



Calidad percibida por pacientes y familiares en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría

Perceived quality of care by patients and relatives in a Psychiatric Home Hospitalization Unit

Autor: Virginia Nájera-Franco* (1).

Tutor: Julio González-Luis (2).

*** Dirección de contacto:** virginia.najera@salud.madrid.org

Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España).

Resumen

La hospitalización domiciliaria en Salud Mental emerge como una alternativa viable al ingreso hospitalario, respaldada por argumentos bioéticos, clínicos, económicos y jurídicos. A pesar de sus grandes ventajas, destaca su desarrollo enlentecido y la falta de una adecuada provisión de programas intensivos de atención aguda en la comunidad. Por lo que es crucial identificar áreas de mejora en la atención domiciliaria para fortalecer el cuidado de la Salud Mental. Con esta investigación se pretende estimar el grado de calidad percibida con la atención prestada a pacientes y familiares en las Unidades de Hospitalización a Domicilio del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), así como la relación de esta con las características sociodemográficas y clínicas. Para ello se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal, de corte cuantitativo. Para la recogida de datos se utilizará un cuestionario *ad-hoc* para las variables sociodemográficas y clínicas, y como instrumento de medida, el cuestionario SATISFAD-10. Escala validada y adaptada al contexto español, con una fiabilidad y consistencia interna elevadas.

Palabras clave

Salud Mental; Calidad Percibida; Servicios de Salud Comunitaria; Satisfacción del Paciente; Hospitalización a Domicilio de Psiquiatría.

Abstract

Home hospitalization in mental health has emerged as a viable alternative to inpatient admission, supported by bioethical, clinical, economic, and legal arguments. Despite its significant advantages, its development remains slow, and there is an inadequate provision of intensive acute care programs within the community. Therefore, identifying areas for improvement in home-based psychiatric care is crucial to strengthening mental health services. This study aims to assess the perceived quality of care provided to patients and their relatives in the Home Hospitalization Units of the Psychiatry and Mental Health Institute at Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM) and to examine its relationship with sociodemographic and clinical characteristics. A cross-sectional, quantitative descriptive study will be conducted. Data collection will involve an *ad-hoc* questionnaire for sociodemographic and clinical variables, along with the SATISFAD-10 questionnaire as the primary measurement tool. The SATISFAD-10 scale has been validated and adapted to the Spanish context, demonstrating high reliability and internal consistency.

Keywords

Mental Health; Perceived Quality; Community Care; Patient Satisfaction; Psychiatric Home Hospitalization.

INTRODUCCIÓN

Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HaD) a rasgos generales, es una forma de atención que brinda una variedad de servicios asistenciales, sanitarios y sociales en el hogar del paciente. Su objetivo es ofrecer cuidados similares a los que se proporcionarían en un hospital, a través de dos modelos principales: el modelo de evitación del ingreso hospitalario y el modelo de acortar la estancia media en el hospital (1).

Para comprender el alcance de la HaD, es preciso diferenciarla de la atención domiciliaria convencional de Atención Primaria, cuyas competencias y recursos difieren estructuralmente (2,3).

Característica	Atención domiciliaria (Atención Primaria)	Hospitalización a domicilio (Atención Hospitalaria)
Objetivo principal	Prevenir la hospitalización.	Sustituir/evitar la hospitalización convencional.
Perfil del paciente	Crónicos, terminales e inmovilizados.	Procesos agudos o altas precoces.
Dependencia orgánica	Gerencias de Atención Primaria.	Administración de los Hospitales.
Recursos	Propios de Atención Primaria.	Propios de Atención Hospitalaria.
Tiempo de seguimiento	Ilimitado (continuidad de cuidados).	Limitado (vinculado al proceso agudo).

Tabla 1. Diferencias entre atención domiciliaria y hospitalización a domicilio (elaboración propia).

Antecedentes del tema y aspectos legales en España

Aunque la HaD tiene su origen en Nueva York (1947) como respuesta a la escasez de camas, su expansión global fue impulsada por la OMS al reconocer sus beneficios en la humanización del cuidado y la eficiencia económica (2,4).

En España, esta modalidad se introdujo en 1981 a través del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Sin embargo, su desarrollo inicial fue irregular debido a la ausencia de un marco normativo sólido y a la heterogeneidad de sus recursos (3,4). La consolidación legal comenzó con la Orden de 1 de marzo de 1985, donde se integró inicialmente en la División de Enfermería, para ser posteriormente ratificada en la Ley General de Sanidad de 1986 y el Real Decreto de 1987 (5-7).

La regulación definitiva se alcanzó con el Real Decreto 1277/2003, que estableció los requisitos de funcionamiento y equiparó la HaD a la hospitalización convencional en términos de protocolos y seguridad. Finalmente, en 2006, se consolidó como una prestación de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (8,9).

Pese a este sólido respaldo legal, el complejo escenario sociodemográfico español ha generado una implantación desigual en el territorio nacional. Ante esta situación, el

Ministerio de Sanidad publicó en 2019 el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, con el fin de armonizar la red asistencial y fortalecer la continuidad de cuidados en el domicilio (10,11).

