

Jordi León-Caballero^{1,2*}
Agnès Sabaté¹
María Roldan¹
Anna María González-Fresnedo¹
Pilar Samos¹
Miguel Ángel Jerónimo¹
Luis Miguel Martín¹
Víctor Pérez^{1,3}
Isabella Pacchiarotti⁴
David Córcoles¹

Sobrecarga experimentada y satisfacción en familiares y pacientes durante una hospitalización domiciliaria en psiquiatría

¹ Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

² Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

³ CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental)

⁴ Department of Psychiatry and Psychology, Hospital Clinic, Institute of Neuroscience, University of Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, Catalonia, España

RESUMEN

Introducción. El rol de los cuidadores es esencial durante la hospitalización domiciliaria ya que ejercen de coterapeutas, siendo el nivel de responsabilidad que experimentan mayor a la habitual. El objetivo de este estudio es evaluar la sobrecarga experimentada en los cuidadores principales y también determinar el nivel de satisfacción percibida en los cuidadores principales y en los pacientes atendidos en nuestra unidad de hospitalización domiciliaria (HADMar).

Metodología. Estudio prospectivo observacional. Se han incluido todos los pacientes que han ingresado en HADMar entre mayo de 2020 y abril de 2021. Se han recogido datos socio-demográficos y clínicos de la muestra. Para evaluar el grado de sobrecarga se ha utilizado la escala de Zarit al final del ingreso en los cuidadores principales. Para determinar la satisfacción percibida se ha administrado la escala CRES-4 al final del ingreso tanto a los cuidadores como a los pacientes atendidos.

Resultados. 182 pacientes han sido atendidos. Del total, 144 cuidadores principales han respondido la escala de Zarit, siendo la puntuación media de 49,59 (correspondiente a sobrecarga ligera). 152 cuidadores han respondido la escala CRES-4, obteniendo una puntuación media de 241,75 (sobre un máximo posible de 300). 158 pacientes han respondido la escala CRES-4 y la puntuación media ha sido 242,57.

Conclusiones. Los datos obtenidos señalan que la sobrecarga percibida por los cuidadores principales ejerciendo de coterapeutas durante un seguimiento domiciliario

intensivo es leve. También puede concluirse que tanto pacientes como cuidadores principales se sienten satisfechos con la atención recibida durante el seguimiento en HADMar.

Palabras clave. Intervención en crisis, hospitalización domiciliaria, sobrecarga cuidador, satisfacción, salud mental.

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(5): 226-32 | ISSN: 1578-2735

BURDEN AND SATISFACTION EXPERIENCED IN RELATIVES AND PATIENTS DURING HOME HOSPITALISATION IN PSYCHIATRY

ABSTRACT

Introduction. The role of caregivers is essential during home hospitalization since they act as co-therapists, being the level of responsibility experienced by them higher than usual. The objective of this study is to evaluate the burden experienced in the main caregivers and also to determine the level of satisfaction perceived in the main caregivers and in the patients attended in our home hospitalization unit (HADMar).

Methodology. Prospective observational study. All patients admitted to HADMar between May 2020 and April 2021 have been included. Socio-demographic and clinical data have been collected from the sample. To assess the degree of burden, the Zarit scale was used at the end of admission in the main caregivers. To determine the perceived satisfaction, the CRES-4 scale was administered at the end of admission to both the caregivers and the patients attended.

Results. 182 patients have been attended. Of them, 144 main caregivers answered the Zarit scale, being the mean score 49.59 (corresponding to mild burden). 152 caregivers

* Correspondencia: Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD), Parc de Salut Mar, Passeig Marítim 25, Barcelona 08003, Spain.

Correo electrónico: 60499@parcdesalutmar.cat (J. León-Caballero).

answered the CRES-4 scale, obtaining a mean score of 241.75 (out of a possible maximum of 300). 158 patients answered the CRES-4 scale and the mean score was 242.57.

Conclusions. Data obtained indicate that the burden perceived by the main caregivers acting as co-therapists during intensive home follow-up is mild. It can also be concluded that both patients and primary caregivers feel satisfied with the care received during follow-up at HADMar

Keywords. Crisis resolution team, home hospitalization, caregiver burden, satisfaction, mental health.

