



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE MENTAL GRAVE.
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

HOME CARE FOR PATIENTS WITH SEVERE MENTAL
DISORDER.
BIBLIOGRAPHIC REVIEW

AUTORA

Marina Cubero Mateo

TUTORES

Laura Montes Reula

Carmelo Pelegrin Valero

Universidad de Zaragoza: Facultad de Medicina
2021-2022

"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"(1).

Teoría del Déficit de Autocuidado- Dorothea Orem.

INDICE

1.	RESUMEN	3
	ABSTRACT	4
2.	INTRODUCCIÓN	5
3.	JUSTIFICACIÓN	12
4.	OBJETIVOS.....	12
5.	MÉTODOS	13
6.	RESULTADOS	16
6.1.	Sobrecarga del cuidador en el TMG.....	16
6.2.	Rol de la familia en la atención domiciliaria del TMG	19
6.3.	Beneficios de la atención domiciliaria.....	21
6.3.1.	Psicológicos.....	21
6.3.2.	Laborales.....	23
6.3.3.	Sociales.....	25
7.	DISCUSIÓN.....	27
8.	CONCLUSIONES	29
9.	BIBLIOGRAFÍA	30
10.	ANEXOS.....	33
	Anexo 1: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG):	33
	Anexo 2: Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):	34
	Anexo 3: Escala de sobrecarga del cuidador Zarit:	35

1. RESUMEN

Introducción: A lo largo del tiempo la salud mental va cobrando más importancia en nuestra sociedad. Es debido a la gran incidencia actual de personas afectadas por trastornos mentales graves (TMG) y las consecuencias que conlleva tanto física, mental y socialmente a los pacientes y sus familiares, sumado al impacto en la sanidad. Por este motivo, a partir de 1981 en España van surgiendo diferentes proyectos de atención domiciliaria para estos pacientes, consiguiendo que hoy en día sea un servicio extendido por casi la totalidad de nuestro país. Ofrecen ayuda integral y enfocan su trabajo en el paciente, haciendo partícipes a sus familiares también.

Objetivo: Elaborar una revisión bibliográfica sobre la atención domiciliaria del paciente mental grave y los beneficios que aporta a los pacientes en todas las facetas de su vida.

Material y métodos: Previo al desarrollo del trabajo, se efectúa una búsqueda bibliográfica en bases de datos (Pubmed, ScieELO, Cuiden, Dialnet y Google Académico), en páginas web y repositorios de universidades (Roderic, Investigo y Ruo) mediante descriptores DeCS y MeSH. Los artículos seleccionados han sido sometidos a criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados: La atención domiciliaria proporciona ventajas a los enfermos que sufren un TMG y sus familiares, que son los cuidadores principales y sufren la sobrecarga del cuidado continuo. Tienen utilidad tanto a nivel psicológico, ya que la atención es integral y se crean espacios más cómodos para la expresión de emociones, a nivel laboral, a causa de que se fomentan las habilidades de los pacientes y a nivel social, porque los enfermos no renuncian a su vida en comunidad y la familia participa activamente en la terapia.

Discusión: Tras la revisión bibliográfica se puede afirmar que la atención domiciliaria aporta beneficios a los pacientes que sufren un TMG y sus cuidadores. Se requieren más recursos para que consiga ser una actividad convencional del servicio de salud y de esta manera, la carga asistencial y el gasto en hospitalizaciones reduciría.

Palabras clave: Trastornos mentales, atención domiciliaria, cuidador primario, familia, beneficios, comorbilidad psiquiátrica.

ABSTRACT

Introduction: Over time, mental health is gaining more importance in our society. This is due to the current high incidence of people affected by severe mental disorders and the consequences that it produces both physically, mentally and socially for patients and their families, added to the impact on health. For this reason, in 1981 in Spain have emerged different home care projects for these patients, making it a service widespread throughout almost the entire country. They offer comprehensive help to the patient, focusing their work on involving their families as well.

Objetive: To elaborate a bibliographic review about home care for patients with severe mental disorders and the benefits it brings for them in all sides of their lives.

Material and methods: Prior to the development of the work, a bibliographic search was carried out in databases (Pubmed, SciELO, Cuiden, Dialnet and Google Scholar), web pages and university repositories (Roderic, Investigo and Ruo) using DeCS and MeSH descriptors. The selected articles were subjected to inclusion criteria and exclusion criteria.

Results: Home care provides advantages to patients with severe mental disorder and their family members, who are the primary caregivers and suffer the overload of continuous care. They are useful both at the psychological level, due to the care is comprehensive and more comfortable spaces are crated for the expression of emotions, at the work level, because patients´ skills are encouraged, and at the social level, on account of patients do not give up their community life and the family participates in the therapy.

Discussions: After the bibliographic review, it can be affirmed that home care brings benefits to patients with severe mental disorders and their caregivers. More resources are required for it to become a conventional activity of the health service and in this way, the burden of care and the hospitalization expenses would be reduced.

Key words: Mental disorders, home care, primary caregiver, family, benefits, psychiatric comorbidity.

2. INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud como <<un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades>>(2). Por lo tanto, es absolutamente necesario gozar de salud mental para tener plena salud, ya que es uno de los pilares fundamentales del bienestar individual, así como del funcionamiento de la persona en comunidad contribuyendo en ella(2).

En la actualidad, la salud mental está determinada por tres factores. Destacamos los factores biológicos, psicológicos y sociales(2). Las fuentes de carácter biológico pueden deberse a causas genéticas o desequilibrios bioquímicos cerebrales. Los psicológicos, influyen en la vulnerabilidad del individuo para predisponer a sufrir una patología. Por último, aquellas variables socioeconómicas estresantes, y los modos de vida pocos saludables pueden ser un riesgo para la alteración de la salud mental.

Según el Ministerio de Sanidad tras la realización de La Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) en 2017, la prevalencia global de patología mental en mayores de 15 años es del 10,8%, es decir, una de cada diez personas. Se objetiva mayor frecuencia en mujeres (14,1%) que hombres (7,2%). Entre las patologías más destacadas encontramos la ansiedad y depresión, ambas con una incidencia de 6,7%(3).

El 3,8% de la población general, desarrolla una limitación en las actividades de la vida diaria por un problema de esta índole. El 5,6% de la población de más de 15 años, refiere haber consumido antidepresivos o estimulantes en las últimas dos semanas, mientras que el 12% lo hacen consumiendo tranquilizantes o hipnóticos. Además, el 5,4% de la población declara haber acudido al psicólogo o psiquiatra en los últimos 12 meses. Se observa que esta prevalencia es creciente, por lo que supone una carga económica al Estado y un problema con gran impacto en la sociedad, con las consecuencias laborales, sociales y económicas que conlleva debido al grado de discapacidad y desestructuración que sufren las personas que los padecen y su núcleo cercano(3).

La definición de los Trastornos Mentales Graves (TMG) ha ido evolucionando desde que tuvo lugar hace más de 30 años la reforma psiquiátrica y son definidos mediante criterios clínicos, de temporalidad y de discapacidad, adoptando un modelo integral(4).

La definición que hoy en día se usa en la práctica es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU, en 1987 y que trata tres dimensiones(4,5):

1. Diagnóstico: Se utiliza la clasificación DSM-5 o el CIE-11. Los principales grupos diagnósticos asociados son los trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos afectivos mayores y los trastornos de personalidad(6).