Hospitalización psiquiátrica a domicilio

El modelo de HPaD adapta los principios de la HaD al ámbito de la salud mental, proporcionando tratamiento intensivo a pacientes con descompensaciones psicopatológicas agudas en su entorno socio-familiar. Este enfoque multidisciplinar permite una intervención clínica y social integradora, minimizando el impacto traumático del ingreso convencional y reduciendo el estigma asociado (4,12-14).

Más allá de la estabilización del episodio agudo, la HPaD persigue objetivos a medio y largo plazo: fortalecer la autonomía del paciente, fomentar la adherencia terapéutica, vincular al usuario con la red de Salud Mental y empoderar a la familia como núcleo de apoyo (2,12,15).

Evolución y marco asistencial

El origen de este modelo se vincula al proceso de desinstitutionalización psiquiátrica iniciado en la segunda mitad del siglo XX. Aunque existen precedentes en Europa desde los años 30 y 50, la consolidación técnica surge con los equipos de Crisis Resolution and Home Treatment (CRT) en el Reino Unido hacia el año 2000. Este modelo, integrado en los planes nacionales de salud, ha servido de referencia internacional por su capacidad para resolver crisis en la comunidad (10,16-18).

En España, la Reforma Psiquiátrica impulsada por la Ley General de Sanidad de 1986 marcó el fin del modelo manicomial, promoviendo una atención comunitaria basada en el humanismo. No obstante, el desarrollo de dispositivos específicos ha sido lento; las primeras unidades de HPaD no aparecieron hasta 2004 en la Comunidad Valenciana (10,12,13).

Situación actual en España

Actualmente, el sistema español presenta una carencia de programas intensivos de atención aguda en la comunidad, lo que deriva en un uso ineficiente de las unidades de corta estancia e ingresos hospitalarios evitables (10,13). Esta rigidez asistencial contribuye a que un alto porcentaje de pacientes abandone el contacto con los servicios de salud mental. Se postula que la falta de estrategias aceptables y accesibles, como la HPaD, es un factor determinante en el incumplimiento terapéutico y la ruptura de la alianza terapéutica (17).

Pese a que el modelo CRT cuenta con sólida evidencia en la reducción de tasas de hospitalización y mejora de resultados sociales (16,19,20), su implantación en España sigue siendo dispar. Esta situación se ve agravada por una regulación legislativa escasa y dispersa en leyes generales, careciendo de una normativa específica que tutele y potencie el desarrollo de estas unidades de forma uniforme en todo el territorio nacional (13).

Ventajas de la hospitalización psiquiátrica a domicilio

La HPaD ofrece beneficios superiores a la hospitalización convencional al mantener al individuo en su núcleo seguro, evitando la desconexión de su realidad cotidiana. Este modelo permite una atención humanizada y personalizada, facilitando la identificación in situ de los desencadenantes de la crisis y los estresores ambientales, lo que agiliza el diseño de estrategias de rehabilitación específicas (17).

Desde la perspectiva clínica, la HPaD fortalece la alianza terapéutica y mejora la adherencia al tratamiento. La continuidad de cuidados que ofrece este dispositivo actúa como un factor protector, reduciendo las recaídas y mitigando el fenómeno de la “puerta giratoria” (visitas frecuentes a urgencias e ingresos breves repetidos) (12,19,21,22).

Éticamente, el domicilio garantiza el respeto a la autonomía y reduce el estigma asociado a las unidades de hospitalización breve, las cuales a menudo son percibidas como entornos restrictivos o traumáticos. Asimismo, la evidencia demuestra que este modelo es más eficiente en términos de coste-efectividad, incrementando significativamente los niveles de satisfacción del usuario (12,13,23).

El papel del cuidador informal

Tras el proceso de desinstitucionalización, la familia ha asumido un rol protagónico como soporte esencial en el tratamiento comunitario. En el marco de la HPaD, el cuidador informal actúa como coterapeuta, adquiriendo una responsabilidad superior a la habitual. Por ello, es imperativo que el equipo asistencial proporcione herramientas psicoeducativas para el manejo de situaciones psicopatológicas imprevistas en el hogar (23-26).

La intervención domiciliaria permite al equipo multidisciplinar observar directamente la dinámica familiar (comunicación, jerarquías, niveles de hostilidad o sobreimplicación) y trabajar sobre sus mecanismos de afrontamiento (2). Aunque este rol activo genera una alta satisfacción y autonomía en la familia, también conlleva una carga física, emocional y financiera que debe ser evaluada y mitigada por los profesionales de salud para prevenir el colapso del cuidador.

Unidad de hospitalización psiquiátrica a domicilio (UHPaD) del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Esta unidad está en marcha desde octubre de 2021, atiende a pacientes con trastorno mental severo descompensado de su área de referencia. El equipo multidisciplinar está integrado por psiquiatría, enfermería especialista en salud mental y trabajo social, ofreciendo cobertura en horario de mañana y garantizando la continuidad asistencial mediante la coordinación con el servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia.