INTRODUCCIÓN

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos en los años 70 supuso una notable mejoría en la calidad asistencial que se les presta a los enfermos mentales. A pesar de ello, esta reforma psiquiátrica no ha estado exenta de dificultades, fundamentalmente en lo referente a la falta de recursos intermedios y sobrecarga de los familiares que ejercen como cuidadores principales de los pacientes¹.

La hospitalización domiciliaria para pacientes con trastornos psiquiátricos representa un nuevo recurso emergente en salud mental que permite proporcionar a pacientes que presentan una descompensación aguda una atención intensa en su domicilio. El principal objetivo de este tipo de programas es evitar el ingreso hospitalario, erigiéndose así como una alternativa viable en la atención de pacientes que presentan sintomatología psiquiátrica aguda^{2,3}. Durante los últimos años se ha desarrollado un número creciente de modelos de atención comunitaria en todo el mundo que ofrecen asistencia domiciliaria⁴⁻⁸. Los equipos denominados como *Crisis Resolution and Home Treatment Teams* (CRT) se implementaron a nivel nacional en Inglaterra siguiendo el Plan del Servicio Nacional de Salud de 2000 y constituyen el modelo de hospitalización domiciliaria en psiquiatría más estudiado^{2,9-11}. Actualmente se dispone de una evidencia sólida que respalda la efectividad del modelo CRT en relación a mejoría clínica de pacientes atendidos en estos programas^{8,11,12} y también en reducción de la tasa de hospitalización de pacientes^{7,13-15}.

En nuestro país se inició la creación de servicios de hospitalización domiciliaria (HD) en el año 1981 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. El desarrollo inicial de este tipo de programas fue irregular, destacando la implementación en el País Vasco, Galicia y la Comunidad Valenciana. Cabe resaltar el trabajo realizado en esta última comunidad autónoma, que comenzó a implementar una red de HD en 1994 con 7 unidades que se han ido ampliando hasta las 27 que tiene en la actualidad, cons-

tituyendo una de las regiones de España con mayor número de dispositivos y con mayor experiencia en HD¹⁶. En el año 2006 las unidades de HD se incluyeron dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud¹⁷. Desde entonces, la HD ha tenido un crecimiento errático a nivel nacional como consecuencia de una serie de factores que abarcan desde la ausencia de marco regulatorio común, la falta de evidencia científica hasta la heterogeneidad de las unidades en aspectos tan relevantes como la cartera de servicios y la dotación de recursos¹⁸.

La unidad de hospitalización a domicilio del Parc de Salut Mar de Barcelona (HADMar) es un programa basado en el modelo CRT que se inició en enero de 2015. Atiende a pacientes con trastorno mental severo descompensado pertenecientes al área de referencia (los distritos de *Sant Martí* y *Ciutat Vella* de la ciudad de Barcelona). Está formado por un equipo de tres psiquiatras, tres enfermeros y un auxiliar de enfermería. El horario de atención es entre las ocho de la mañana y las seis de la tarde de lunes a jueves. Los viernes el horario es de ocho de la mañana a tres de la tarde. Para contactar con el equipo se le facilita tanto al paciente como a su cuidador principal un número de teléfono que dispone de buzón de voz. En caso de precisar atención urgente fuera del horario de atención del programa HADMar, los pacientes son atendidos por el servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital del Mar, quien tiene acceso a la historia clínica de todos los pacientes ingresados en el domicilio. Se seleccionan exclusivamente pacientes que aceptan las condiciones del ingreso (toma de tratamiento y seguimiento de las indicaciones terapéuticas) y que dispongan de un familiar o cuidador que actúe de coterapeuta. Los criterios de exclusión del programa son la presencia de alteraciones conductuales graves, ausencia de un soporte adecuado, ideación autolítica, ser menor de 16 años o dependencia/abuso concomitante de tóxicos. El seguimiento es intensivo y continuado, con visitas frecuentes en domicilio (se realizan hasta 3 visitas a la semana) hasta que sea posible la vinculación a otro dispositivo de la red de salud mental. Se dirige a personas que, en ausencia de un programa de seguimiento intensivo en domicilio como el nuestro, requerirían de ingreso hospitalario y, además, tiene la finalidad de facilitar la transferencia al domicilio de pacientes hospitalizados en régimen completo con el fin de reducir la estancia hospitalaria. Recientemente se han llevado a cabo estudios en los que se ha evaluado la eficacia del programa HADMar^{8,19}, observándose resultados positivos en cuanto a mejoría psicopatológica y de funcionalidad de los pacientes atendidos.