2. Duración: Los síntomas deben tener una duración superior a dos años, o en los últimos seis meses, un deterioro progresivo en el funcionamiento, aunque lleguen a desaparecer los síntomas.
3. Presencia de discapacidad: Muestran una afectación importante del funcionamiento laboral, social y familiar, también de las actividades de la vida diaria (AVD). Las escalas que valoran la operatividad de una persona incluyen:
 - Autocuidado (hábitos de vida no saludables, mala higiene personal etc.).
 - Autonomía (dependencia económica de segundas personas, bajo nivel en el desempeño laboral, falta de autonomía etc.).
 - Autocontrol (incapacidad de control de situaciones estresantes).
 - Relaciones interpersonales (no disponer de red social, déficit de habilidades sociales).
 - Ocio y tiempo libre (anhedonia, soledad, falta de motivación etc.).
 - Funcionamiento cognitivo (dificultad de concentración, memoria, atención etc.).

La Escala de evaluación de la actividad global (DMS) lo mide, objetivando un fallo en el rendimiento funcional con una puntuación menor o igual a 70 puntos si es leve, o menor de 50 si moderada (Anexo 1.)

Los estresores previamente nombrados pueden verse relacionados con una mayor incidencia de patología mental grave porque suponen impacto emocional. Se ha identificado también, que la clase social o nivel socioeconómico bajo son factores de riesgo para sufrir patología mental, ya que estas personas presentan situaciones menos ventajosas (4).

Sumado a esto, padecen otros problemas como patologías médicas asociadas, insomnio, consumo abusivo de sustancias, tentativas de suicidio, desempleo y sufren estigmatización. Por lo tanto, tienen niveles más elevados de morbimortalidad que el resto de la población(5). Por ello, constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y supone un problema de gran magnitud a nivel mundial(7).

De hecho, casi la totalidad de las enfermedades mentales suelen ir acompañadas de patologías orgánicas, por lo tanto, la atención integral del organismo de los pacientes alcanzaría resultados positivos y potenciaría la pronta recuperación y productividad de ellos.

El Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud enuncia datos alarmantes respecto a las tasas de morbimortalidad de estas personas; por ejemplo, aquellas que sufren depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura entre el 40-60% mayor que la población general. Esto es debido a problemas de salud física como enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes, VIH, drogadicción y al suicidio(8). Entre las enfermedades físicas más frecuentes en pacientes con trastorno mental grave destacamos(9):

- Enfermedades bacterianas y micosis: Tuberculosis.
- Enfermedades víricas: VIH y Hepatitis B y C.
- Neoplasias: Cáncer relacionado con la obesidad, cáncer de mama, pulmón y faringe, debido a factores de riesgo como el alcohol, tabaco y otras drogas que consumen con más prevalencia.
- Enfermedades musculoesqueléticas: Osteoporosis.
- Enfermedades del sistema respiratorio: Disfunción pulmonar.
- Enfermedades genitourinarias en hombres: Disfunción sexual.
- Enfermedades ginecológicas en mujeres: Complicaciones obstétricas.
- Enfermedades cardiovasculares: Infarto de miocardio, hipertensión, accidente cerebrovascular y arritmias.
- Enfermedades endocrinometabólicas: Obesidad, diabetes mellitus, síndrome metabólico e hiperlipemia.

Teniendo en cuenta estos datos, cada vez más se observa cómo la salud mental y la salud física van de la mano y requieren una integración entre los diferentes niveles asistenciales. Pero, se han detectado obstáculos tras encuestas realizadas a Médicos de Familia de los Centros de Salud de las comunidades autónomas que afectan a la hora fusionar la salud mental y la física:

- Dificultades en el manejo y falta de información sobre las enfermedades: Muchos profesionales encuentran dificultades en el manejo de los pacientes con trastorno mental grave debido a que ellos sufren sensaciones de malestar, estrés y ansiedad o no tienen conocimiento suficiente sobre cómo afrontar la patología mental.
- Dificultades a nivel de coordinación entre dispositivos: A la hora de ligar la sintomatología física con la psiquiátrica entre los diversos niveles asistenciales.

A pesar de las dificultades, los Médicos de Atención primaria son los mayormente encargados de la detección y seguimiento de pacientes con patología mental. Se ha estimado que, un cuarto de los adultos que acuden a sus consultas es por motivos de esta índole. La labor primaria del médico es hallar síntomas y signos relacionados con salud mental y buscar soluciones desde sus consultas, ya sea previniendo lo antes posible, tratando si es necesario o derivando al profesional de Psiquiatría. Aunque el motivo de consulta de los pacientes pueda ser físico (cefalea, dolor abdominal, dorsalgia etc) o psicológico (insomnio, ansiedad, pérdida de apetito etc), se debe detectar si se encuentra en un momento de crisis.

Sumado a esta tarea, los médicos tienden a controlar el tratamiento pautado por el profesional especializado en psiquiatría o por ellos mismos, detectan enfermedades concomitantes y atienden a los pacientes desde la esfera emocional y social. Como se ha mencionado anteriormente, los enfermos mentales tienen más riesgo de sufrir diversas patologías que tienen que ser descubiertas por el médico de Atención Primaria para derivar al profesional si es necesario o solucionar el problema desde sus consultas (10).

Por lo tanto, son punto clave en el proceso de diagnóstico, seguimiento y descarga emocional de los pacientes. Esto último es debido a que los enfermos suelen tener confianza con los médicos de Atención Primaria por la relación más frecuente y cercana. Además, estos profesionales son conocedores en muchas ocasiones del entorno social y cultural de los pacientes, lo que facilita la detección de estresores y factores de riesgo que favorecen el padecer una patología mental (10).

Debido a la sobrecarga del sistema de Atención Primaria y Hospitalario y las barreras que algunos profesionales encuentran para intervenir en salud mental, desde hace años se están llevando a cabo modelos de atención domiciliaria del paciente mental grave. En España, su creación fue en 1981 en el Hospital Provincial de Madrid (actualmente el Hospital General Universitario Gregorio Marañón) donde comenzó con la hospitalización domiciliaria para desaturar los hospitales, crear un modelo integrador de los pacientes y controlar el gasto sanitario(11). En el sistema sanitario nacional no se acabó consolidando el desarrollo de la atención domiciliaria y únicamente el País Vasco, la Comunidad Valenciana y Galicia cuentan hoy en día con un programa específico dependiente del Servicio Autonómico de Salud.

Su objetivo no es únicamente tratar la sintomatología psiquiátrica que padecen los enfermos, también la física, promocionar su integración en la comunidad y prestar atención al bienestar de estas personas y a sus familiares, que son un eje fundamental en el tratamiento. Se enfoca el tratamiento a las personas con imposibilidad de desplazarse a centros de referencia o a aquellas que desde el punto de vista terapéutico es beneficioso que permanezcan en su domicilio(12).

La atención domiciliaria es un recurso de la sanidad que atiende al paciente descompensado psicopatológicamente en su entorno habitual. Sus principales características son(13):

- Disminuye el número de pacientes de los Centros Ambulatorios de Salud Mental y Unidades de Hospitalización y de esta manera, acorta el tiempo de ingreso en ellas. Proporciona en el domicilio niveles diagnósticos y de tratamientos similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado.
- Se fundamenta en el trabajo interdisciplinario.
- Cubre las necesidades del paciente como ente central de forma individualizada y de la familia, punto clave en este tipo de intervención.

Se ha mencionado que es un trabajo interdisciplinario formado por el servicio de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y la familia del individuo, pudiendo variar de unos lugares a otros según el protocolo propio de actuación.