Cartera de servicios y objetivos de la UHPaD

La unidad despliega una cartera de servicios integral que incluye la evaluación diagnóstica del proceso de descompensación, la valoración clínica continua y la monitorización del cambio funcional del paciente desde el ingreso hasta el alta. La intervención clínica abarca la aplicación de tratamientos farmacológicos por distintas vías de administración, el control regular de constantes vitales y medidas antropométricas, así como la realización de pruebas de laboratorio y la solicitud de pruebas complementarias como EEG, EKG o técnicas de imagen. Asimismo, se realiza una evaluación exhaustiva del entorno familiar y se ofrece psicoeducación tanto al paciente como a sus cuidadores, facilitando además una vía de contacto rápido con el equipo mediante telefonía móvil. Como dispositivo de enlace, la unidad resuelve dudas e interconsultas con otros equipos, asegurando la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales.

Los objetivos estratégicos de la UHPaD se centran en ofrecer una intervención domiciliaria intensiva en el entorno del paciente que permita mejorar la conciencia de enfermedad y la adherencia terapéutica. A través del fomento de la participación familiar, se busca disminuir la estancia media hospitalaria y favorecer el alta precoz, evitando ingresos innecesarios en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB). De este modo, la unidad actúa como un soporte clave para los Centros de Salud Mental (CSM), servicios de Urgencias y Hospital de Día, garantizando un contacto efectivo con los recursos comunitarios tras la finalización del proceso agudo.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Mecanismos de Derivación
Paciente de 18 años o más con criterios de ingreso en la UHB.	Ausencia de apoyo familiar.	Procedentes de la propia UHB (tras estabilización).
Aceptación y firma del consentimiento informado.	Trastorno moderado-grave de la conducta.	Derivados de Centros de Salud Mental (CSM).
Colaboración activa del paciente y de la familia.	Intentos autolíticos de alta letalidad o riesgo inminente.	Derivados de Urgencias y Hospital de Día.
	Trastornos adictivos (descompensación por consumo).	
	Patología psiquiátrica con complejidad somática asociada.	

Tabla 2. Criterios de exclusión, criterios de inclusión y mecanismos de derivación (elaboración propia).

Proceso Asistencial: Valoración y Tratamiento

Tras la derivación, se realiza una visita de valoración conjunta (médico-enfermera) en un plazo máximo de 48 horas. Una vez aceptado el ingreso, se formaliza la etapa de acogida, donde se establece el plan terapéutico individualizado y se firma el consentimiento informado por ambas partes (paciente y familia).

El tratamiento integra el abordaje psicofarmacológico con un programa psicoeducativo intensivo, orientado tanto al paciente como a la familia. En este espacio, se abordan de forma conjunta los síntomas, las causas, el curso y el tratamiento específico de la enfermedad. Asimismo, se trabaja en la mejora de los estilos comunicativos y se enfatizan estrategias de afrontamiento adaptativas, fundamentales para la prevención de recaídas futuras. El seguimiento se mantiene de forma continuada mediante visitas domiciliarias frecuentes hasta asegurar una vinculación efectiva con el dispositivo ambulatorio correspondiente.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Estimar el grado de calidad percibida en pacientes y familiares atendidos en las UHPaD del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del HGUGM mediante el cuestionario SATISFAD-10.

Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico y clínico de la población de estudio.
- Analizar la asociación entre la calidad percibida y las variables sociodemográficas y clínicas de los usuarios.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se trata de un estudio de corte cuantitativo, concretamente de un estudio descriptivo transversal, el cual se desarrollará a lo largo de 20 meses aproximadamente.

Ámbito de estudio

El estudio se realizará en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio (UHPaD) del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Población de estudio

La población de estudio incluye a los pacientes y sus familiares que sean atendidos en las UHPaD del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), en el periodo de tiempo establecido para la recogida de datos y cumplan los criterios de inclusión acordados.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Que aceptan participar en el estudio con firma de consentimiento informado y con capacidad para comprender y dominar el castellano a nivel escrito y leído.

Criterios de exclusión

- No completar el 90% de cumplimentación del cuestionario.

Tamaño de la muestra y técnicas de muestreo

Para este estudio no se realiza un cálculo muestral, serán incluidos todos los pacientes y el tamaño muestral se estimó mediante la fórmula de estimación de proporciones para poblaciones finitas. Tomando como referencia el censo aproximado de pacientes atendidos anualmente en la UHPaD del HGUGM, estimado en 150 sujetos, se calculó que una muestra de 100 sujetos permite obtener una precisión del $\pm 5,6\%$, con un nivel de confianza del 95%, asumiendo el caso más desfavorable de variabilidad ($p = q = 0,5$).

La técnica de muestreo será no probabilística por reclutamiento consecutivo. Se incluirán a todos los pacientes y familiares atendidos en la unidad durante el periodo de recogida de datos que cumplan los criterios de inclusión, hasta alcanzar o superar el tamaño muestral mínimo calculado, asegurando así la representatividad y estabilidad de las estimaciones.

Recogida de datos

Estrategia/instrumentos de recogida de datos

La recogida de datos se llevará a cabo a lo largo de 6 meses consecutivos. A los pacientes que se encuentren en este periodo de tiempo ingresados en las UHPaD, así como a sus familiares, y que cumplan criterios de inclusión, se les informará acerca de este estudio. Seguidamente, se les solicitará su participación voluntaria mediante un consentimiento informado de elaboración propia, en el que se incluye un documento de información con los objetivos y una breve descripción del procedimiento (Anexos 1 y 2).