En el funcionamiento de la unidad HADMar el rol de los cuidadores de los pacientes, que ejercen de coterapeutas durante el proceso de hospitalización, es esencial ya que se les pide que supervisen la toma de medicación y que informen

sobre la evolución que observan en el paciente. Los cuidadores de pacientes con trastornos mentales tienen una responsabilidad que requiere mucho tiempo y que puede originarles problemas sociales, emocionales e incluso financieros, generando varias limitaciones en su vida personal^{20,21}. Al ejercer de coterapeutas durante la hospitalización domiciliaria la responsabilidad que experimentan los cuidadores es mayor a la habitual, y hasta donde tenemos conocimiento, no se dispone de estudios que evalúen el nivel de sobrecarga que padecen estos cuidadores ejerciendo el rol de coterapeutas durante el periodo de seguimiento intensivo en domicilio.

El objetivo de este estudio es evaluar la sobrecarga experimentada en los cuidadores principales de pacientes con trastorno mental descompensado durante el seguimiento en HADMar y también determinar el nivel de satisfacción percibida con la atención realizada en los cuidadores principales y en los pacientes atendidos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio prospectivo observacional en el que se han incluido los pacientes que han ingresado en la unidad HADMar entre mayo de 2020 y abril de 2021.

Se han recogido datos socio-demográficos de la muestra. Se ha evaluado el nivel de funcionalidad de los pacientes en el momento del ingreso utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG). También se ha determinado la gravedad de los pacientes en el momento del ingreso utilizando la subescala de gravedad de la escala de impresión clínica global (ICG).

Para evaluar el grado de sobrecarga experimentada en los cuidadores principales se ha utilizado la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit²². Esta escala consta de 22 afirmaciones evaluadas mediante una escala likert y cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Se considera que no hay sobrecarga si la puntuación es inferior a 47, que la sobrecarga es ligera cuando la puntuación está entre 47-55 y que la sobrecarga es intensa cuando la puntuación es igual o superior a 56. La escala de Zarit es el instrumento de evaluación de sobrecarga más extendido²³ y ha demostrado su utilidad para evaluar la presencia de sobrecarga en diversos estudios con cuidadores de personas que padecen distintos tipos de enfermedad, incluyendo patologías psiquiátricas²⁴. Además, sus múltiples adaptaciones a distintos idiomas mejoran sus propiedades psicométricas, permitiendo comparar puntuaciones entre distintos tipos de población²³.

Para determinar el nivel de satisfacción percibida con la atención durante el ingreso en HADMar se ha utilizado la escala CRES-4²⁵. Esta escala consta de 4 ítems; una pregunta de satisfacción, una pregunta para calificar el grado de resolución del problema principal, una pregunta acerca del estado emocional antes de empezar el seguimiento y una pregunta sobre el estado emocional al finalizar el seguimiento. A partir de estas preguntas se extraen tres componentes: satisfacción, solución de problema y percepción de cambio emocional. Cada uno de estos componentes tiene una puntuación que va de 0 a 100. En el componente de percepción de cambio emocional, una puntuación superior a 50 indica una mejoría en el estado emocional al finalizar el seguimiento. Para obtener la puntuación global de la CRES-4 se suman los resultados de los tres componentes anteriores, estando la puntuación global entre 0 y 300 (a mayor puntuación, mayor es la satisfacción percibida).

En la visita previa al alta se entregaba la escala de Zarit y CRES-4 a los cuidadores principales y la escala CRES-4 a los pacientes. Se les solicitaba que en la visita de alta del programa la entregaran en un sobre cerrado para mantener la confidencialidad si deseaban participar en el estudio.

Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de la investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar (expediente número 2020/9072) y se ha llevado a cabo respetando las recomendaciones de la asociación médica mundial (declaración de Helsinki). Los datos se han analizado mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics for Windows (versión 20,0)

RESULTADOS

Un total de 182 pacientes han sido atendidos en el programa HADMar entre mayo de 2020 y abril de 2021. La media de edad de la muestra es de 45,91 años. El 57,7% son mujeres y el 42,3% son hombres. Los diagnósticos principales han sido los trastornos psicóticos (44,6%), el trastorno afectivo bipolar (23,7%) y el trastorno depresivo mayor (21,5%). La mayoría de las derivaciones han procedido de la unidad de hospitalización de agudos (37,3%) y del centro de salud mental ambulatorio (35,1%), seguido del servicio de urgencias de psiquiatría (21,4%). La puntuación media en la escala EEAG en el momento del ingreso ha sido de 50,83. En la subescala de gravedad de la ICG al inicio del ingreso la puntuación media ha sido de 4,5. Los datos referentes a las características socio-demográficas y clínicas de la muestra se detallan en la tabla 1.

Del total de la muestra, 144 cuidadores principales han respondido la escala de Zarit, 152 cuidadores han respondido

Tabla 1	Características socio-demográficas y clínicas de la muestra (DE = desviación estándar)	
Edad, media (DE)	45,91 (16,38)	
Género, n (%)		
Mujeres	105 (57,7)	
Hombres	77 (42,3)	
Diagnóstico principal, n (%)		
Trastornos psicóticos	81 (44,6)	
Trastorno depresivo mayor	39 (21,5)	
Trastorno afectivo bipolar	43 (23,7)	
Trastornos de ansiedad	8 (4,3)	
Trastornos de personalidad	3 (1,6)	
Otros trastornos psiquiátricos	8 (4,3)	
Recurso de salud mental del que procede el paciente, n (%)		
Centro de salud mental	64 (35,1)	
Urgencias de psiquiatría	39 (21,4)	
Unidad de agudos de psiquiatría	66 (37,3)	
Otros recursos	13 (6,2)	
Puntuación escala EEAG al ingreso, media (DE)	50,83 (15,06)	
Puntuación subescala de Gravedad de la escala ICG al ingreso, media (DE)	4,5 (1,01)	

Tabla 2	Puntuación global de la muestra en la escala Zarit y CRES-4		
	N	Media	Desviación Estándar
Escala de Zarit	144	49,59	16,27
Escala CRES-4 en cuidadores principales			
1. Componente satisfacción	152	82,76	20,59
2. Componente solución del problema	152	90,00	16,75
3. Componente percepción cambio emocional	152	68,99	13,64
4. Puntuación global	152	241,75	39,10
Escala CRES-4 en pacientes			
1. Componente satisfacción	158	82,91	17,89
2. Componente solución del problema	158	88,86	15,88
3. Componente percepción cambio emocional	158	70,80	12,82
4. Puntuación global	158	242,57	36,74

la escala CRES-4 y 158 pacientes han respondido la escala CRES-4. La puntuación media en la escala Zarit ha sido de 49,59, correspondiente a un nivel de sobrecarga ligera. La puntuación media global de la escala CRES-4 en familiares ha sido de 241,75, mientras que en el componente de satisfacción ha sido de 82,76, en el de solución del problema 90,00 y en el de cambio emocional 68,99. La puntuación media global de la escala CRES-4 en los pacientes ha sido de 242,57, en el componente de satisfacción ha sido 82,91, en el de solución del problema 88,86 y en el de cambio emocional 70,80 (tabla 2). Las puntuaciones de la escala Zarit y CRES-4 en cada uno de los principales grupos diagnósticos se muestran en la tabla 3.

DISCUSIÓN

Hasta las últimas dos décadas, el ingreso hospitalario ha sido el único recurso disponible para los pacientes que experimentan una crisis psiquiátrica aguda. El desarrollo de equipos de hospitalización domiciliaria psiquiátricos basados en el modelo CRT establecido en el Reino Unido, ha permitido brindar un modelo de cuidados intensivos a domicilio, evitando el ingreso del paciente^{2,8,9,11,19}. Existe además evidencia de que la atención ambulatoria de crisis reduce la estigmatización inherente a la hospitalización²⁶. Sin embargo, no se dispone de estudios que hayan evaluado la sobrecarga que implica este tipo de dispositivos en los cuidadores principales de los pacientes ni el nivel de satisfacción con la atención recibida.

