

Evaluación de programas de mejora
asistencial en contexto real:

Programa de Atención Domiciliaria Intensiva en Salud Mental

MAYO 2023

SJD Parc Sanitari
Sant Joan de Déu

 **RICAPPS**
Red de Investigación en Cronicidad,
Atención Primaria
y Promoción de la Salud

ciberesp isciiii

Autores:

1. Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Mariam Alouali Moussakhkhar, ADI Garraf

Joan Alvarós Costa, Dirección de Salud Mental

Luisa Baladón Higuera, Dirección de Salud Mental

Montserrat Escutè Amat, Dirección de Enfermería

Hilari Andrés, Supervisor Enfermería Comunitaria

Isabel Grimal Melendo, Dirección de Enfermería

Sonia Ortiz, Coordinadora de ADI Esplugues, CSMA Esplugues, Hospital de Día Esplugues,
Trastorno Límite de Personalidad Esplugues

Maria Rubio-Valera, Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

Antoni Serrano Blanco, Dirección de Salud Mental

Miriam Vilaplana Massaguer, Coordinadora de ADI Garraf, CSMA Garraf, Hospital de Día Garraf,
Servicio de Rehabilitación Comunitaria Garraf

2. Fundació de Recerca Sant Joan de Déu

Ana María Besoain Cornejo, Grupo de Tecnologías Sanitarias y Resultados en Atención Primaria
y Salud Mental (PRISMA)

Ignacio Aznar Lou, Grupo PRISMA, Consorcio de Investigación Biomédica en Red Epidemiología
y Salud Pública (CIBERESP)

María Montserrat Gil Girbau, Grupo PRISMA, Red de Investigación en Cronicidad, Atención
Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS)

Índice

Resumen ejecutivo.....	4
1. Introducción.....	9
2. Objetivos.....	10
3. Metodología.....	11
3.1. Objetivo 1: Impacto territorial en los servicios de salud mental.....	11
3.2. Objetivo 2: Explorar la experiencia de los agentes involucrados en ADI 7x24.....	12
3.3. Objetivo 3: Coste medio del ingreso en ADI 7x24 y agudos.....	13
3. Resultados.....	14
4.1. Impacto territorial en los servicios de salud mental.....	14
4.2. Experiencia de los agentes involucrados en ADI 7x24.....	15
4.3. Coste medio del ingreso en ADI 7x24 y agudos.....	24
4. Conclusiones.....	26
5. Anexos.....	28

Resumen ejecutivo

Introducción y objetivos

El programa de atención domiciliaria intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), es un programa de hospitalización domiciliaria que proporciona cobertura asistencial a aquellas personas que, después de una valoración médica-psiquiátrica, necesitan de un ingreso por descompensación psiquiátrica aguda, cuando esta es apta para ser atendida en su domicilio.

El proyecto evaluó el impacto de los programas ADI de atención continuada (ADI 7x24) sobre la utilización de servicios de salud mental y exploró la percepción de usuarios, familiares y/o cuidadores y profesionales sanitarios sobre el programa, así como los costes medios en comparación con la hospitalización convencional.

Métodos

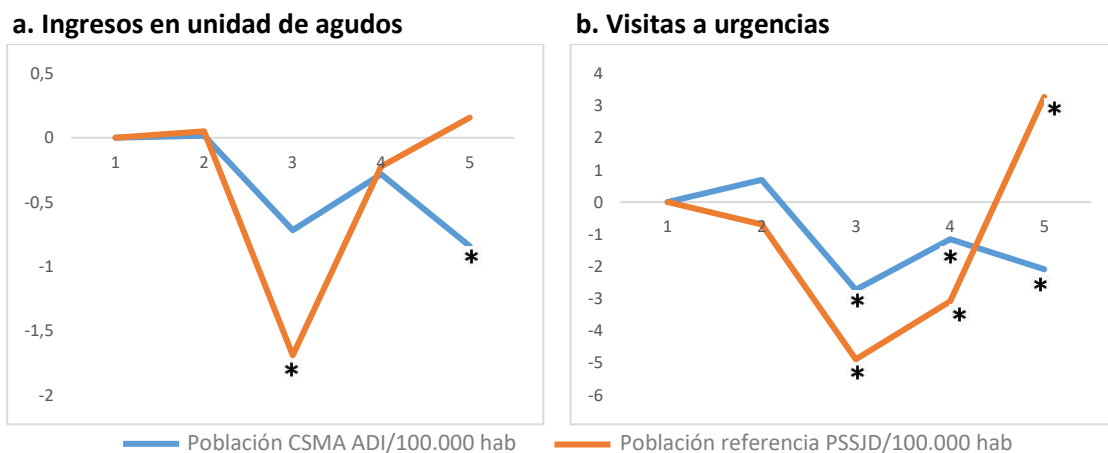
Se realizó:

1. Un estudio observacional que comparó los ingresos y estancia media en unidad de agudos de salud mental, las visitas a urgencias y el tiempo medio de espera en urgencias (hasta ingreso en agudos), antes y después de la introducción del ADI 7x24, analizando por separado la población vinculada a los CSMA donde se implementó el programa y el total de población vinculada a los servicios de salud mental del PSSJD.
2. Un estudio cualitativo basado en análisis de contenido temático, con entrevistas individuales y grupales a usuarios de ADI 7x24, familiares y/o cuidadores y profesionales sanitarios que pertenecían a los equipos ADI 7x24.
3. Un estudio cuantitativo basado en encuestas a profesionales derivadores de los programas ADI 7x24.
4. Un análisis descriptivo de datos de actividad y contabilidad analítica.

Resultados

La Figura 1 muestra la evolución del número de ingresos en unidad de agudos y del número de visitas a urgencias en distintos momentos: antes de la implementación del ADI 7x24 (1), inmediatamente tras su implementación (2), durante el confinamiento por COVID-19 (3), tras el fin de confinamiento (4) y en el seguimiento a largo plazo (5), periodo en el que retomó el funcionamiento habitual hospitalario tras la mejora epidemiológica.

Figura 1. Evolución del número medio de ingresos en unidad de agudos de salud mental y del número de visitas a urgencias en los periodos analizados.



*Diferencias estadísticamente significativas respecto el periodo previo a la implementación del ADI 7x24
 Gráficas construidas a partir de los datos del modelo de regresión lineal en términos relativos (Tabla 3).

En el seguimiento (5), el programa ADI 7x24 (línea azul) redujo el número de ingresos en la unidad de agudos de salud mental (Figura 1a). También redujo el número de visitas al servicio de urgencias, en un momento en el que el número global de visitas a urgencias aumentó significativamente (línea naranja, Figura 1b). No se detectaron cambios en las estancias medias. En general, el tiempo medio de espera en urgencias hasta el ingreso en agudos disminuyó tras la implementación del ADI 7x24.

Las personas atendidas, los familiares/cuidadores y los profesionales del programa ADI 7x24 y de los servicios derivadores presentan una elevada satisfacción con el programa. La Figura 2 muestra los elementos relacionados con el ADI 7x24, identificados en las entrevistas en profundidad con usuarios, cuidadores y profesionales.

En relación con los **aspectos organizativos y estructurales** del programa, destacan aspectos muy bien valorados por usuarios y familiares/cuidadores, como la accesibilidad en el momento de ingreso, la intensidad y frecuencia de visitas, el entorno domiciliario como lugar de ingreso (conocido, estable, seguro y de confianza), composición multidisciplinar del equipo y la accesibilidad a los profesionales durante el ingreso. También destacan aspectos que valoran menos positivamente a este nivel, como la duración del ingreso, que les gustaría que fuera algo más larga, la continuidad asistencial al alta, por el cambio brusco que supone a nivel de intensidad asistencial (frecuencia de visitas) y la puntualidad de las visitas.

Figura 2. Factores clave relacionados con el ADI 7x24 identificados en las entrevistas con personas atendidas, cuidadores y profesionales.



En cuanto al **modelo de intervención**, usuarios y familias valoran muy positivamente que reciben una intervención holística, centrada en la persona, el vínculo terapéutico, la toma de decisiones compartidas y la posibilidad de participación de la familia en todo el proceso. En este sentido como posibles mejoras a tener en cuenta, algunas familias consideran que necesitarían más soporte para cubrir sus necesidades propias.

A nivel **clínico-terapéutico**, usuarios y familias valoran muy positivamente la mejora de la salud, que consideran que va más allá del alivio de los síntomas, mejorando aspectos como la conciencia del problema de salud, el empoderamiento, tanto de la persona como de la familia, la adherencia al tratamiento y la relación entre el usuario y la familia.