Tras la aceptación de la participación voluntaria en el estudio, las técnicas de recogida de datos que se utilizarán en este trabajo consisten en la cumplimentación de una encuesta de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: el cuestionario SATISFAD-10, y de un cuestionario *ad-hoc* para las variables sociodemográficas y clínicas (Anexo 3).

El cuestionario SATISFAD-10 consta de 10 ítems, cada ítem se puntúa mediante una escala tipo Likert que comprende 4 niveles ordenados categóricamente de 0 a 3 (0= nunca; corresponde al mínimo valor y 3= siempre; corresponde al máximo valor), con lo cual, el rango de puntuación posible resultante es de 0 a 30. Como resultado final, a mayor puntaje, mayor satisfacción con el servicio de atención domiciliaria. Esta escala está validada y adaptada al contexto español, en formato autoadministrado y heteroadministrado por teléfono, con una fiabilidad y consistencia interna elevadas (alfa de Cronbach $> 0,8$). Está compuesta por dos dimensiones: comunicación y estilo de relación interpersonal entre enfermera y paciente y un segundo factor que comprende la accesibilidad al servicio, preferencias, etc. (27).

Con el fin de actuar de manera ética y profesional, se solicita por correo electrónico la autorización del titular de la obra para utilizar el cuestionario SATISFAD-10 en este estudio.

Definición de las variables a recoger

En el cuestionario sociodemográfico se recogen las siguientes variables sociodemográficas y clínicas:

- **Sexo (S):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Hombre; 1=Mujer).
- **Edad (E):** Variable cuantitativa continua (escala de razón). Se recogerá el valor numérico exacto en años cumplidos. Para el análisis descriptivo, se podrá categorizar en rangos (0=De 18 a 29 años; 1=De 30 a 60 años; 2=Mayor de 60 años), manteniendo el dato original para análisis inferenciales robustos.
- **Nacido en España (N):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Sí; 1=No).
- **Estado civil (E_Civil):** Variable cualitativa nominal (0=Soltero/a; 1=Casado/a; 2=Pareja de hecho o relación estable; 3=Divorciado/a; 4=Viudo/a; 5=Separado/a).
- **Nivel académico (Nivel_A):** Variable cualitativa ordinal (0=Sin estudios; 1=Estudios primarios; 2=Estudios secundarios; 3=Estudios universitarios).
- **Situación laboral actual (S_Laboral):** Variable cualitativa nominal (0=En activo o baja laboral; 1=Parado/a; 2=Incapacidad permanente; 3=Jubilado/a; 4=Estudiando u opositando).
- **Número de miembros en el hogar (Hogar):** Variable cuantitativa continua (escala de razón). Se registrará el número exacto de convivientes. Secundariamente podrá agruparse en categorías (0=Uno o dos; 1=Tres o cuatro; 2=Cinco o más).
- **Cuidador/a informal (C):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Sí; 1=No).
- **Parentesco entre el cuidador/a y persona cuidada (P):** Variable cualitativa nominal (0=Cónyuge; 1=Hija/o; 2=Madre/padre; 3=Hermano/a; 4=Otros familiares; 5=No familiar).
- **Tratamiento psiquiátrico con anterioridad (T):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Sí; 1=No).
- **Hospitalización psiquiátrica en el último año (H_Año):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Sí; 1=No).
- **Hospitalización psiquiátrica a domicilio con anterioridad (H_Domicilio):** Variable cualitativa nominal dicotómica (0=Sí; 1=No).
- **Diagnostico recibido (D):** Variable cualitativa nominal (0=Trastorno psicótico; 1=Trastorno afectivo; 2=Trastorno por ansiedad; 3=Trastorno de personalidad; 4=Otros; 5=Ninguno).
- **Años transcurridos desde el diagnostico (A):** Variable cuantitativa continua (escala de razón). Se recogerá el valor numérico exacto de años. Podrá categorizarse posteriormente (0=De 0 a 4 años; 1=De 5 a 9 años; 2=Más de 10 años) sin pérdida de la información original.

El cuestionario SATISFAD-10 consta de 10 ítems los cuales son recogidos como variables ordinales y para cada uno de ellos se aplica una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 0= Nunca; 1= Casi nunca; 2= Algunas veces; 3= Siempre (27).

Análisis de los datos

Los datos recogidos mediante los cuestionarios empleados en el estudio serán almacenados a medida que estos se recopilen en una base de datos SPSS v.27.0 para su posterior depuración y procesamiento.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar e intervalo intercuartílico). Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas.

Para evaluar la normalidad de las variables cuantitativas se utilizarán las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (en muestras mayores de 50) o Shapiro-Wilk (en muestras menores de 50). En función de los resultados, se determinará si procede aplicar pruebas paramétricas o no paramétricas en los análisis bivariantes.

Si las variables siguen una distribución normal, se aplicarán pruebas como la t de Student o el ANOVA para la comparación de medias, y el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables de escala de razón. En caso de no normalidad, se utilizarán pruebas no paramétricas como Mann-Whitney U o Kruskal-Wallis o el coeficiente de Rho de Spearman, respectivamente.