La muestra de nuestro estudio corresponde a una población de adultos de mediana edad y con una superioridad de mujeres (57,7% de la muestra). El principal diagnóstico al alta ha sido los trastornos psicóticos (donde se incluye la esquizofrenia, el trastorno delirante, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico no especificado de otro modo), seguido por el trastorno afectivo bipolar y el trastorno depresivo mayor. Estas entidades diagnósticas constituyen también las principales patologías que se encuentran en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Los pacientes atendidos presentaban al ingreso una gravedad de la enfermedad entre moderada y marcadamente enfermos, tal y como lo indica la puntuación media de 4,5 en la subescala de gravedad de la ICG. En cuanto al nivel de funcionalidad en el momento del ingreso en HADMar presentaban una alteración grave en la actividad social, laboral o académica (correspondiente a una puntuación media en la escala EEAG de 50,83).

Uno de los principales objetivos del presente estudio es evaluar el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores principales al ejercer de coterapeutas durante la hospitalización domiciliaria. El rol de los cuidadores principales en este tipo de ingreso es esencial, ya que sin ellos en muchos

Tabla 3	Puntuación en la escala Zarit y CRES-4 separada por grupos diagnósticos (M = media, DE = desviación estándar)								
	Escala Zarit	Escala CRES-4 en Cuidadores Principales				Escala CRES-4 en Pacientes			
		Satisfacción	Solución del problema	Percepción cambio emocional	Puntuación global	Satisfacción	Solución del problema	Percepción cambio emocional	Puntuación global
Trastornos psicóticos	N 62	N 66	N 66	N 66	N 66	N 69	N 69	N 69	N 69
	M 48,58	M 86,66	M 92,12	M 67,61	M 246,40	M 82,02	M 87,82	M 71,19	M 241,05
	DE 16,14	DE 16,2	DE 10,45	DE 14,20	DE 30,51	DE 17,19	DE 17,89	DE 13,43	DE 36,93
Trastorno depresivo mayor	N 32	N 32	N 32	N 32	N 32	N 33	N 33	N 33	N 33
	M 46,18	M 83,63	M 92,12	M 73,10	M 248,86	M 84,70	M 90,00	M 73,16	M 247,86
	DE 13,56	DE 22,61	DE 14,08	DE 13,66	DE 37,39	DE 18,46	DE 14,97	DE 11,97	DE 38,02
Trastorno afectivo bipolar	N 35	N 37	N 37	N 37	N 37	N 38	N 38	N 38	N 38
	M 50,89	M 76,75	M 85,40	M 69,25	M 231,41	M 83,68	M 90,52	M 68,75	M 242,96
	DE 17,95	DE 22,85	DE 22,43	DE 13,04	DE 44,52	DE 18,51	DE 12,93	DE 11,89	DE 35,87
Trastornos de ansiedad	N 5	N 6	N 6	N 6	N 6	N 7	N 7	N 7	N 7
	M 58,40	M 90,00	M 96,66	M 66,66	M 253,33	M 91,42	M 94,28	M 69,64	M 255,35
	DE 12,42	DE 10,95	DE 8,16	DE 10,20	DE 22,45	DE 10,69	DE 9,75	DE 9,83	DE 13,41
Trastorno de personalidad	N 3	N 3	N 3	N 3	N 3	N 3	N 3	N 3	N 3
	M 63,67	M 53,33	M 60,00	M 62,50	M 175,83	M 73,33	M 80	M 70,83	M 224,16
	DE 18,82	DE 50,33	DE 52,91	DE 12,50	DE 114,84	DE 11,54	DE 0,0	DE 19,09	DE 12,82
Otros diagnósticos	N 7	N 8	N 8	N 8	N 8	N 8	N 8	N 8	N 8
	M 59,11	M 72,00	M 82,00	M 65,00	M 219,00	M 74,00	M 82,00	M 68,75	M 224,75
	DE 18,65	DE 28,59	DE 30,47	DE 12,90	DE 65,60	DE 21,18	DE 17,51	DE 16,92	DE 43,99

casos no podría llevarse a cabo esta modalidad de asistencia clínica. La puntuación media en la escala Zarit en el global de la muestra indica que el nivel de sobrecarga experimentada es ligero (49,59 puntos). Entre las afirmaciones de las que se compone la escala de Zarit se ha observado una mayor puntuación media en la afirmación número 7 (correspondiente a: "¿tiene miedo por el futuro de su familiar?", puntuación media de 3,38) y en la afirmación número 8 (correspondiente a: "¿piensa que su familiar depende de usted?", siendo la puntuación media de 3,25). En el resto de afirmaciones la puntuación media ha sido inferior a 3.