La implantación a partir de los años 90 de los programas de atención domiciliaria se extendió en lugares como Reino Unido, Estados Unidos, Australia y España. En Reino Unido, las leyes Mental Health Act (1983) y Mental Capacity Act (2005) cambiaron bruscamente el enfoque que se le daba a la salud mental anteriormente. Se minimizaron los ingresos en hospitales, se erradicaron las contenciones mecánicas y se buscaron alternativas para los pacientes en situación aguda, priorizando el beneficio del paciente con la opción menos restrictiva y se desarrollaron dispositivos de atención domiciliaria(13). Este país es un ejemplo de atención domiciliaria para el resto de Europa, ya que cuenta de dispositivos estructurados: "Intensive Home Treatment Team" y "Crisis Resolution Teams", que tienden a expandirse y a promocionar su trabajo. Se componen de equipos numerosos, formados principalmente por profesionales de enfermería divididos en turnos para estar disponibles las 24 horas del día. La atención es telefónica, en el domicilio o mediante el psiquiatra de guardia del hospital de referencia(13).

España se encuentra alejada de países vecinos como Reino Unido en la implantación de la atención domiciliaria, pero cada día está más en auge. Se detecta la existencia de diferencias cuantiosas entre Comunidades Autónomas, sobre todo en la voluntad de unas y otras de promocionar este tipo de proyectos(14).

Hoy en día, hay un total de 111 unidades en el ámbito español, la mayoría de ellas en Cataluña y la Comunidad Valenciana, siendo esta última líder actualmente (10). En la Comunidad Valenciana la hospitalización domiciliaria (HD) se inició en 1990. Es un proyecto que funciona todos los días de la semana incluyendo domingos y festivos, durante todo el día. En el rango horario de las 8 de la mañana a las 22 horas, se lleva a cabo la actividad normal y cada unidad atiende las urgencias en el domicilio y a partir de las 22 horas, las urgencias son gestionadas por los centros de salud y los hospitales de base(15). Actualmente, en el Hospital Universitario La Paz de Valencia, el equipo de atención domiciliaria está compuesto por un médico psiquiatra, un enfermero/a y un auxiliar de enfermería. El psiquiatra es el encargado de realizar la evaluación y el diagnóstico del paciente, diseña el plan de tratamiento modificándolo si es preciso. El equipo de enfermería interviene en el seguimiento del paciente y en gran medida, detecta recaídas(16).

En Barcelona, tanto el Hospital Clínic como el Hospital del Mar tienen proyectos instaurados de atención domiciliaria. En el primero de ellos, hoy en día se hace seguimiento a 6 pacientes mediante un psiquiatra y una enfermera y si se requiere, una trabajadora social. Se efectúa este servicio como alternativa para pacientes agudos descompensados que acuden al servicio de urgencias, pero no les beneficia la Hospitalización en el propio hospital, pacientes que asisten a ambulatorios y requieren ayuda más intensificada o pacientes dados de alta en el Hospital que requieren un seguimiento acrecentado. El proyecto accede a tratar cualquier patología mental, pero, sobre todo, está enfocado a pacientes que sufren recaídas de su enfermedad de base. La atención es diaria también, de lunes a domingo(17).

Por otro lado, el Hospital del Mar de Barcelona comenzó su andanza en enero de 2015. Su equipo está formado por 2 psiquiatras, una psicóloga, 2 enfermeras y un auxiliar de enfermería que trabajan desde las 8 a las 17 horas de lunes a viernes. Si existe una situación de urgencia entre el horario no incluido de atención y los fines de semana, el psiquiatra de guardia es el encargado de intervenir. Los pacientes que forman parte del programa son también aquellos descompensados psicopatológicamente, pertenecen a las áreas de Sant Martí y Ciudad Vella de Barcelona y tienen un familiar que pueda actuar de coterapeuta. Los pacientes pertenecientes a este servicio vienen derivados de la unidad de Hospitalización de agudos del Hospital del Mar, las urgencias de Psiquiatría, hospital de día, consultas externas y centros de salud mental ambulatoria. Los enfermos que acaban siendo admitidos son valorados por los psiquiatras en un plazo menor de 48 horas y posteriormente, el paciente y su familiar firman el consentimiento informado para que se pueda comenzar el tratamiento. El alta se realiza cuando el paciente esté preparado para vincularse a otro dispositivo de seguimiento y se desarrolla como el alta convencional de la Unidad de Hospitalización en agudos (14).

A su vez, en Cataluña existe el proyecto ECID de intervención a domicilio. Está destinado a aquellos adolescentes en riesgo psicopatológico y en situación de exclusión social que encuentran dificultades para vincularse a los servicios ordinarios de salud mental de Cataluña. Comenzó su actuación en 2017 gracias a la Fundación Vidal y Barraquer de Barcelona y se ha ido extendiendo a lo largo de los años, implantando una totalidad de tres proyectos en la comunidad. Los equipos ECID están formados por psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo y educación sociales. Se diferencia con la mayoría de los servicios de salud mental en que cada profesional que forma el equipo puede ser profesional principal para conseguir una relación de confianza con los adolescentes(18).

Desde ECID se interviene de una forma diferente, ya que va enfocado a adolescentes con incapacidad de vincularse a la red asistencial convencional y que sufren absentismo escolar. Por tanto, se centra su trabajo en diferentes niveles(18):

- Entender las dificultades y fortalezas de los jóvenes y sus familias.
- Comprender las dificultades relacionales y emocionales de los adolescentes y el impacto que tienen en el tratamiento.
- Asimilar las dificultades que los pacientes han sufrido en el desarrollo de su enfermedad y comprender el cuadro clínico actual.
- Centrarse en la relación que tienen con los padres como parte vital del proceso.

Por todo lo expuesto, su principal objetivo es impedir la exclusión social que puede ser causada por el absentismo escolar y el aislamiento social que sufren los adolescentes con un problema de esta índole. Para conseguir este objetivo, se fomenta la creación de un vínculo terapéutico entre el profesional de la salud mental y el paciente basado en una relación de confianza. Con este proceder se van conjuntamente asentando las bases con el fin de avanzar en la recuperación (18).

Por último, en Aragón, la asociación ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) ofrece atención domiciliaria todos los días de la semana durante las 24 horas del día. Las esferas personales en las que interviene son(19):

- Acompañamiento hospitalario de los pacientes.
- Control de medicación.
- Gestión de compras.
- Ayuda personal, como higiene, alimentación y cuidado.
- Fomento del ocio.
- Gestión emocional de los familiares de los pacientes.
- Terapia psicológica.

Además, el sistema de Salud de Aragón ha realizado un plan de salud de cara al año 2030 con ideas de cambio en todos los ámbitos y entre ellas la Salud Mental. Destacan que:

- Existen dispositivos de Salud Mental escasos.
- Los pacientes y las familias requieren más ayuda.
- Se necesita mayor disponibilidad y coordinación de recursos que permitan la recuperación social y laboral de las personas con problemas graves.

Como objetivo, de cara al 2030, "se plantea priorizar en las personas con problemas de salud mental, una atención de calidad con enfoque comunitario y orientado a la recuperación"(20).

3. JUSTIFICACIÓN

Las patologías que provocan trastornos mentales graves afectan a un alto porcentaje de la población general de casi todas las edades, perjudican la integración de los pacientes en las actividades diarias y suponen grandes costes directos e indirectos en la sanidad. Por estos motivos, nace la inclinación de investigar sobre estas personas, ya que están en una posición de exclusión. La atención domiciliaria puede ayudar en gran medida a la integración social de los individuos afectados y hacer partícipe a los familiares del tratamiento y de esta forma, facilitar un entorno beneficioso para ellos.

