

Implantación de la Atención Domiciliaria Intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁENZ DE BURUAGA^{1AC}, LUCÍA PÉREZ GOLARONS^{2AC}, ONIA JANÉ BALSEBRE^{3AC},
PATRICIA MEMBRIVE RUIZ^{3AC} Y MARTA COROMINA SADURNÍ^{4ABC}

RESUMEN

Desde la década de los 70, con el movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, y especialmente a partir del año 2000, con el desarrollo del modelo inglés de atención domiciliaria en crisis, se han ido desarrollando diversos dispositivos asistenciales de hospitalización y de atención domiciliaria intensiva en Europa. Estos modelos se están mostrando efectivos en relación con disminuir el número de hospitalizaciones, la estancia media de estas y en variables clínicas y sociales. Sin embargo, la ausencia de un modelo homogéneo de atención domiciliaria dificulta la valoración de resultados. El objetivo de este artículo es analizar los datos obtenidos del dispositivo de Atención Domiciliaria Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, desde su implementación en 2019 hasta finales de 2022, en relación con variables sociodemográficas, asistenciales y clínicas. Se presenta como un modelo de abordaje terapéutico de intensidad media en la comunidad (entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio), y se describen las principales características del dispositivo y sus objetivos, con el propósito de promover el desarrollo y homogeneización de programas de atención domiciliaria tanto en población adulta como infanto-juvenil. **Palabras clave:** *domiciliaria, comunidad, rehabilitación.*

ABSTRACT

Implementation of Intensive Home Care in the Baix Llobregat Delta Litoral. Since the 1970s, with the psychiatric deinstitutionalization movement, and especially since the year 2000, with the development of the English model of home care in crisis, several hospitalization and intensive home care systems have been developed in Europe. These models are proving to be effective in reducing the number of hospitalizations, the average length of stay and also in clinical and social variables. However, the absence of a homogeneous model of home care makes it difficult to assess the results. The aim of this article is to analyze the data obtained from the Intensive Home Care device (ADI, in Spanish) of Parc Sanitari Sant Joan de Déu, from its implementation in 2019 until late 2022, in relation to socio-demographic, care and clinical variables. It is presented as a model of medium-intensity therapeutic approach in the community (between hospitalization and outpatient follow-up), and the main characteristics of the mechanism and its objectives are described, with the aim of promoting the development and homogenization of home care programs in both adult and child and adolescent populations. **Keywords:** *home care, community, rehabilitation.*

RESUM

Implantació de l'Atenció Domiciliària Intensiva al Baix Llobregat Delta Litoral. Des de la dècada dels 70, amb el moviment de desinstitucionalització psiquiàtrica, i especialment a partir de l'any 2000, amb el desenvolupament del model anglès d'atenció domiciliària en crisi, s'han anat desenvolupant diversos dispositius assistencials d'hospitalització i d'atenció domiciliària intensiva a Europa. Aquests models s'estan mostrant efectius en relació amb la disminució del nombre d'hospitalitzacions, l'estada mitjana d'aquestes i en variables clíniques i socials. Tanmateix, l'absència d'un model homogeni d'atenció domiciliària dificulta la valoració de resultats. L'objectiu d'aquest article és analitzar les dades obtingudes del dispositiu d'Atenció Domiciliària Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, des que es va implementar el 2019 fins a finals del 2022, en relació amb variables sociodemogràfiques, assistencials i clíniques. Es presenta com un model d'abordatge terapèutic d'intensitat mitjana en la comunitat (entre l'hospitalització i el seguiment ambulatori), i es descriuen les principals característiques del dispositiu i els seus objectius, amb el propòsit de promoure el desenvolupament i homogeneïtzació de programes d'atenció domiciliària tant en població adulta com en infantil i juvenil. **Paraules clau:** *domiciliària, comunitat, rehabilitació.*

¹Psiquiatra; ²Psicòloga Especialista en Psicologia Clínica; ³Enfermera especialista en Salut Mental; ⁴Psiquiatra y Coordinadora. ^AAtención Domiciliaria Intensiva Baix Llobregat Delta Litoral. ^BCSMA Castelldefels, Gavà y Viladecans. ^CParc Sanitari Sant Joan de Déu. Contacto: lucia.rodriquez@sjd.es

Recibido: 13/11/23 - Aceptado: 23/9/24

Introducción

En relación a la historia de la psiquiatría y su papel en la sociedad, es necesario destacar el intento de cambio de paradigma que se inició en las últimas décadas del siglo XX, con lo que se conoce como el movimiento de desinstitutionalización psiquiátrica. Este movimiento se fue adoptando en todo el mundo y supuso importantes cambios en cuanto a la forma de entender y tratar la enfermedad mental.