En cuanto a lo que implica para el usuario el programa ADI 7x24, en comparación con el ingreso hospitalario, en general se ha valorado de forma positiva evitar desplazamientos, no separarse de sus seres queridos y la comodidad de encontrarse en un espacio conocido y estable, con mayor libertad y seguro. Además, usuarios mencionan que el ADI 7x24 evita la necesidad de convivir con otras personas que están en una situación de crisis y las posibles situaciones que se puedan dar en ese contexto, reduciendo el impacto emocional que podría tener un ingreso hospitalario. Por el contrario, algunas personas, principalmente mujeres, opinan que durante el ADI 7x24 deben mantener la carga de autocuidados y, en ocasiones, el cuidado de familiares

durante la crisis, hecho que no ocurre en un ingreso hospitalario. Otros piensan que, en el ingreso hospitalario, tienen la oportunidad de socializar y hacer amigos, además de considerar que en el hospital podrían sentirse con más contención en determinados momentos de riesgo autolítico. Valoran positivamente tener a alguien en el hospital 24h de manera presencial y, por último, alguna persona no se sintió cómoda al inicio del ingreso permitiendo entrar en casa a personas desconocidas.

Realizar el ingreso en domicilio, en comparación con el ingreso hospitalario, tiene **implicaciones para la familia** positivas: no deben separarse de sus seres queridos, refieren más tranquilidad por el hecho de poder participar en el proceso y tener acceso en todo momento a los profesionales. En algunos casos, piensan que supone menos carga para ellos, dado que se evitan los desplazamientos. No obstante, ocasionalmente supondría mayor carga, ya que asumen una parte de los cuidados y, en algunos casos, especialmente en familias en la que hay niños pequeños, consideran que podría haber un impacto emocional por el hecho de convivir durante la crisis.

Respecto a la organización, estructura y modelo de intervención, el discurso de los profesionales coincide en general con el de los usuarios. Los profesionales destacan, como aspectos positivos, la posibilidad que les ofrece el ADI 7x24 de trabajar en el contexto real del usuario y la mayor dedicación que le pueden ofrecer. A nivel clínico, piensan que, además, se reduce el autoestigma. Los profesionales consideran que el ADI 7x24 tiene también **implicaciones a nivel profesional**, ya que promueve el trabajo multidisciplinar y des-jerarquizado y mejora sus competencias, habilidades y su satisfacción. No obstante, consideran que las derivaciones a ADI 7x24, en ocasiones, son inadecuadas y que es necesario homogeneizar la información facilitada al ingreso. Prever el riesgo suicida al ingreso es problemático y creen que la coordinación entre los distintos equipos ADI 7x24 es insuficiente.

Tanto usuarios y familiares/cuidadores, como profesionales, piensan que este tipo de atención tiene un **rol en la red** de salud mental.

La satisfacción de los profesionales derivadores es muy elevada y consideran que ADI 7x24 presenta más beneficios que el ingreso hospitalario, pero desearían tener más información sobre las plazas disponibles. Se detectan áreas de mejora en cuanto a la disponibilidad e implicación de los familiares/cuidadores y la consideración de las preferencias de los usuarios en la información facilitada a la familia.

La estancia media del ingreso en ADI 7x24 está en la línea de la de la hospitalización convencional, siendo el coste medio por estancia y el coste medio por ingreso menor. El ADI 7x24 es una alternativa eficiente a la hospitalización convencional para el perfil de pacientes tributarios a ser atendidos en este modelo de hospitalización.

1. Introducción

El programa de atención domiciliaria intensiva (ADI) del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD), es un programa de hospitalización domiciliaria que proporciona cobertura asistencial a aquellas personas que, después de una valoración médica-psiquiátrica, necesitan de un ingreso por descompensación psiquiátrica aguda apta para ser atendida en su domicilio. PSSJD ofrece hospitalización en la unidad de agudos de salud mental para las poblaciones mostradas en la **Tabla 1**.

El ingreso en ADI proporciona atención intensiva, coordinada mediante visitas diarias de un equipo multidisciplinar en el domicilio del usuario, con una estancia prevista no mayor a 21 días, mientras se encuentra en una fase aguda de descompensación. La modalidad de atención continuada (7 días a la semana, 24 horas al día), ADI 7x24, fue implementada a finales del año 2019, en la población de referencia de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) Garraf, Cornellà y Esplugues de Llobregat, promoviendo una atención sanitaria multidisciplinar y potenciando el trabajo en red^{1,2}. La **Tabla 1** detalla las poblaciones de referencia de estos territorios, así como el resto de territorios atendidos en la unidad de agudos de salud mental del PSSJD.

El presente proyecto pretende evaluar el impacto de la implementación y funcionamiento de los programas ADI 7x24 sobre la utilización de servicios de salud mental y conocer la percepción de usuarios, familiares y/o cuidadores y profesionales sanitarios. Los resultados obtenidos permitirán comprender el programa y su funcionamiento, detectar necesidades no cubiertas y establecer estrategias de mejora que repercutan en la calidad de la atención que reciben los usuarios.