Al determinar el nivel de sobrecarga en función del diagnóstico observamos que la sobrecarga en los cuidadores principales sigue siendo ligera en los pacientes con trastornos psicóticos (puntuación media = 48,58), con trastorno depresivo mayor (puntuación media = 46,18) y con trastorno afectivo bipolar (puntuación media = 50,89). Sin embargo, la sobrecarga experimentada en los cuidadores principales pasa a ser intensa en los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (puntuación media = 58,40), trastorno de personalidad (puntuación media = 63,67) y otros diagnósticos (puntuación media = 59,11). Cabe destacar que en las tres categorías diag-

nósticas principales (que suponen en conjunto el 89,8% de la muestra) el nivel de sobrecarga es ligero. En contraste, los cuidadores principales de pacientes con trastorno de personalidad son los que padecen un mayor nivel de sobrecarga.

En relación a la satisfacción con la atención recibida durante el ingreso en HADMar en cuidadores principales observamos que en el global de la muestra están satisfechos, tal y como lo indica una puntuación media global de 241,75 sobre un máximo posible de 300 puntos. Al observar los tres componentes en los que se divide la escala se puede determinar que los cuidadores principales están satisfechos con la atención del equipo terapéutico (puntuación media de 82,76 sobre un máximo posible de 100), que consideran que la atención recibida ha servido para solucionar el problema principal por el que han sido atendidos (puntuación media de 90 sobre un máximo posible de 100) y que se produce una mejoría en el estado emocional al finalizar el seguimiento en HADMar (correspondiente a una puntuación superior a 50 en este apartado; la puntuación media es de 68,99). En los diferentes grupos diagnósticos se obtienen puntuaciones similares, a excepción de los trastornos de personalidad donde la satisfacción con la atención recibida es menor

(puntuación global media de 175,83). Cabe señalar que en esta categoría diagnóstica el componente de satisfacción en cuidadores principales baja hasta 53,33 sobre un máximo posible de 100. Esta menor satisfacción en este grupo concreto de pacientes podría estar en relación con que existen dispositivos en la red de salud mental más adecuados a las necesidades de estos pacientes.

Los resultados obtenidos en este estudio indican también que los pacientes atendidos en el programa HADMar se sienten satisfechos con la atención recibida, de acuerdo a la puntuación media global de 242,57 obtenida en la escala CRES-4. Las puntuaciones medias obtenidas en los 3 componentes de la escala CRES-4 permiten también concluir que los pacientes están satisfechos con la atención del equipo terapéutico (puntuación media de 82,91 sobre un máximo posible de 100), también consideran que la atención recibida ha servido para solucionar el problema principal por el que ha sido atendidos (puntuación media de 88,86 sobre un máximo posible de 100) y también se produce una mejoría en el estado emocional al finalizar el seguimiento (puntuación media de 70,80). Las puntuaciones se mantienen muy similares en los distintos grupos diagnósticos, encontrando las puntuaciones ligeramente más bajas en los pacientes con trastorno de personalidad y en la categoría de otros diagnósticos psiquiátricos (puntuaciones globales medias de 224,16 y 224,75, respectivamente).

Entre las limitaciones del estudio cabe mencionar que se trata de un estudio observacional y por lo tanto no se pueden sacar conclusiones definitivas. Otra de las limitaciones es que el tamaño de la muestra es relativamente pequeño, sobre todo en alguno de los grupos diagnósticos. Una de las principales limitaciones es que no todos los sujetos elegibles han podido ser incluidos en el estudio, sin que se haya podido recoger información relativa al motivo por el que han decidido no participar. También se trata de una limitación importante el hecho de no haber podido obtener información relativa a datos socio-demográficos de los cuidadores principales. Además, la heterogeneidad en el funcionamiento de los diferentes modelos de hospitalización domiciliaria dificulta poder generalizar los resultados

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, este estudio proporciona datos relevantes sobre la hospitalización domiciliaria en un dispositivo basado en el modelo CRT. Este es el primer estudio en nuestro medio en el que se evalúa el grado de sobrecarga experimentada por los cuidadores principales de pacientes con patología mental a los que se les pide que ejerzan de coterapeutas durante un periodo de seguimiento intensivo en domicilio. Los datos obtenidos señalan que el grado de sobrecarga percibido es leve. En este estudio tam-

bién se observa que los pacientes y los cuidadores principales se sienten satisfechos con la atención recibida durante el seguimiento en el dispositivo HADMar, siendo un recurso bien valorado. Es reseñable que tanto en los pacientes como en los cuidadores principales se produce una mejoría en el estado emocional al finalizar el seguimiento en comparación al momento del ingreso.