Por último, se desea que con este trabajo más profesionales sanitarios y la sociedad se haga consciente de los beneficios de la atención domiciliaria y se lleve a cabo la creación de más proyectores de esta índole.

4. OBJETIVOS

Objetivos principales: Describir según la literatura científica la atención domiciliaria de equipos sanitarios especializados hacia pacientes con patología mental grave y las consecuencias que produce en ellos.

Objetivos secundarios:

- Especificar los beneficios psicológicos de la atención domiciliaria sobre la evolución de los pacientes con trastornos mentales graves.
- Reseñar el impacto laboral y económico favorable que conlleva el tratamiento domiciliar de los pacientes con patología mental grave.
- Confirmar la mayor habilidad de los pacientes en el funcionamiento en comunidad tras participar en los programas de rehabilitación psicosocial.
- Señalar la importancia del equipo sanitario y de la familia en el tratamiento domiciliar de los enfermos, alcanzando una mayor adherencia.

5. MÉTODOS

Previamente a la elaboración de esta revisión bibliográfica, se ha realizado la búsqueda entre los meses de diciembre de 2021 y febrero 2022 de información contrastada en la que se han utilizado las bases de datos: PubMed, SciELO, Cuiden, Dialnet y Google Académico. Se ha accedido a RODERIC (Repositori d'Objectes Digitals per a l'Ensenyament la Recerca i la Cultura) de la Universidad de Valencia, INVESTIGO (Repositorio de la Universidad de Vigo) y RUO (Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo) para la obtención de tesis doctorales.

Se han utilizado las páginas web de la OMS ("Organización Mundial de la Salud"), el Gobierno de Aragón, el "Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social", la "Confederación Salud Mental España", el BOE, "World Association for Psychosocial Rehabilitation", la página de la Fundación Intrás, del Hospital Universitario la Fe de Valencia y la "Asociación Aragonesa Pro Salud Mental" (ASAPME). Por último, el libro DSM-5 se ha destinado para la clasificación de los trastornos mentales graves.

Para ello, se emplearon las palabras clave combinadas con los operadores booleanos "AND" y "OR", mediante Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC/MeSH): *atención domiciliaria, psiquiatría, mental grave, salud mental, cuidador, sanitario, comorbilidad y beneficios*.

Se han instaurado unos límites para el desarrollo del estudio como criterios de inclusión y exclusión de la información buscada (tabla 1).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
-Publicaciones que traten sobre la atención domiciliaria de un equipo especializado hacia pacientes con patología mental grave.	-Publicaciones sobre de la atención domiciliaria que no guarden relación con la patología mental grave.
-Publicaciones que enfoquen los beneficios del tratamiento domiciliario de enfermos mentales graves.	-Artículos que plasmen únicamente el cuidado de enfermería.
-Tipos de artículos: ensayo clínico, revisiones sistemáticas, revisión bibliográfica.	-Publicaciones en idiomas diferentes a castellano o inglés.
-Publicaciones en castellano o inglés.	-Artículos de más de 10 años de antigüedad (salvo seis artículos fuera de rango por la relevancia de los mismos).
-Publicaciones con 10 años o menos de antigüedad.	-Publicaciones sin acceso a texto completo.
-Publicaciones con acceso a texto completo.	

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Elaboración propia.

BASES DE DATOS UTILIZADAS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
PubMed	"Mental disorders" AND "home care"	3	1
	"Mental disease" AND comorbidity	11	2
	"Home care" AND "mental disorders" AND benefits	491	6
Scielo	Mental disorders AND home care	34	2
Cuiden	"Atención domiciliaria" AND "mental grave"	5	5
Dialnet	Atención domiciliaria AND mental grave	13	1
	Atención domiciliaria AND psiquiatría	9	4
	Cuidador primario AND mental grave	14	1
	"Salud mental" AND comorbilidad	148	3

Tabla 2: Resultados de la búsqueda en bases de datos.

Fuente: Elaboración propia.

REPOSITARIOS UTILIZADOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOLEANOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
RODERIC	Hospitalización domiciliaria AND salud mental	15	1
INVESTIGO	Trastorno mental AND sanitario	16	1
RUO	Trastorno mental AND comorbilidad	3	1

Tabla 3: Resultados de la búsqueda en repositorios.

Fuente: Elaboración propia.

6. RESULTADOS

Los trastornos mentales graves (TMG) afectan al individuo que los padece tanto física como psicológicamente como a su entorno cercano, siendo la familia la más involucrada. Los profesionales sanitarios que conforman los equipos de atención domiciliaria son un equipo multidisciplinar que tiene como objetivo promocionar, prevenir y rehabilitar la patología para modificar las conductas negativas y reducir la progresión del trastorno. De esta manera, la familia será beneficiaria también y su labor en el proceso es indispensable (9,21-23).

6.1. Sobrecarga del cuidador en el TMG

El cuidador principal según la OMS es: "la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo" (23).

Gran parte de las enfermedades y en concreto las de índole mental, producen un alto grado de dependencia para quien la vive. En ocasiones los pacientes no son capaces de llevar a cabo las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) valorado por la escala Lawton y Brody (Anexo 2) y hasta dependen económicamente de una segunda persona(22,24). La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, describe la dependencia como: "aquella situación en la que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, sensorial y/o mental tienen necesidad de una asistencia y/o una ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria"(25).

Cuando una familia está integrada por una persona con enfermedad mental afecta a todos los componentes de ella y, a veces, los cuidadores sufren un abandono de su propia salud. Fornés en 2003 manifestó el desgaste físico y psicológico que sufren los cuidadores, desde insomnio, ansiedad, desmotivación, anhedonia de sus propias actividades, culpa etc. Además, este agotamiento influye también a su economía, su empleo y sus relaciones sociales y familiares(26). La salud de los cuidadores principales decae más cuando no se dispone de cuidadores secundarios, ya que la carga recae sobre ellos mismos, siendo plenos responsables del cuidado y recuperación del familiar.

El perfil más común de cuidador en la comunidad de Aragón es el siguiente, ver RELACIÓN I (26,27):

RELACIÓN I: PERFIL DEL CUIDADOR EN ARAGÓN

A partir de la revisión de la literatura realizada, se muestra un mapa relacional sobre el perfil del cuidador en la Comunidad Autónoma de Aragón:



Fuente: Elaboración propia.

Diversos estudios han utilizado la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Anexo 3) que evalúa el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores. Las variables que estudia son la salud, vida personal y social, recursos económicos, bienestar emocional o estrés y sobrecarga. En los estudios se detecta que aproximadamente la mitad de los cuidadores tienen sobrecarga, siendo mayor en aquellos cuyos familiares presenten una enfermedad más grave e incapacitante y más de la mitad perciben tener mala salud (22,26).