Tabla 1. Población de referencia unidad de agudos de salud mental del PSSJD.

CSMA REFERENTE	POBLACIÓN >=18 AÑOS*	ADI 7X24
GARRAF	130.755	Si
ESPLUGUES	82.007	Si
CORNELLÀ	74.193	Si
CASTELLDEFELS	53.491	No
GAVÀ	42.696	No
VILADECANS	56.280	No
POBLACIÓN TOTAL	439.422	

*Registro central de asegurados de CatSalut (RCA), 2021.

¹ Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. Proposta de Model Assistencial D'alternatives a L'hospitalització Convencional a Catalunya; 2020.

² Proposta d'atenció domiciliària en salut mental: ADI 7x24 Zona Esplugues-Cornellà. Proposta d'atenció domiciliària en salut mental (ADI 7x24) Àmbit territorial: Garraf.

2. Objetivos

El proyecto consta de dos objetivos principales:

1. Valorar el impacto territorial, en términos de utilización de recursos sanitarios de salud mental y accesibilidad, de la implementación del programa ADI 7x24 en las áreas de referencia (CSMA de Garraf, Cornellà y Esplugues de Llobregat) y en la unidad de agudos y el servicio de urgencias de salud mental del PSSJD, que da cobertura a todas ellas.
2. Conocer, desde la perspectiva de las personas involucradas en el programa (usuarios, familiares y/o cuidadores y profesionales), la experiencia con los programas ADI 7x24.
3. Comparar el coste medio del ingreso en ADI 7x24 con el coste medio del ingreso en la unidad de agudos del PSSJD.

Los resultados obtenidos se utilizarán para proponer estrategias de mejora, implicando a los actores involucrados, en base a sus opiniones y experiencias en el programa.

3. Metodología

Para dar respuesta al primer objetivo del proyecto, se ha realizado un estudio observacional de cohorte retrospectiva. Por otra parte, para responder al segundo objetivo planteado, se han seguido dos metodologías:

1. Metodología cualitativa a través de entrevistas en profundidad individuales y grupales.
2. Metodología cuantitativa a través de encuestas.

Por último, se realizó un análisis de datos de contabilidad analítica y actividad para poder estimar los costes del programa.

3.1. Objetivo 1: Impacto territorial en los servicios de salud mental

Diseño: Estudio multicéntrico observacional de cohorte única retrospectiva.

Población de estudio:

1. Población atendida vinculada a los CSMA de Cornellà, Esplugues de Llobregat y Garraf para el periodo comprendido entre enero 2018 y diciembre 2021.
2. Población total vinculada a los CSMA de territorios atendidos en la unidad de agudos de salud mental del PSSJD (**Tabla 1**). Esta población se utilizó como análisis de sensibilidad.

Fuente de los datos: Se utilizaron datos de práctica real extraídos de las historias clínicas electrónicas del PSSJD.

Variables dependientes: Se utilizaron variables de uso de servicios y accesibilidad: ingresos semanales en unidad de agudos de salud mental, visitas semanales a urgencias, estancia media en unidad de agudos y tiempo medio de espera en urgencias hasta el ingreso en unidad de agudos. Estas variables se calcularon para la población vinculada a los CSMA de interés y para toda la población vinculada a los CSMA referidos (**Tabla 1**), a excepción del tiempo medio de espera en urgencias, que sólo se calculó para la población de referencia del PSSJD (dato de origen del usuario no disponible).

Variable independiente: Se construyó en base a periodos, teniendo en cuenta cinco periodos desde el momento previo a la implementación del programa hasta el seguimiento a largo plazo, considerando como factores confusores los periodos de confinamiento por COVID-19 y el momento en el que se retoma el funcionamiento habitual de la unidad de agudos de PSSJD en mayo de 2021, tras la mejora epidemiológica. Los periodos son: 1) previo al ADI 7x24; 2) post

implementación ADI 7x24 (hasta confinamiento); 3) confinamiento por COVID-19 (hasta fin confinamiento); 4) fin confinamiento (hasta mayo 2021); 5) seguimiento (mayo a diciembre 2021)

Análisis: La unidad de análisis fue la semana. Se utilizaron regresiones lineales para estimar cambios medios en las variables dependientes respecto al periodo previo a la implementación de ADI 7x24. Los análisis estadísticos se realizaron para un nivel de confianza del 95%. Se utilizó el software estadístico STATA MP13.1.

3.2. Objetivo 2: Explorar la experiencia de los agentes involucrados en ADI 7x24

Contexto: Estudio realizado en el ámbito de los CSMA Cornellà, Esplugues de Llobregat y Garraf.