El nivel de significación estadística será del 95% con una $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios de bioética y teniendo, este estudio, como objetivo principal el ampararlos, se solicitará la aprobación del Comité de Ética de Investigación Médica (CEIm) del Hospital General Universitario (H.G.U.) Gregorio Marañón.

De igual forma, se proporcionará una hoja informativa y un consentimiento informado a los participantes para aceptar su participación y utilización de los datos recogidos en el estudio.

Asimismo, para el tratamiento, comunicación y cesión de datos de carácter personal de los participantes en el estudio, se seguirá lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Según esta, los sujetos del estudio podrán dirigirse al investigador principal para acceder, modificar o cancelar los datos, ejerciendo así su derecho a ello (28).

Para el tratamiento de los datos se procederá con absoluta confidencialidad, siendo imposible asociarlos con los resultados del estudio, ajustándose así a la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Los datos obtenidos serán codificados para asegurar el anonimato de los participantes, y estos solo podrán utilizarse en congresos sanitarios, publicaciones y/o reuniones científicas, siempre de manera anónima (29).

RELEVANCIA CIENTÍFICA Y SOCIO SANITARIA DEL ESTUDIO

Los dispositivos de hospitalización domiciliaria en Salud Mental (HPaD) han demostrado ser una alternativa eficaz al ingreso hospitalario convencional, sustentada por sólidos argumentos bioéticos, clínicos, económicos y jurídicos. Esta modalidad asistencial presenta desafíos específicos tanto para profesionales como para usuarios; sin embargo, a pesar de su creciente implementación, existe una notable carencia de estudios que aporten datos estadísticos objetivos en nuestro medio. Por tanto, resulta crucial evaluar la satisfacción y percepción de pacientes y familias para identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora que permitan fortalecer el modelo de atención comunitaria.

Impacto esperado y aplicabilidad práctica

Se prevé que los resultados de esta investigación tengan un impacto relevante a nivel asistencial, organizativo y científico. La relevancia de este impacto se ve respaldada por evidencia cuantitativa reciente en nuestro medio (Madrid, 2023), donde se han reportado niveles de satisfacción excepcionalmente altos, con una puntuación media de 47,72 sobre 50 en pacientes atendidos en dispositivos de atención domiciliaria intensiva (30). Estos datos coinciden con ensayos europeos que demuestran que la satisfacción con el tratamiento y la participación en la toma de decisiones compartidas son significativamente superiores en el entorno domiciliario frente al hospitalario (31). En

primer lugar, la evaluación sistemática de la satisfacción permitirá optimizar la planificación asistencial y ajustar los procesos de atención, mejorando la experiencia de las personas atendidas. Esta información es crítica en la HPaD, donde la calidad percibida está estrechamente vinculada a la continuidad de los cuidados, la coordinación profesional y el soporte al entorno familiar. En segundo lugar, los hallazgos servirán como una herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas y de gestión, facilitando la introducción de mejoras basadas en la evidencia generada en el propio contexto asistencial. De este modo, el estudio contribuye a consolidar una práctica clínica evaluable, transparente y orientada a resultados centrados en la persona.

Finalmente, el conocimiento generado será transferible a otros dispositivos de hospitalización a domicilio y servicios comunitarios, favoreciendo la comparación entre modelos y la estandarización de buenas prácticas. La utilización del instrumento validado SATISFAD-10 garantiza esta transferibilidad y refuerza la comparabilidad con las investigaciones nacionales e internacionales mencionadas, permitiendo avanzar hacia una atención en salud mental más eficiente y humana (30,31).

CRONOGRAMA

La duración de la investigación será de aproximadamente 20 meses, los cuales se distribuirán como se muestra en la [Tabla 3](#).