A principio de la década de los 70, se desarrolló el modelo *Assertive Community Treatment* (ACT), consistiendo en un enfoque intensivo y multidisciplinar, para la prestación de servicios comunitarios de salud mental, focalizando su campo de actuación en el entorno social más próximo del paciente. Inicialmente, se concibió como una alternativa al ingreso hospitalario agudo, pero pronto se aplicó de manera más generalizada como un medio de atención a los pacientes que no requerían ingreso inmediato (Marshall y Lockwood, 2000; Stein y Test, 1980; Van Veldhuizen y Bahler, 2015).

En el año 2000, el modelo de atención domiciliaria en crisis fue introducido en Inglaterra de forma generalizada en todo el país a través del *National Health Service Plan in England* (NHS) (Department of Health), resultando su implantación un gran cambio en el sistema nacional de salud británico (Jacobs y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; Wheeler et al., 2015).

El impulso por presentar estos equipos y diseminarlos por todo el país estaba incentivado, en parte, por la evidencia de su efectividad en reducir las admisiones en recursos de hospitalización (Jacobs y Barrenho, 2011). Desde entonces, los programas *Home treatment and crisis resolution teams* (CRT), *Assertive Community Treatment*, *Acute Day Care* y *Assertive Outreach* han tenido aplicaciones e intervenciones muy variadas, tanto respecto a las infraestructuras como en la cartera de servicios (Megías del Rosal et al., 2004).

Desde entonces, estos modelos de atención domiciliaria se han ido implementando en diferentes países.

En España, surge la primera unidad de hospitalización domiciliaria en salud mental en la comunidad Valenciana en 2004 (Juliá-Sanchis

et al., 2020), seguida en 2005 por otra unidad puesta en marcha en Galicia (A Coruña) (Ley 14/1986). Posteriormente, y a lo largo de los años, se han ido implantando distintos dispositivos de atención domiciliaria por distintos territorios del estado español.

En Cataluña, el Departamento de Salud, mediante las *Estrategias de Salud Mental y Adicciones* del periodo 2017-2020 prioriza el desarrollo de un modelo basado en un enfoque comunitario mediante intervenciones multidisciplinares que se orientan a la recuperación y rehabilitación clínico-funcional y la inclusión social. Des de entonces, se instauran en el territorio catalán equipos de hospitalización y atención domiciliaria de diferentes intensidades de intervención (baja, media y alta) (Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, 2019), estando nuestro dispositivo entre los equipos de intervención de intensidad media.

Cabe destacar que son dispositivos de atención de pacientes con descompensaciones agudas y/o subagudas y que entre ellos existen notorias diferencias en cuanto a recursos y características (Izquierdo, 2020; Leal et al., 2008; Megías del Rosal et al., 2004; Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, 2019).

Se observan importantes variaciones tanto en el tipo de modelo de hospitalización domiciliaria que implementa cada país o territorio como en los resultados obtenidos. A nivel general, este modelo está demostrando su efectividad y eficacia (Jacob y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; Johnson et al., 2005) en relación a disminuir el número de hospitalizaciones y la estancia media de estas (Jacobs y Barrenho, 2011; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Dominguez Vazquez et al., 2023), así como obtener resultados satisfactorios en relación a variables clínicas y sociales (Alba Palé et al., 2019; León Caballero et al., 2020; Dominguez Vazquez et al., 2023). No obstante, el hecho de que no haya un modelo y protocolo homogéneo sobre la atención domiciliaria hace que ésta se aplique de diferentes formas, siendo difícil poder comparar los resultados obtenidos en los diferentes estudios sobre la eficacia de este modelo. En esta línea, dos revisiones sistemáticas enfatizan las dificultades para obtener resultados con evidencia, debido a la falta de estudios y a las diferencias metodológicas (Murphy et al., 2015;

Wheeler et al., 2015), siendo necesarios estudios en los que se describan el funcionamiento de los dispositivos domiciliarios, las intervenciones y aspectos clínicos (Wheeler et al., 2015).

