno Psicótico	22 (39.3)	164 (30.3)
Trastorno de Personalidad	2 (3.6)	51 (9.4)
Otros	3 (5.4 %)	37 (6.8)
<b>Convivencia, n (%)</b>		
Solo	11 (19.6)	130 (24)
1r Grado	34 (60.7)	330 (60.9)
2n Grado	0	18 (3.3)
Cuidador	0	11 (2)
Otros	11 (19.6)	52 (9.6)
<b>Antecedente de abandono de tratamiento, n (%)</b>		
Si	17 (30.4)	99 (18.3)
No	39 (69.6)	442 (81.7)
<b>Ingreso Hospitalario durante el último año, n (%)</b>		
Si	34 (60.7)	255 (47.9)
No	22 (39.3)	286 (52.9)
<b>Visitas al servicio de urgencias durante el último año, n (%)</b>		
Si	46 (82.1)	369 (68.2)
No	10 (17.9)	172 (31.8)

## Bibliografía

- Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res.* 2015 Jan 30;225(1-2):14-30.
- Gråwe R, Ruud T, Bjørngaard JH: Alternative akuttibud i psykisk helsevern for voksne. [Alternative acute mental health services for adults]. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2005, 125: 3265-3268.
- Sjølie H, Karlsson B, Kim HS: Crisis resolution and home treatment: structure, process and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010, 17: 881-892.
- Burns T: The rise and fall of assertive community treatment?. *Int Rev Psychiatry.* 2010, 22 (2): 130-137.
- European Commission: Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. (Green Paper) COM 2005, 484. 2005, Brussels: EU Health and Consumer Protection Directorate-General.
- World Health Organization: Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. 2005, Helsinki: WHO European Ministerial Conference on Mental Health.
- Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020 (gencat.cat).
- Department of Health. The Mental Health Policy Implementation Guide. Department of Health. 2001. p 11-12
- Pevalin DJ, Goldberg DP. Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness. *Psychol Med* 2003; 33(2): 299–306.
- Idescat. El municipi en xifres. Banyoles (Pla de l'Estany) Població Pla de l'Estany.
- Idescat. Cercador: «gironés» Població Gironés.
- Bachrach LL. General hospital psychiatry and deinstitutionalization: a systems view. *Gen Hosp Psychiatry.* 1985 Jul;7(3):239-48.