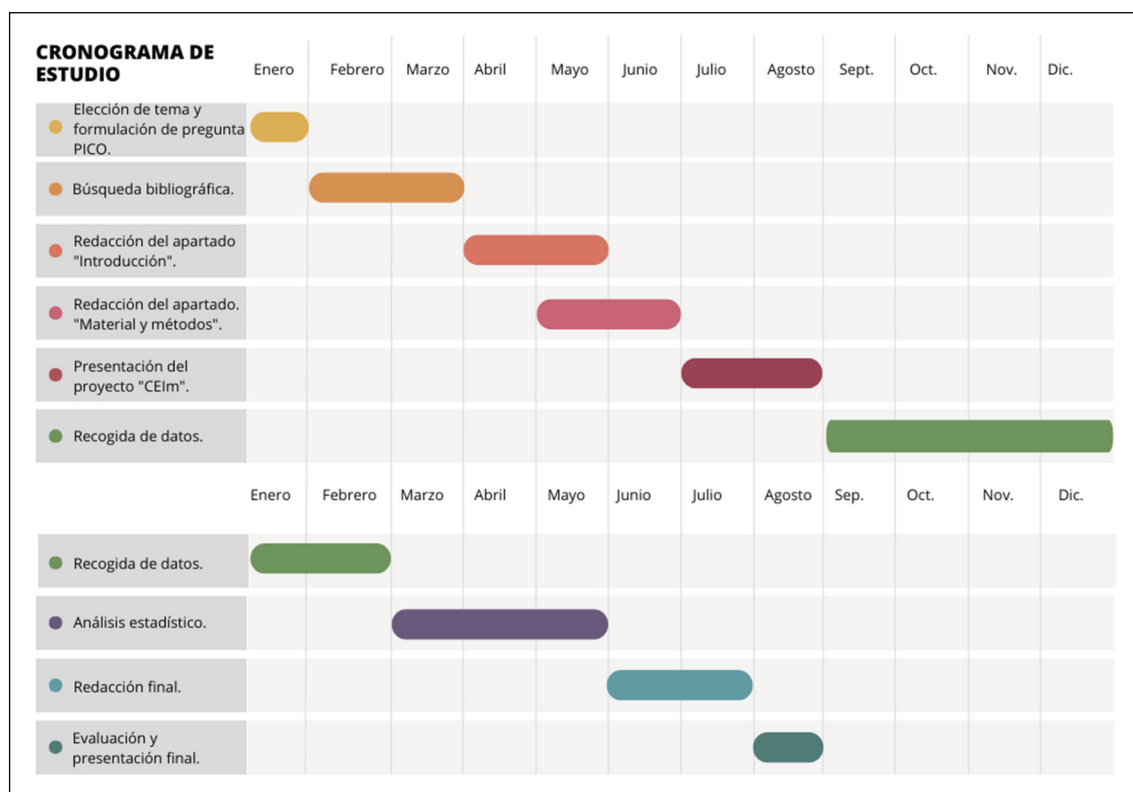


Tabla 3. Cronograma del estudio.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Respecto a los recursos materiales, se mencionan a continuación junto con el presupuesto para el que se pretende obtener la financiación.

Descripción	Anual	Total
Material de papelería (folios, bolígrafos, cartuchos de tinta, sobres, etc.).	100 €	100 €
Impresora HP	50 €	50 €
Ordenador portátil Lenovo	500€	500€
Licencia programa IBM SPSS Statistics: https://search.app/UCmbEsGYmB-QHHaYUA	1.320 €	1.320 €
Taxi para traslados a domicilios	25€/viaje	750€
TOTAL 2.720€		

Tabla 4. Descripción del presupuesto con precio total.

DATOS AUTORES

(1) Enfermera especialista en Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón; (2) Doctor. Enfermero especialista en Salud Mental. Hospital Universitario Dr Rodríguez Lafora (Madrid, España).

Recibido: 06/05/2025. Aceptado: 10/12/2025.

Versión definitiva: 08/01/2026

BIBLIOGRAFÍA

- Alepuz L, Antón F, Arias J, Espallargues M, Estrada MD, Estrada O, et al. Informe AQUAS: hospitalización a domicilio [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2018 [citado 2026 Ene 7]. Disponible en: <http://bit.ly/38CWJOR>
- Ferrando E. Hospitalización domiciliaria en salud mental: eficacia y viabilidad [tesis doctoral en Internet]. Valencia: Universitat de València; 2020 [citado 2026 Ene 7]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10550/79859>
- Valer A, Sevil A, Blanco S, Lasheras A, Lasheras M, Marticorena A, et al. Hospitalización a domicilio en España: revisión bibliográfica de estudios en adultos. *Rev PortalesMedicos.com* [Internet]. 2020 [citado 2026 Ene 7];15(14):739. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/hospitalizacion-a-domicilio-en-espana-revision-bibliografica-de-estudios-en-adultos/>
- León Caballero J, Sabaté A, Roldán M, González Fresnedo AM, Samos P, Jerónimo MA, et al. Sobrecarga experimentada y satisfacción en familiares y pacientes durante una hospitalización domiciliaria en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr.* 2022;50(5):226-32.
- Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 55 (5 de marzo de 1985).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 102 (29 de abril de 1986).
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 91 (16 de abril de 1987).
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 254 (23 de octubre de 2003).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 222 (16 de septiembre de 2006).
- Juliá Sanchis R, Aguilera Serrano C, Megías Lizancos F, Martínez Riera JR. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. *Gac Sanit.* 2020;34(Supl 1):81-6. doi: [10.1016/j.gaceta.2020.06.014](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014)
- Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría de Estado de Salud, por la que se publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 109 (7 de mayo de 2019).
- Molina Pérez N, Pereira López J, Santana Ortiz MI. Hospitalización a domicilio en el paciente con trastorno mental: ¿una alternativa a la hospitalización tradicional? *Interpsiquis* [Internet]. 2021 [citado 2026 Ene 7];22. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/hospitalizacion-a-domicilio-en-el-paciente-con-trastorno-mental-una-alternativa-a-la-hospitalizacion-tradicional>
- Noguero Alegre A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioet Derecho.* 2021;(53):37-55. doi: [10.1344/rbd2021.53.34726](https://doi.org/10.1344/rbd2021.53.34726)
- Domínguez Vázquez I, Luque Tinto A, Hidalgo Arjona C, Bodas Martínez M, Corominas Díaz A. La hospitalización domiciliaria en salud mental: una estrategia de intervención en crisis. *Siso Saude* [Internet]. 2019 [citado 2026 Ene 7];(64-65):225-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7711562>
- Cuevas JM, Serrano A, Rodríguez MJ, Baladón L. Hospitalización psiquiátrica breve: manual clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2020.
- León Caballero J, Córcoles D, Alba Palé L, Sabaté Gómez A, Pérez E, Monteagudo E, et al. Psychiatric hospitalization at home unit in Spain: clinical and functional outcomes after three years of experience. *Actas Esp Psiquiatr.* 2020;48(3):138-44.