En este contexto, el presente estudio pretende aportar más datos científicos entorno a los equipos de intervención domiciliaria. El principal objetivo es describir la implantación, el funcionamiento y los resultados obtenidos del dispositivo de atención domiciliaria del Baix Llobregat Delta Litoral. Se aportan datos sociodemográficos, clínicos, de funcionalidad y de calidad de vida.

La atención domiciliaria intensiva en el Baix Llobregat Delta Litoral

El servicio de Atención Domiciliaria Intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, situado en el Baix Llobregat Delta Litoral, se instauró en noviembre de 2019 y atiende a pacientes de Castelldefels, Gavà, Viladecans y el Prat del Llobregat (RCA total del 2022; 208.379), con un total de 27 plazas distribuidas entre estos territorios.

Es un dispositivo formado por un equipo multidisciplinar que incluye una plaza de psiquiatría y psicología, dos plazas de enfermería y media plaza de trabajo social. El horario asistencial es de lunes a jueves de 8 am a 18 pm y viernes de 8am a 15pm.

Se atienden a pacientes a partir de 18 años, prioritariamente diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG) que se encuentran en situación de complejidad clínica y/o psicosocial, encuadrándose en una descompensación de tipo subagudo, ante la que los dispositivos comunitarios de referencia no permiten realizar un adecuado y/o suficiente abordaje.

De forma específica, los objetivos de la intervención del dispositivo son los siguientes: promover la recuperación clínico-funcional y la calidad de vida en la comunidad, promover y facilitar la vinculación a recursos comunitarios para continuar con el proceso rehabilitador e integrador, intervenir en el entorno socio-familiar, evitar ingresos hospitalarios y reducir la estancia media de estos (tanto en la unidad de agudos como de subagudos), reducir las visitas a urgencias y evaluar y diagnosticar casos de posible patología mental grave no filiada.

Se trata de ingresos voluntarios, cuya intervención se realiza a lo largo de hasta tres meses (tiempo máximo de ingreso) y mediante 2-3 visitas semanales (considerándose una intensidad de intervención de tipo medio y que puede variar en función del estado del paciente, los objetivos de trabajo terapéutico y el momento del ingreso). El lugar donde se realizarán las visitas, en domicilio o comunidad, responderá a la preferencia y necesidades del paciente, así como a los objetivos de la intervención.

Se realizan coordinaciones internas diarias y externas con los dispositivos de referencia del territorio en frecuencia quincenal o mensual.

El origen de la derivación, así como el destino al alta, son los distintos dispositivos del territorio, entre los que encontramos; Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), Unidad de Agudos (UA), Unidad de Subagudos (USA), Hospital de Día (HdD) y servicio de Urgencias de psiquiatría.

Cuando un paciente es derivado al dispositivo, se realiza una primera valoración (que se suele realizar en el domicilio o en el dispositivo derivante) por parte de dos profesionales del equipo, en la que se lleva a cabo la exploración del caso y se le explica al paciente las características del ingreso y el funcionamiento de la intervención. A partir de aquí, se decide si se procede al ingreso, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión (ver tabla 1 del anexo).

El tiempo que se ha establecido entre la derivación y valoración es un máximo de siete días. Una vez aceptado el caso, el ingreso se efectúa de forma inmediata o en función de la lista de espera.

Una vez se ha procedido al ingreso, se realiza una valoración multidisciplinar del caso, se establece un plan terapéutico individualizado de forma conjunta con el paciente (en el que se describen los objetivos de trabajo, que posteriormente se irán reevaluando a lo largo del ingreso) y se determina un profesional referente (psiquiatra o psicólogo) en función de las necesidades de intervención.

Las visitas durante el ingreso se realizan, por lo general, con un profesional. Se valora la posibilidad de realizar visitas conjuntas con dos profesionales en el caso de las visitas de valoración, las visitas familiares, las visitas de vinculación o cuando se considere conveniente por alguna eventualidad concreta.

La intervención, como anteriormente hemos referido, se realiza en el entorno del paciente, cobrando una importante relevancia dentro del proceso terapéutico rehabilitador e integrador. En esta dirección, se llevan a cabo intervenciones familiares, así como intervenciones en el ámbito comunitario (vinculaciones a recursos de la comunidad – por ejemplo, el Servicio de Rehabilitación Comunitaria o el Servicio de Pre-laboral del territorio- y acompañamientos).