CONFLICTO DE INTERESES

Jordi León ha sido consultor o ha recibido honorarios de Otsuka, Janssen y Exeltis. El Dr. Perez ha sido consultor o ha recibido honorarios o subvenciones de AB Biotics, AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb, CIBERSAM, ISCIII, Janssen Cilag, Lundbeck, Otsuka, Servier y Pfizer. La Dra. Pacchiarotti ha recibido honorarios de consultoría de ADAMED, Janssen-Cilag y Lundbeck. El resto de autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Barquero JL, García J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2001;89-95.
2. Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health.* 2008.
3. Kalucy R, Thomas L, Lia B, Slattery T, Norris D. Managing increased demand for mental health services in a public hospital emergency department: a trial of «Hospital-in-the-Home» for mental health consumers. *Int J Ment Health Nurs.* 2004;13:275-81.
4. Singh R, Rowan J, Burton C, Galletly C. How effective is a hospital at home service for people with acute mental illness? *Australas Psychiatry.* 2010;18:512-6.
5. Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Ruud T. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Serv Res.* 2011;11:96.
6. Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C, Kaufmann-Kolle P, Goetz K, Bestmann B, et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. *BMC Psychiatry.* 2016;16:242.

7. Cervello S, Pulcini M, Massoubre C, Trombert-Paviot B, Fakra E. Do Home-Based Psychiatric Services for Patients in Medico-Social Institutions Reduce Hospitalizations? Pre-Post Evaluation of a French Psychiatric Mobile Team. *Psychiatr Q.* 2019;90:89-100
8. Alba Palé L, León Caballero J, Córcoles Martínez D, González Fresnedo AM, Bellsolà Gonzalez M, Martín López LM, et al. Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital del Mar. Equipo de atención psiquiátrica domiciliaria en el área de Barcelona. *Rev Psiquiatr y Salud Ment.* 2019;207-212
9. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ.* 2005;331:599.
10. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry.* 2006;189:441-5.
11. Johnson S, Nolan F, Hoult J, White IR, Bebbington P, Sandor A, et al. Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *Br J Psychiatry.* 2005;187:68-75.
12. Kilian R, Becker T, Frasch K. Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. *Neurol Psychiatry Brain Res.* 2016;22:81-6.
13. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010;17:881-92.
14. Hubbeling D, Bertram R. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *J Ment Heal.* 2012;21:285-95.
15. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015.
16. Megías F, Rosal D, Aguilar EJ, Francisca G-I, Pascual S. *Estudios para la Salud* 2004.
17. España. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 1030/2006, del 15 de Septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado.* 2006.
18. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp a Domic.* 2017;1:7.
19. León-Caballero J, Córcoles D, Alba-Palé L, Sabaté-Gomez A, Pérez E, Monteagudo E, et al. Psychiatric hospitalization at home unit in Spain: clinical and functional outcomes after three years of experience. *Actas Esp Psiquiatr.* 2020;48:138-82.
20. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;33:54.
21. Ebrahim OS, Al-Attar GST, Gabra RH, Osman DMM. Stigma and burden of mental illness and their correlates among family caregivers of mentally ill patients. *J Egypt Public Health Assoc.* 2020;95:31.
22. Álvarez L, María González A, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gac Sanit.* 2008;22:618-9.
23. Crespo M, Rivas MT. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clin y Salud.* 2015;26:9-16.
24. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:899-904.
25. Feixas i Viaplana G, Pucurull O, Roca C, Paz C, García Grau E, Bados López A. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): la versión en español. *Rev Psicoter* 2012;23:51-8.
26. Dibben C, Saeed H, Stagias K, Khandaker GM, Rubinsztein JS. Crisis resolution and home treatment teams for older people with mental illness. *Psychiatr Bull.* 2008;32:268-70.