17. De la Cruz V, Martínez A, Izquierdo E, Barbero JD, Gabernet RM, Balaguer J, et al. Adherencia al tratamiento en usuarios de hospitalización domiciliaria de salud mental. *Rev Esp Enferm Salud Ment* [Internet]. 2020 [citado 2026 Ene 7];(16):6-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544332>
18. Alba Palé L, León Caballero J, Córcoles Martínez D, González Fresneda AM, Bellsolà González M, Martín López LM, et al. Unidad de hospitalización domiciliaria del Hospital del Mar. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019;12(4):207-12. doi: 10.1016/j.rpsm.2018.09.003
19. Giménez Díez D. Hospitalización a domicilio en salud mental: satisfacción de los pacientes y experiencia de las enfermeras [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2021 [citado 2026 Ene 7]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/674435>
20. Cervello S, Pulcini M, Massoubre C, Trombert Paviot B, Fakra E. Do home-based psychiatric services reduce hospitalizations? *Psychiatr Q.* 2019;90(1):89-100. doi: 10.1007/s11126-018-9603-6
21. Mötteli S, Schori D, Schmid H, Seifritz E, Jäger M. Utilization and effectiveness of home treatment for acute severe mental illness. *Front Psychiatry.* 2018;9:495. doi: 10.3389/fpsy.2018.00495
22. Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020;216(6):323-30. doi: 10.1192/bjp.2019.31
23. Hernández M, Torralbas J, Granero A, Capilla ÁL, Gabernet RM, De la Cruz V. Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental. *Rev Esp Enferm Salud Ment.* 2020;(12):15-21. doi: 10.35761/reesme.2020.12.03
24. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;33:54. doi: 10.34171/mjiri.33.54
25. Ebrahim OS, Al-Attar GS, Gabra RH, Osman DM. Stigma and burden among caregivers of mentally ill patients. *J Egypt Public Health Assoc.* 2020;95:31. doi: 10.1186/s42506-020-00059-6
26. Yu W, Chen J, Hu J, Hu JC. Mental health and burden among caregivers of outpatients with schizophrenia. *Fam Process.* 2019;58(2):370-83. doi: 10.1111/famp.12340
27. Morales Asencio JM, De las Nieves C, Mañas M, Herrera J, Martín Santos F, Fernández E, et al. Diseño y validación del instrumento SATISFAD. *Gac Sanit.* 2007;21(2):106-13. doi: 10.1157/13101036
28. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 294 (6 de diciembre de 2018).
29. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 159 (4 de julio de 2007).
30. Moreno Alonso I, Nieves Carnicer M, Noguero Alegre A, Alvarez Mon MA, Rodríguez Quiroga A, Dorado JF, et al. Patient satisfaction and outcomes of crisis resolution home treatment for the management of acute psychiatric crises: a study during the COVID-19 pandemic in Madrid. *Front Psychiatry.* 2023;14:1197833. doi: 10.3389/fpsy.2023.1197833
31. Weinmann S, Nikolaidis K, Längle G, von Peter S, Brieger P, Timm J, et al. Premature termination, satisfaction with care, and shared decision-making during home treatment compared to inpatient treatment: a quasi-experimental trial. *Eur Psychiatry.* 2023;66(1):e71. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2443

ANEXOS

Anexo 1. Documento de información acerca de la participación en el estudio

Título del proyecto: “Calidad percibida por pacientes y familiares en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría”.

Investigador principal: Virginia Nájera Franco.

Centro: Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN

El objeto de este estudio es conocer el grado de satisfacción de pacientes y familiares en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Con ello, pretendemos conocer la percepción de los usuarios, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en el cuidado de la Salud Mental en el entorno domiciliario.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria, por lo que puede decidir no participar o revocar su decisión en cualquier momento, sin que ello tenga repercusión alguna.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo general

- Estimar el grado de calidad percibida con la atención realizada en pacientes y familiares en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, a través del cuestionario SATISFAD-10.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población a estudio.
- Examinar la relación entre la calidad percibida y los factores sociodemográficos individuales, así como las características clínicas, entre los usuarios de la unidad de Hospitalización psiquiátrica a domicilio.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

Para la consecución de dichos objetivos se ha elaborado una encuesta. Compuesta por un cuestionario para recoger la información sociodemográfica y clínica y otro llamado cuestionario SATISFAD-10, el cual mide la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria. En total, la encuesta consta de 24 preguntas que deberá cumplimentar de forma honesta. La duración de esta es de aproximadamente 15-20 minutos.