Se trabaja, también, para promover y/o recuperar la vinculación a la red de salud mental. Para tal efecto, se valora en ocasiones realizar visitas presenciales en los dispositivos a los que se va a vincular al paciente, así como visitas conjuntas con los referentes a los que se derivará el caso tras el alta de nuestro servicio, además de concertar las visitas ambulatorias de seguimiento pertinentes de forma previa al alta.

Cabe destacar que, para contactar con el equipo, se les facilita el número de teléfono de los profesionales referentes, a quien pueden dirigirse en horario asistencial o fuera de horario mediante un buzón de llamadas o por mensaje de texto. En caso de urgencia fuera del horario asistencial, deben contactar o acudir al servicio de urgencias.

Al inicio y final del ingreso se monitoriza la evolución de la sintomatología, la funcionalidad y las necesidades mediante distintas escalas clínicas: *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE-10) (Trujillo et al., 2016), *European Quality of Life-5 Dimensions* (EQ5D; Badia et al., 1999), *Global Assessment of Functioning* (GAF; Bobes et al., 2020), *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS; Uriarte et al., 1999).

Se procede al alta cuando se han alcanzado los objetivos planteados, con una mejora suficiente como para continuar con el proceso de recuperación en los dispositivos de la red ambulatoria o bien por fracaso de la intervención. Los destinos pueden ser variados según la evolución del paciente y de sus necesidades (CSMA, UA, HdD...).

Resultados

Desde el inicio del dispositivo hasta finales de 2022 se han atendido a un total de 257 pacientes.

El 43,5 % de pacientes atendidos tienen diagnóstico de trastorno afectivo, el 37,2 % de trastorno psicótico y el 19,3 % otros trastornos.

Los pacientes son derivados a ADI-Delta, principalmente desde el CSMA en un 62 %, seguido de la UA en un 28 % y USA en un 5 %, Urgencias y HD ambos en un 2 %, y un 1 % de otros dispositivos menos representativos (ver Gráfico 1 del anexo).

El tiempo medio entre la derivación a ADI-Delta y el ingreso en el dispositivo es de 156 horas (6,5 días) y la estancia media de ingreso ha sido de 86,37 días.

En el 85 % de los casos, el destino al alta es el CSMA de zona. El resto son derivados a UA (8 %), HdD (5 %) y otros dispositivos (2 %).

En relación al impacto del programa, observamos que el 83,2 % de los pacientes obtienen una mejoría de puntuación en la escala HONOS, el 72,18 % en el GAF y el 48,30 % en la EQ5D.

Discusión

La descripción de nuestro dispositivo aporta más información sobre las características de un equipo domiciliario y de la intervención que se lleva a cabo. Se considera de interés, dado que son necesarios más estudios en los que se plasme el tipo de intervención, las características de los pacientes atendidos con valores clínicos, de funcionalidad y calidad de vida (Wheeler et al., 2015).

A nivel general, y pese a las diferencias existentes entre los distintos dispositivos, el modelo de intervención domiciliaria ha demostrado su efectividad y eficacia en relación a disminuir el número de hospitalizaciones y la estancia media de estas (Jacobs y Barrenho, 2011; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Dominguez Vazquez et al., 2023). Si bien no disponemos de la comparativa de ingresos ni estancias medias hospitalarios en UA en el territorio previamente y posteriormente a la implantación de nuestro dispositivo, consideramos de interés los resultados obtenidos. El 8 % de los pacientes atendidos tuvieron que ingresar en la UA, siendo la gran mayoría de pacientes dados de alta al CSMA (85 %) para continuar con el seguimiento ambulatorio. Esto sugiere que probablemente se haya evitado algún ingreso

hospitalario de estos pacientes que estaban al ingreso con nosotros en estado de crisis o pre-crisis. En cuanto al origen de las derivaciones, un porcentaje significativo procede de la UA y USA, logrando reducir la estancia hospitalaria y pudiendo dar una atención individualizada de intensidad intermedia y multidisciplinar, continuando el proceso de estabilización en la comunidad. Los pacientes derivados desde urgencias, aunque en porcentaje pequeño en comparativo, han podido evitar el ingreso en UA con esta alternativa de intervención.