Respecto a esto, la condición mental y física de los cuidadores principales puede influir en los enfermos, siendo decisivo para su recuperación. Estudios se han centrado en investigar si gozar de buena salud física y mental siendo cuidador principal es determinante a la hora de disminuir el número de reingresos de los pacientes. Los estudios concluyeron que no había diferencias significativas entre si los familiares tienen buena salud o si no la tienen. Esta situación puede deberse a que la resiliencia del cuidador es significativa a la hora del trato que proporciona al enfermo mental grave. Si el familiar tiene alta

resiliencia consulta antes con los medios de salud disponibles, recurre más a los profesionales sanitarios en situación de urgencia y son, por lo tanto, hospitalizados si es necesario. Los familiares con menor nivel de resiliencia acuden al hospital con mayor dificultad porque no están tan vinculados en el proceso terapéutico de sus familiares. Por estos motivos, es posible que no se encuentren diferencias significativas entre el número de reingresos si el nivel de salud de los cuidadores es óptimo o no lo es, ya que la resiliencia es un factor más relacionado en el cuidado de los enfermos(18,22,26).

Hasta ahora se ha hablado en base a que los pacientes dispongan de una red de ayuda por parte de su entorno cercano. El problema viene cuando algunos enfermos mentales no gozan de ella, ya que los pacientes son en ocasiones incomprendidos por su entorno y sufren estigmatización. Los pacientes sin núcleo de apoyo se encuentran en una situación de abandono y de desventaja respecto a los que sí lo poseen.

Por lo tanto, apoyar a los enfermos mentales en situación de vulnerabilidad y ayudar a las familias proporcionando apoyo para que su salud no se vea dañada por el cuidado de sus familiares beneficiaría enormemente a las personas que están sufriendo una enfermedad de esta índole.

Desde la asociación aragonesa de salud mental ASAPME se hace gran hincapié en el cuidado de los familiares o tutores. Por lo tanto, las actividades que llevan a cabo se basan en la autonomía de los enfermos y enfocan su trabajo en el ente total del individuo afecto sin olvidarse del tiempo de respiro de sus seres queridos. La asociación presta atención las 24 horas del día los 365 días y los servicios facilitados quedan recogidos a continuación (Tabla 4)(19):

TABLA 4: SERVICIOS FACILITADOS POR ASAPME A LOS PACIENTES CON TMG Y SUS CUIDADORES

ABVD y cuidado personal	Autonomía	Cuidado sanitario	Soporte psicológico
Limpieza personal y del hogar	Estimulación cognitiva	Control farmacológico	Afrontar la soledad
Realizar comidas	Movilidad	Gestión de citas médicas y acompañamiento	Motivar el ocio, tiempo libre y relaciones sociales
Administrar compras	Cuestiones burocráticas y administrativas		Apoyo psicológico a cuidadores y respiro

Fuente: Elaboración propia.

6.2. Rol de la familia en la atención domiciliaria del TMG

En España, a partir de la Reforma Psiquiátrica de 1986 se desarrolló un considerable cambio en relación con el cuidado de las personas con patología mental. En este momento, se produjo el cierre de muchos hospitales llamados "manicomios" y como consecuencia, el cuidado cayó de forma notable sobre los familiares(26,27). La reforma ayudó a acercar a los pacientes a la comunidad, facilitar la atención integral, la reinserción y limitar las hospitalizaciones a cuando sean estrictamente necesarias. Por lo tanto, los enfermos pasaron de estar ingresados en Hospitales a recibir atención comunitaria viviendo en el domicilio con las personas de su entorno(27).

Se ha demostrado que los familiares de los pacientes con patología mental encuentran una serie de problemas cuando el cuidado de los enfermos recae sobre ellos sin disponer de una red de apoyo(28):

- Limitación en el acceso de los servicios sanitarios y sociales.
- La economía familiar se ve afectada en gran medida.
- No disponen de los medios ni conocimientos necesarios para actuar como cuidadores principales del paciente mental grave.
- No gozan de alternativas a la hora de asumir el papel de ser cuidador principal.
- La calidad de vida de los familiares se puede ver afectada por la sobrecarga.

Por lo tanto, emergen una serie de necesidades para solucionar los problemas anteriormente nombrados, puestas en marcha en las unidades de atención domiciliaria(24):

- Proporcionar información completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su familiar afectado.
- Ser informados de las decisiones que pueden repercutir a la familia.
- Disponer de más prestaciones económicas, ya que el gasto que supone un paciente con TMG afecta a la familia. Desde la pérdida de ingresos por la enfermedad hasta los gastos del cuidado.
- Beneficiarse de momentos de descanso.
- Poder ser apoyados emocionalmente debido a que sufren incompreensión y duelo porque su familiar está enfermo.

Como resultado de las necesidades que surgen, la implantación de la atención domiciliaria involucra a los familiares en el proceso de rehabilitación y tratamiento. Por ejemplo, en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, normalmente están prohibidos los dispositivos electrónicos con conexión a internet (móviles, ordenadores etc.), rompiendo la relación de los enfermos con su entorno cercano.

Además, a diferencia del resto de especialidades, las visitas a las unidades son a “puerta cerrada”, es decir, están bajo un horario estricto y normalmente no se permite pernoctar con ellos. Como consecuencia, hay una desvinculación de la familia en el proceso de tratamiento y recuperación del enfermo, a diferencia de la atención domiciliaria, donde la familia refuerza el tratamiento (13). Los servicios de atención domiciliaria enfocan su trabajo hacia el paciente y la familia, trabajando en una serie de aspectos(13,18,19):

- Reducen la estigmatización de la patología mental.
- Proporcionan a los cuidadores la oportunidad de expresar sus emociones y necesidades.
- Educan a los familiares a responder correctamente ante situaciones de crisis aguda de la patología e identificar factores estresantes que puedan facilitarlas.
- Permiten la participación de los cuidadores en parte de las terapias psicológicas para fomentar la relación de confianza.
- Posibilitan que los familiares tengan control del tratamiento recetado, detectando reacciones adversas si las hubiera y facilitando el cumplimiento de él.
- Facilitan el proceso de alta únicamente desvinculándose del dispositivo, pero llevando a cabo las mismas actividades que se realizaban en el domicilio. Punto a diferenciar del proceso de alta en las instituciones, donde se abre paso a algo desconocido(29).

Estudios han demostrado que, gracias a estos procesos, existe un grado mayor de satisfacción en los pacientes y en los familiares, ya que algunos enuncian que disminuye el grado de sobrecarga (28). Al incluir a la familia en las actividades de cuidados se ha de intentar prevenir el cansancio del familiar y facilitar su integración en la vida social. De esta forma, se habrá realizado un trabajo óptimo, protegiendo a cada una de las partes que conforman el entorno del paciente mental grave(30).

6.3. Beneficios de la atención domiciliaria

6.3.1. Psicológicos

Los pacientes pertenecientes a un proyecto de atención domiciliaria son aquellos que pueden obtener beneficio de ello(11,14,15,17-19,29,31). Primero de todo, la Hospitalización en la Unidad de Agudos de Psiquiatría puede agravar durante un tiempo su patología debido a que se encuentran desconectados de su entorno habitual. Las unidades son a puerta cerrada, con horario de visitas limitado, restricción de móviles etc. De esta manera, los pacientes viven una realidad paralela sin ser apoyados por su círculo habitual. Muchos enfermos encuentran esta vivencia como una situación de soledad, de tristeza y esto puede empeorar su depresión o su nivel de ansiedad. Además, en el proceso de alta los pacientes tienen que volver a acostumbrarse a su día a día en el domicilio, siendo un estresor para la familia y ellos mismos(13).