BENEFICIOS Y RIESGO DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no se obtenga un beneficio directo por su participación en el estudio. No obstante, con la aplicación del estudio, se pretende conocer la calidad percibida de pacientes y familiares en una Unidad de reciente creación como es la Hospitalización Domiciliaria en el ámbito de la Salud Mental.

No se prevé riesgo alguno en su participación. El interés de este estudio radica en la mejora de los cuidados aportados a pacientes y familiares durante el periodo de Hospitalización Domiciliaria.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todas las personas colaboradoras se ajustará a lo dispuesto a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El responsable del fichero es el Investigador Principal que velará por que el tratamiento de los datos cumpla con los principios básicos de la protección de datos de carácter personal, garantizando el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos. La normativa de protección de datos permite que pueda ejercer ante el responsable del tratamiento sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento, portabilidad y de no ser objeto de decisiones individualizadas. Del mismo modo tiene derecho a retirar el consentimiento respecto al tratamiento de los datos en cualquier momento y de elaborar una queja ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y en ningún caso se relacionarán con usted. Usted puede tener acceso a los resultados del estudio solicitándolo al Investigador Principal. Si tiene alguna duda o desea más información sobre la investigación, no dude en ponerse en contacto con el Investigador Principal.

TRATAMIENTO DE DATOS

La finalidad del tratamiento de los datos personales que se deriven de su participación serán utilizados para la investigación exclusiva de este estudio y no serán cedidos a terceros. El plazo de conservación previsto con posterioridad es de 5 años.

Únicamente tendrán acceso a sus datos los miembros del equipo de investigación, el Comité de Ética que evalúa el estudio y los representantes de las autoridades reguladoras, en este caso, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) siendo el responsable último del tratamiento de los datos el investigador principal. Será con esta persona, con la que deberá contactar en la dirección de correo arriba indicada en caso de querer ejercer los derechos que le corresponden en materia de protección de datos.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del investigador principal: Virginia Nájera Franco

Correo electrónico: virginia.najera@salud.madrid.org

Anexo 2. Consentimiento informado para participar en el estudio

Título del proyecto: “Calidad percibida por pacientes y familiares en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría”.

Investigador principal: Virginia Nájera Franco.

Centro: Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Yo (Nombre y apellidos del participante):

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (nombre del investigador/colaborador).
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio.

1º Cuando quiera.

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que tenga ninguna repercusión.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el trato de los datos recogidos, según las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante:

Firma del investigador principal:

Fecha:

Fecha:

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre del investigador principal: Virginia Nájera Franco

Correo electrónico: virginia.najera@salud.madrid.org

Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico

1. Por favor, indique su sexo:
 - ☐ Hombre
 - ☐ Mujer
2. Por favor, indique su edad:
 - ☐ De 18 a 29 años
 - ☐ De 30 a 60 años
 - ☐ Mayor de 60
3. ¿Ha nacido usted en España?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
4. Por favor, indique su estado civil:
 - ☐ Soltero/a
 - ☐ Casado/a
 - ☐ Pareja de hecho o en una relación
 - ☐ Divorciado/a
 - ☐ Viudo/a
 - ☐ Separado/a
5. Por favor, indique su nivel académico:
 - ☐ Sin estudios
 - ☐ Estudios primarios
 - ☐ Estudios secundarios
 - ☐ Estudios universitarios
6. Por favor, indique su situación laboral actual:
 - ☐ En activo o baja laboral
 - ☐ Parado/a
 - ☐ Incapacidad permanente
 - ☐ Jubilado/a
 - ☐ Estudiando u opositando
7. Por favor, indique el número de miembros en su hogar:
 - ☐ Uno o dos
 - ☐ Tres o cuatro
 - ☐ Cinco o más
8. ¿Es usted la persona encargada del cuidado?
 - ☐ SI
 - ☐ NO
9. Si es usted la persona encargada del cuidado, por favor, indique su parentesco con la persona cuidada:
 - ☐ Cónyuge
 - ☐ Hermano/a
 - ☐ Hija/o
 - ☐ Otro familiar
 - ☐ Madre/Padre
 - ☐ No familiar
10. ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico anteriormente?
 - ☐ Si, solo por parte de psiquiatría
 - ☐ Si, solo por parte de psicología
 - ☐ Si, por ambas partes
 - ☐ NO
11. ¿Ha precisado de hospitalización psiquiátrica en el último año?
 - ☐ SI
 - ☐ NO
12. ¿Ha sido hospitalizado/a en un servicio de hospitalización psiquiátrica a domicilio anteriormente?
 - ☐ SI
 - ☐ NO
13. Por favor, indique que diagnóstico ha recibido:
 - ☐ Trastorno psicótico (psicosis, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo)
 - ☐ Trastorno afectivo (trastorno bipolar o depresión)
 - ☐ Trastorno por ansiedad (ansiedad o trastorno de estrés postraumático)
 - ☐ Trastorno de personalidad
 - ☐ Otros
 - ☐ Ninguno
14. Por favor, indique los años transcurridos desde el diagnóstico:
 - ☐ De 0 a 4 años
 - ☐ De 5 a 9 años
 - ☐ Más de 10 años