En cuanto al impacto de la intervención, se han observado mejorías tanto a nivel clínico como a nivel funcional y de calidad de vida mediante las escalas administradas. Estos resultados van en línea de otros estudios de ámbito nacional y europeo que también encuentran en estos programas mejorías clínicas (Alba Palé et al., 2019; Jacobs y Barrenho, 2011; Johnson, 2013; León Caballero et al., 2020; Murphy et al., 2015; Domínguez Vázquez et al., 2023).

Los datos aportados por el estudio son limitados, pero nos permiten sugerir que nuestro dispositivo es una alternativa eficaz al ingreso hospitalario.

Conclusiones

El dispositivo ADI implementado en el Baix Llobregat Delta Litoral representa una alternativa de abordaje terapéutico de intensidad media, que se encuentra entre la hospitalización y el seguimiento ambulatorio. Este recurso asistencial presenta la riqueza añadida de permitir el acercamiento al entorno del paciente y sus recursos y, desde allí, intervenir en sus necesidades y objetivos concretos e individualizados, que promuevan la recuperación clínica y el desarrollo vital. El hecho de poder intervenir en un espacio seguro para el paciente facilita la vinculación con los profesionales y la adherencia al tratamiento, mediante un enfoque de toma de decisiones participativo y compartido, promoviendo una mayor implicación de la persona y de la familia en el tratamiento.

Cabe destacar también el beneficio de promover la rehabilitación más allá del límite de nuestro ingreso, valorando la necesidad de elaborar un plan terapéutico a largo plazo. Para ello,

consideramos importante plantearse de forma temprana el objetivo de favorecer el vínculo del paciente con la comunidad, tanto a nivel de los recursos que nos ofrece la red de salud mental como con las actividades comunitarias normalizadas, según el caso y el momento en el que se encuentre el paciente. De esta manera, un objetivo característico de nuestro dispositivo es fomentar y facilitar la vinculación a aquellos recursos en los que el paciente continúe su propio proceso rehabilitador y que favorezcan su integración en la comunidad.

Por todo ello, consideramos que las líneas futuras deberían orientarse a poder ampliar la cantidad y calidad de los dispositivos de tipo comunitario a lo largo del territorio, considerándolo un objetivo fundamental en el proceso de recuperación del paciente, así como la necesidad de promover los enfoques de atención domiciliaria intensiva, con el fin de poder recopilar mayor evidencia de los beneficios de este tipo de programas, una mayor homogeneización de estos y una posterior promoción tanto en la población adulta como infanto-juvenil.

Bibliografía

- Alba Palé, L., León Caballero, J., Córcoles Martínez, D., González Fresnedo, A. M., Bellsolà González, M., Martín López, L. M. y Pérez Solà, V. (2019). Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Hospital del Mar. Equipo de atención psiquiátrica domiciliaria en el área de Barcelona. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(4), 207-212.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.09.003>
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., Segura, A. y Monserrat, S. (1999). *La versión española del EuroQol: Descripción y aplicaciones*. 112, 79-85.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán, M. T., Bousoño, M. y Postraumático, G. E. de T. para el E. del T. (2020). Evaluation of the psychometric properties of the Spanish version of 5 questionnaires for the evaluation of post-traumatic stress syndrome. *Actas españolas de psiquiatría*, 28(4), 207-218.
- Consell Assessor de salut mental i addiccions (2019). *Proposta per al model assistencial*