Al contrario, los proyectos de atención domiciliaria involucran al entorno cercano en el proceso de recuperación aprovechando la ayuda que pueden proporcionar. Los familiares son formados como coterapeutas en muchas ocasiones y, de esta forma, en una situación de crisis tienen la capacidad de intervenir. Además, se debaten en conjunto los puntos a mejorar de la vida en familia, facilitando un ambiente afable para el paciente. Junto a esto, estudios han demostrado que los pacientes con trastorno mental grave se benefician del alta en el domicilio. Esto es debido a que están arropados por sus familias, se sienten protegidos por ellas y no tienen tanto temor a volver a sentirse en situación vulnerable. Lo único que puede suponer un esfuerzo extra es la desvinculación con el equipo de atención domiciliaria, pero finalmente se vinculan a otro servicio de seguimiento. Además, los programas enfocan su trabajo en el cuidado personal, la alimentación, la higiene, la vida en comunidad y por este motivo, pueden continuar haciéndolo en su mismo entorno sin que suponga un nuevo reto para ellos(18,19).

Estas características son clave para evitar recaídas y poder gestionar las emociones en caso de contratiempos futuros si los hubiera. En la **TABLA 5** se exponen los beneficios psicológicos que conlleva la atención domiciliaria y los inconvenientes que existen. Sin duda, los beneficios superan a los obstáculos y el objetivo es mejorarlos para obtener el mejor rendimiento de la atención servida(8,19).

TABLA 5: BENEFICIOS PSICOLÓGICOS E INCONVENIENTES DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA RESPECTO A LA HOSPITALIZACIÓN.

BENEFICIOS	INCONVENIENTES
Contacto directo con la realidad cotidiana de la persona: su hogar y entorno próximo. Visión más realista del paciente.	Mayor dificultad para la realización de pruebas y exploraciones complementarias.
Implica una inversión del procedimiento habitual: el profesional acude al domicilio del paciente. Flexibilidad para el enfermo.	Menor capacidad de contención en crisis aguda.
Participación de la familia en el proceso terapéutico.	Se reduce la asistencia en fin de semana.
Genera espacios cómodos de comunicación y exposición de emociones.	
Facilita solucionar antes de la cronificación, sobre todo en pacientes jóvenes.	
Favorece el proceso de alta.	

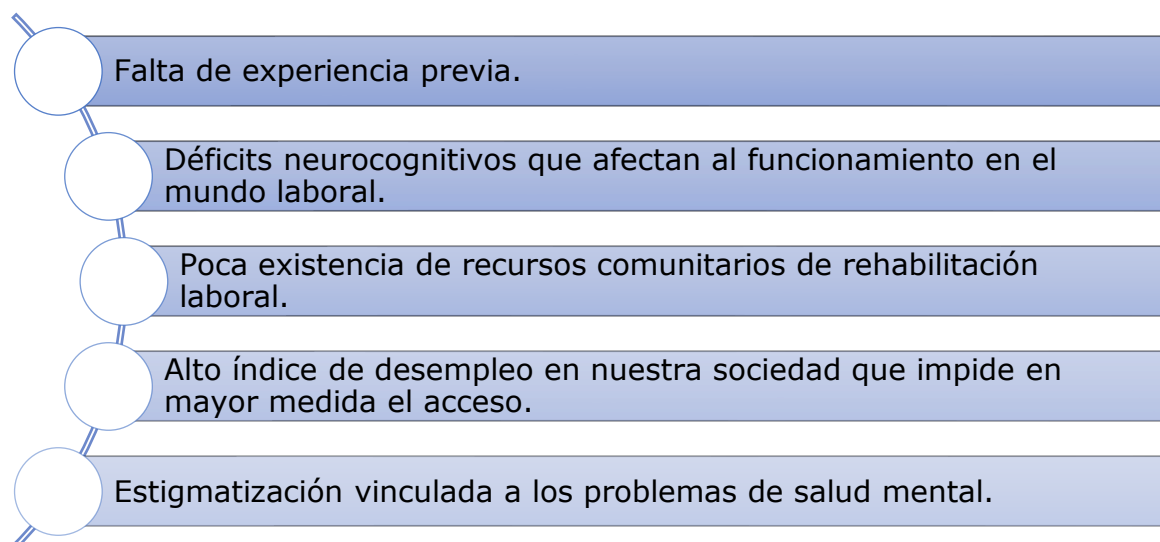
Fuente: Elaboración propia.

6.3.2. Laborales

Todos los individuos tienen derecho a acceder al mundo laboral y obtener un trabajo, al igual que disponer de un hogar, siendo reconocidos como derechos humanos básicos. La mayoría de los pacientes con trastorno mental grave (TMG) son desempleados y tienen dificultades para mantener o acceder a puestos de trabajo competitivos(5). En esta afirmación intervienen diferentes factores (ver en **RELACIÓN II**) (5):

RELACIÓN II: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIFICULTAD DE ACCEDER AL MUNDO LABORAL A LOS PACIENTES CON TMG.

Tras la revisión de la bibliografía, se expone un mapa relacional sobre las dificultades que encuentran los pacientes con trastorno mental grave para acceder al mundo laboral:



Fuente: Elaboración propia.

El empleo es un medio de inclusión y participación en comunidad, por lo tanto, la falta de él en los pacientes con TMG constituye uno de los factores de riesgo para sufrir exclusión social(5,18,24,32). Es sumamente imprescindible que en el proceso de rehabilitación de un paciente con enfermedad mental se considere el trabajo y la vivienda como elementos principales a conseguir en una persona en recuperación. Por un lado, beneficia la inclusión en el mundo social, implica ingresos económicos y puede llegar a favorecer la clínica, la autoestima y la calidad de vida(8). Los pacientes con trastornos mentales graves, por ejemplo la esquizofrenia, presentan dificultades para desenvolverse en sociedad y, además, pueden tener déficits en diversas áreas neurocognitivas que entorpecen el funcionamiento del individuo y el acceso a un trabajo digno(8).

Primeramente, para lograr la inserción, los equipos trabajan en erradicar la estigmatización que se puede tener sobre la salud mental partiendo por los pacientes y sus propios familiares, ya que pueden ser un impedimento en la autoconfianza de los enfermos(13,18,22,33). Para conseguir este objetivo, se intenta normalizar la problemática e incrementar el conocimiento de los familiares sobre qué patología padece el afectado.

Sumado a esto, como consecuencia de que la atención de los pacientes es integral, los profesionales detectan las habilidades específicas de cada uno de ellos para reforzarlas y, de esta forma, usarlas de manera óptima y ganar autoconfianza. Se enfocan también en la autonomía, fomentando la independencia económica, los hábitos de vida saludables, las habilidades sociales etc. Gracias a estas intervenciones, los pacientes están más capacitados para la reinserción laboral. No existen muchos datos de estudios que afirmen que la atención domiciliaria beneficie a que los pacientes accedan al mundo del trabajo, pero, diversos artículos mencionan que sí. De todas formas, la atención continuada e individualizada de cada enfermo genera unas habilidades que pueden emplearse a la hora de enfrentarse a un empleo(5,8).

Se dispone en ciertas comunidades autónomas de programas de rehabilitación laboral enfocados a la ganancia de hábitos laborales y habilidades que hagan más asequible el acceso de los pacientes. También, programas destinados a la mejora de la cualificación de las personas. Pero la atención domiciliaria no actúa de forma tan específica. Refuerza las competencias y a nivel psicosocial aporta gran cantidad de beneficios pero no olvidemos que intervienen cuando el paciente se encuentra en crisis, por lo tanto, los equipos no disponen del tiempo suficiente para rehabilitar laboralmente(5).