- d'hospitalització a domicili*. Direcció General de Planificació en Salut.
- Dominguez Vázquez, I., Luque Tintó, A., Hidalgo Arjona, C., Bodas Martínez, M. y Corominas Díaz, A. (2023). Accompanying mental health problems at home: Preliminary data from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 974-982.
- Izquierdo, L. de M. (2020). Hospitalización psiquiátrica domiciliaria en el paciente anciano. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 239 (Monográfico), 75-82.
- Jacobs, R. y Barrenho, E. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(1), 71-76.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.079830>
- Johnson, S. (2013). Crisis resolution and home treatment teams: An evolving model. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(2), 115-123.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004192>
- Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, I. R., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S. N. y Pilling, S. (2005). Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 187, 68-75.
<https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.68>
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F. y Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SES-PAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 81-86. Recuperado de
<https://www.gacetasanitaria.org/es-evolucion-estado-del-modelo-comunitario-articulo-S0213911120301825>
- Leal, I., Martín, L.L., Córcoles, D., Coletas, J., Bell-solá M. y Bulbena, A. (2008). La atención psiquiátrica domiciliaria, una herramienta para lograr la vinculación de pacientes con TMS a la red asistencial. 9º Congreso virtual de psiquiatría. *Interpsiquis 2008*, 1-7.
- León Caballero, J., Córcoles Martínez, D., Alba-Pale, L., Sabaté Gomez, A., Pérez, E., Monteagudo Gimeno, E., Martín López, L. M., Pérez Solá, V. y Pacchiarotti, I. (2020). Unidad de hospitalización domiciliaria en Barcelona: Resultados clínicos y funcionales después de tres años de experiencia. *Actas españolas de psiquiatría*, 48(3), 138-140.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado BOE num. 12, de 20 de abril de 1986. Referencia: BOE-1986-10499. Recuperado de
<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Marshall, M., Lockwood, A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD001089.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001089>
- Megías del Rosal, F., Silvestre Pascual, F. y Aguilar, E. J. (2004). *Hospitalización domiciliaria: Salud mental*. Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.
- Murphy, S. M., Irving, C. B., Adams, C. E. y Waqar, M. (2015). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12), CD001087.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- Stein, L. I. y Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392-397.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F. y Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457-1466.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Uriarte, J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J., Beevor, A. y Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNoS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11(4), 93-101.
- Van Veldhuizen, J., y Bahler, M. (2015). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT)*.

<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3925.1683>

Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Zugaro, C. G. y Johnson, S. (2015).

Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 15, 74. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0441-x>

Anexos

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
• Personas a partir de 18 años con un diagnóstico prioritariamente de Trastorno Mental Grave (TMG): • Usuarios de los dispositivos de salud mental que después de una valoración psiquiátrica y/o psicológica se encuentre en situación de crisis o riesgo de descompensación. • Personas que han realizado un ingreso hospitalario y se plantea atención post hospitalaria intensiva domiciliaria para facilitar la vinculación y el mantenimiento de la estabilización. • Otras situaciones clínicas: personas encerradas en domicilio de larga evolución con sospecha de padecer un TMG y no estar afiliado; atención a personas con patología mental grave y situaciones de acumulación patológica.	• No aceptación del tratamiento por parte de la persona usuaria. • Discapacidad intelectual como único diagnóstico. • Trastorno por consumo/dependencia de tóxicos como única patología. • Patología dual si el consumo de sustancias hace imposible la atención en el domicilio. • Alteración de conducta grave. • Riesgo de suicidio. • Trastorno antisocial de personalidad. • Demencia.

Gráfico 1. Origen de la derivación a ADI

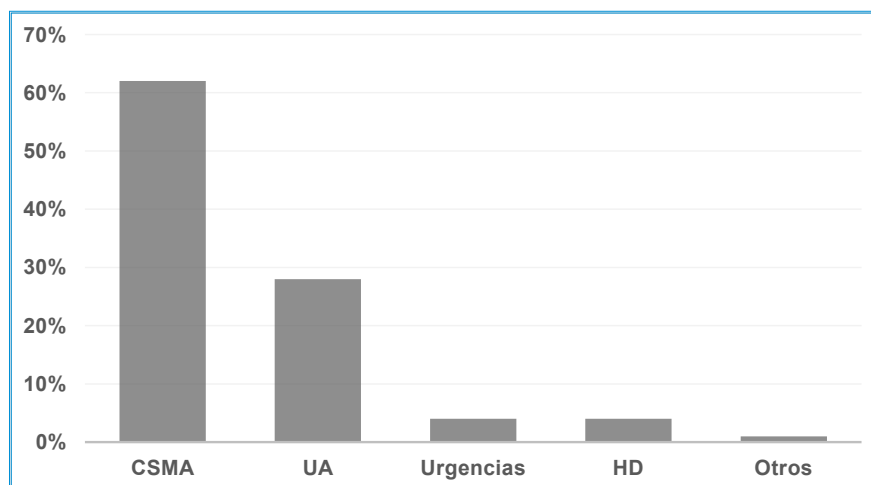


Gráfico 2: Destinos al alta de ADI