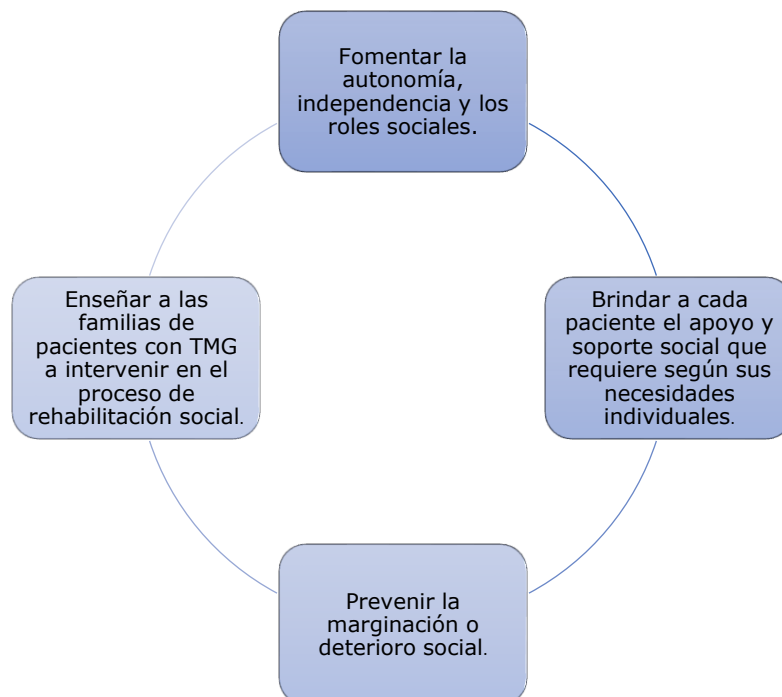
6.3.3. Sociales

A partir de la reforma psiquiátrica de 1986, la rehabilitación psicosocial ha tomado valor y es un punto clave en la recuperación integral de los pacientes con trastorno mental grave. Tanto es así, que la atención integral sólo puede entenderse tras la desinstitucionalización de los manicomios después de esta reforma(21). Previamente a ella, la recuperación se enfocaba únicamente en las actividades ocupacionales, olvidando la vida en comunidad de los afectados. En el actual modelo de atención comunitaria se persigue el mantenimiento de las personas en sociedad sin ser reclusos en hospitales haciendo que se desenvuelvan de una manera óptima para obtener la mayor calidad de vida(5).

La rehabilitación psicosocial se define como un conjunto de estrategias que, unidas a las medidas farmacológicas y el manejo de los síntomas de las diferentes patologías están centradas en la mejora del funcionamiento en comunidad de los pacientes(5,8,10,24,27).

Desde los programas de atención domiciliaria se trabaja diariamente en conseguir que los pacientes al finalizar la terapia accedan al mundo en comunidad. Por lo tanto, las metas de la rehabilitación psicosocial son las siguientes (Tabla 6):

TABLA 6: METAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.



Fuente: Elaboración propia.

Los proyectos de atención domiciliaria hacen los objetivos posibles, ya que el seguimiento diario de los pacientes en su hogar permite tener tiempo para trabajarlos. Para conseguir los propósitos, los equipos refuerzan las habilidades sociales de los pacientes y así ganan autoconfianza. Además, la participación del entorno cercano en el proceso y la vinculación de los pacientes en sus domicilios, hacen que los enfermos no renuncien a la vida en comunidad. La familia en este caso tiene un papel clave y tanto ellas como los enfermos, según diferentes estudios, están satisfechos y detectan un cambio relevante comparado con el esfuerzo que supone la vuelta a la vida en sociedad tras la Hospitalización convencional(18).

7. DISCUSIÓN

La visión de la salud mental ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Comenzando por las civilizaciones griegas y romanas, el término "locura" era empleado para su definición. A partir de ese momento, en la mayoría de corrientes ha prevalecido una visión "demoniaca y negativa"(4) sobre los trastornos mentales. Estas ideas han buscado cura a lo largo del tiempo mediante sangrías, dietas alimentarias e incluso el establecimiento de lugares de reposo. Desde la Edad Media, los pacientes han sido alejados de la sociedad destinados en celdas, pabellones y más tarde, en manicomios hasta mediados del siglo XX. Sumado a esto, la convicción de incurabilidad junto al miedo por la agresividad de los pacientes ha durado también hasta mediados del siglo XX(4).

A raíz de los psicofármacos, el avance de la medicina, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los movimientos reivindicativos de los derechos humanos, la idea sobre la patología mental ha ido adoptando un modelo comunitario, evitando aislar a los pacientes y buscando un modelo integral(4). Pese a esto, la salud mental a nivel mundial incluyendo a España, todavía tiene que recorrer pasos porque continúa con cierta estigmatización y requiere más recursos por parte del Gobierno para aportar el cuidado que los enfermos demandan. Vamos avanzando año tras año gracias a asociaciones y campañas que promulgan y la mayor defensa por los derechos humanos y de esta manera, se consigue ir desmantelando la idea de que los problemas de salud mental son una patología aparte y que los pacientes son "locos", eligen estar así o son culpables (21,27).

Debido a estas barreras aún vigentes hoy en día, la población no está demasiado preparada para sufrir un problema mental en sí mismo, ni en las personas de alrededor. Como consecuencia, puede florecer en los pacientes un sentimiento de culpa, ansiedad, miedo, sensación de carga hacia terceros etc. Además, los familiares y cuidadores no están educados para lidiar con la patología mental, se pueden sentir culpables, no comprenden a su familiar y sumado a esto, quedan en la mayoría de ocasiones olvidados en el proceso terapéutico(28). Resultado de esto, aparece el fenómeno de sobrecarga del cuidador, pudiendo llegar a influir en la recuperación del paciente y empeorando la propia salud tanto física como mental del familiar encargado del cuidado del enfermo(26).

El servicio de atención domiciliaria es uno de los proyectos innovadores repartidos por casi la totalidad de España encargado en lidiar de primera mano con los problemas surgidos en el contexto de trastorno mental grave(11,12,14,17-19,23,31,33). Resulta una actividad diversa a la hospitalización convencional, que logra rebajar la sobrecarga del cuidador y favorece que los familiares tengan información global sobre la patología de su familiar. De esta forma, se crea un ambiente activo de trabajo y los cuidadores disponen de los recursos necesarios para intervenir en situaciones agudas(18,19).

Bajo mi punto de vista y pese a los nuevos proyectos que van emanando, se necesitan más recursos por parte del Gobierno para proporcionar a los pacientes psiquiátricos la atención que precisan. Esto es motivo de las largas listas de espera que suele haber en gran número de hospitales de España y el abandono que puede sufrir la salud mental en alguna zona concreta del mapa de España, porque no existe servicio de salud mental en todos los hospitales y el seguimiento por psiquiatría y psicología es prorrogado en el tiempo. Centrándonos en la atención domiciliaria del paciente mental grave en concreto, podría ser exitoso que con más ayudas los profesionales la fomenten y promulguen los beneficios que aporta. Si se consiguiera establecer de forma habitual, además de la mayor facilidad de inserción de los pacientes en el mundo laboral y social y los beneficios en su propia patología, también se reduciría la carga asistencial y el gasto de inversión en hospitalizaciones.

8. CONCLUSIONES

1. La prevalencia global de personas con patología mental ocupa un porcentaje remarcable en la sociedad y la incidencia es creciente.
2. Los trastornos mentales graves influyen negativamente en el funcionamiento laboral, social y familiar del individuo afectado.
3. Los pacientes sufren con más facilidad insomnio, consumo abusivo de sustancias, ideas de suicidio y casi la totalidad tienen acompañando una patología orgánica.
4. El servicio de Atención Primaria es el mayor encargado de la detección y seguimiento de pacientes con trastorno mental. Además, diagnostican patología orgánica concomitante.
5. Los cuidadores de los enfermos suelen sufrir sobrecarga del cuidador, que disminuye cuando su familiar está involucrado en un proyecto de seguimiento domiciliario.
6. Los proyectos de atención domiciliaria consiguen la estabilización psicopatológica de los pacientes y disminuyen las hospitalizaciones. Además, facilitan el acceso al mundo laboral y la vida en comunidad.
7. Se requieren más recursos para implantar mayor número de proyectos y de esta manera, proporcionar a los pacientes la atención que demandan.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Rev Enferm Global [Internet]. 2010 [cited 2022 Feb 10]; (19):1–14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004%0Ahttp://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. 2017-2018. 2017; 21-25.
4. Espinosa López R, Valiente-Ots C. ¿Qué Es El Trastorno Mental Grave Y Duradero? ¿What Is a Severe Mental Disorder? Rev Psicol y educación. 2017;16(1):4–14.
5. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Cuad técnicos [Internet]. 2002;6:117. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
6. First MB. DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial. 5º. Panamericana; 2014.
7. Valdes King M. Morbilidad psiquiátrica en pacientes mayores de 18 años. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet] 2016 [cited 2022 Feb 9]; 32(3). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/136>
8. Díaz- Mandado O. Alteraciones cognitivas en el transtorno mental grave: Una revisión de nueve meta-análisis. Info Psiquiátricas [Internet] 2018: (231);37–56.
9. Pausada González MA. Comorbilidad física en pacientes con trastorno mental grave: Seguimiento interdisciplinar, control por el equipo de salud mental y atención primaria. Univ Oviedo.
10. García JLT, Ramírez FB, Misol RC, Bentata LC, Alonso CF, Campayo JG, et al. Grupos de expertos del PAPPS Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. 2018.
11. Aparicio F. Hospitalización domiciliaria en salud mental. Eficacia y viabilidad. Univ València. 2020.
12. Generalitat Valenciana. Agència Valenciana de Salut. Atención Domiciliaria en Salud Mental. Dir Gen Ord y Asist Sanit Subdirección Gen atención a la cronicidad, salud Ment y Drog Serv salud Ment [Internet]. 2011;6. Disponible en: http://www2.san.gva.es/docs/salud_mental/cas/Otros_programas_Atencion_domiciliaria_en_Salud_mental.pdf

13. Hernandez I, Chilet E. Rev Bio y Der. Perspectivas bioéticas. 2019;45:127-47.
14. 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 Salud Ment. 2019;12(4):207-12.
15. Cecova. Hospitalización domiciliaria. Cecove [Internet] 2014 [cited 2022 12 Feb]: 6-9. Disponible en: http://www.svhad.es/wp-content/uploads/2019/05/cecova_6-2014_web_0.pdf
16. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Área clínica de Salud Mental [Internet]. [cited 2022 Feb 14]. Disponible en: <http://www.lafe.san.gva.es/AreasyServicios/es/salud-mental/adultos/recursos-comunitarios/atencion-domiciliaria/descripcion.html>
17. Adamed Laboratorios. Las unidades de hospitalización domiciliaria [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 15]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/blog.php?wurl=las-unidades-de-hospitalizacion-domiciliaria>
18. Dangerfield M. El Proyecto ECID . Un modelo de intervención comunitario para adolescentes de alto riesgo desvinculados de la red asistencial. (68):1-28.
19. ASAPME [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Disponible en: <https://asapme.org/>
20. Gobierno de Aragón. Plan de Salud de Aragón [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 15]. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030>
21. Desviat M. La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. Rev Esp Salud Publica. 2011;85(5):427-36.
22. Castaño-Mora Y, Canaval-Erazo GE. Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliar. Entramado. 2015;11(2):274-83.
23. González Gromé E. La Atención Domiciliaria en los Equipos de Salud Mental Comunitaria. Enf Docente. 2005;81(1):22-5.
24. IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave [Internet]. 2007 [cited 2022 Feb 20]. 27-35. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/21011alzheimer.pdf>
25. Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado. Legislación consolidada [Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

26. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás MM. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *Eur J Heal Res.* 2017;3(3):185.
27. Confederación Salud Mental España. 30 años después de la Reforma Psiquiátrica, Salud Mental España continúa reclamando un mayor compromiso público [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 17]. Disponible en: <https://consaludmental.org/notas-de-prensa/30-anos-reforma-psiquiatrica-salud-mental-espana-compromiso-publico/>
28. Losada A, Sequeros Pedroso Chaparro M, Gallego-Alberto L, Huertas C, Márquez González M. Sentimientos de ambivalencia y culpa en cuidadores familiares de personas con demencia: aspectos teóricos y prácticos. *Inf psiquiatr.* 2020;13–25.
29. Ferreira A, Tato JL. El entorno domiciliario en el paciente con alteraciones en la salud mental: el escenario de los cuidados de enfermería. *Rev Iberoam Educ Investi Enferm.* 2013;3(1):38–45.
30. Cruz Varo V, Martínez de Paz A, Izquierdo Vendrell E, Barbero Valverde JD, Gabernet Florensa RM, Balaguer Sancho J, et al. Adherencia al tratamiento en usuarios de hospitalización domiciliaria de salud mental (HDOM). *Rev Enferm Salud Ment.* 2020;(16):6–16.
31. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(6):323–32.
32. Vicente González S. Actitudes de los profesionales sanitarios hacia la enfermedad mental [Internet]. *Investigo:* 2020 [cited 2022 Feb 20]. Disponible en: <http://www.investigo.biblioteca.uvigo.es/xmlui/handle/11093/1557>
33. Giménez Díez D. Hospitalización a domicilio y lo que subyace en las alternativas a la hospitalización convencional. *Rev Enferm Salud Ment.* 2019;12:3–4.
34. First MB. *DSM-5 Manual de Diagnóstico Diferencial.* 5º. Panamericana; 2014. 214. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).
35. Trigas M. Escala de Lawton y Brody de las actividades instrumentales de la vida diaria. *Philadelphia Geriatr Cent* [Internet]. 1993 [cited 2022 Feb 25]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
36. Servicio andaluz de Salud. Instrucciones para la persona cuidadora [Internet]. 2001 [cited 2022 Feb 25]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_Sobre_cargacuidador_Zarit.pdf

10. ANEXOS

Anexo 1: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)(34):

[Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).]

- 100 **Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.**
- 91
- 90 **Síntomas ausentes o mínimos** (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), **buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos** (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 **Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales** (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); **sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 **Algunos síntomas leves** (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) **o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), **pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.**
- 60 **Síntomas moderados** (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) **o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 **Síntomas graves** (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) **o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar** (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 **Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación** (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) **o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo** (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 **La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio** (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) **o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas** (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 **Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo** (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) **u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima** (p. ej., con manchas de excrementos) **o alteración importante de la comunicación** (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 **Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo** (p. ej., violencia recurrente) **o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.**
- 0 Información inadecuada.

Anexo 2: Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)(35):

Paciente.....Edad.....Sexo.....	
Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria	
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Puntos
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	0
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos
 Independencia total: 8 puntos

Anexo 3: Escala de sobrecarga del cuidador Zarit(36):

Instrucciones para la persona cuidadora:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga Intensa

FECHA					
PUNTUACIÓN					