3.2.1. Estudio basado en metodología cualitativa

Diseño: Estudio cualitativo exploratorio e interpretativo, con enfoque fenomenológico, basado en análisis de contenido temático³.

Población de estudio: Personas atendidas en los programas ADI 7x24, familiares y/o cuidadores y profesionales sanitarios que pertenecen a los equipos ADI 7x24.

Fuente de los datos: Los datos fueron recogidos mediante técnicas conversacionales (abril 2021-abril 2022), realizando entrevistas semiestructuradas individuales con usuarios de ADI 7x24 y entrevistas semiestructuradas grupales con familiares y/o cuidadores y profesionales. Los profesionales que no pudieron asistir a los grupos fueron entrevistados de forma individual.

Análisis: Las entrevistas fueron transcritas, anonimizadas, analizadas y trianguladas por técnicas expertas en metodología cualitativa con distintos perfiles profesionales. Los resultados obtenidos fueron co-interpretados y validados por una persona con experiencia como usuaria de servicios de salud mental.

3.2.2. Estudio basado en metodología cuantitativa

Diseño: Estudio de corte transversal.

Población de estudio: Profesionales sanitarios derivadores de los programas ADI 7x24.

Fuente de los datos: Encuesta elaborada en sistema Redcap⁴ (septiembre-octubre 2021).

³ 1. Green J, Thorogood N, Roulston K. The SAGE Encyclopedia of QUALITATIVE RESEARCH METHODS. VOLUMES 1. Given LM, editor. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research methods. Rolf A. Janke; 2008. 692 p.

⁴ REDCap (Research Electronic Data Capture): plataforma web que permite construir y gestionar bases de datos y encuestas.

Análisis: Se realizó un análisis descriptivo de la información obtenida.

3.3. Objetivo 3: Coste medio del ingreso en ADI 7x24 y agudos

Diseño: Estudio descriptivo.

Fuente de datos: Datos de actividad y de contabilidad analítica de la institución.

Variabes: Se estimó el coste medio por estancia en ADI 7x24 Garraf y Cornellà y Esplugues y en agudos de Sant Boi y de Numància del PSSJD.

Para la estimación del coste de la estancia, se tuvieron en cuenta tanto costes directos (recursos humanos, farmacia, material (sanitario y no sanitario), laboratorio, cocina, lavandería, limpieza, suministros, gestión residuos y pruebas, así como amortizaciones y otros gastos) como costes indirectos (costes de sistemas de información, mantenimiento y atención al usuario, entre otros).

Análisis: Para estimar el coste medio por ingreso, se multiplicó el coste medio por estancia de cada una de las alternativas por su estancia media.

3. Resultados

4.1. Impacto territorial en los servicios de salud mental

La **Tabla 2** detalla los periodos considerados. La **Tabla 3** muestra la variación (diferencia media respecto al periodo previo a la implementación del ADI 7x24) en las variables de resultado, para cada uno de los periodos y poblaciones analizadas.

No se detectó ningún impacto inmediato de la introducción del ADI 7x24 (cambios en el periodo 1) (**Tabla 3**). Respecto al periodo previo a la implementación del ADI 7x24, el número de visitas semanales a urgencias disminuyó durante el confinamiento y esta mejora se mantuvo en el fin del confinamiento tanto para la población de los CSMA de referencia como para el total de población ($p < 0,05$). No obstante, a largo plazo, la mejora sólo se mantuvo en los territorios ADI 7x24 mientras que aumentó en el total de territorios (**Tabla 3**).

A largo plazo (periodo 4), también se observó una reducción en el número de ingresos de agudos, solo detectada para la población de los territorios en los que se implementó ADI 7x24. No se detectaron cambios en las estancias medias.

La **Tabla 4** muestra la variación (diferencia media respecto al periodo previo a la implementación del ADI 7x24) del tiempo de espera en urgencias, previo al ingreso en la unidad de agudos de salud mental, para cada uno de los periodos, para el total de la población de referencia del PSSJD. El tiempo medio de espera en urgencias disminuyó en todos los períodos, en comparación con el período anterior a la implementación de los programas ADI 7x24 ($p < 0,05$).

Tabla 2. Periodos considerados para cuantificar variables resultado.

Nº	PERIODOS	INICIO	FIN	SEMANAS
1	Previo al ADI 7x24	01/01/2018	31/10/2019	1 a 96
2	Post implementación ADI 7x24	01/11/2019	13/03/2020	97 a 114
3	Confinamiento por COVID-19	14/03/2020	21/06/2020	115 a 129
4	Fin confinamiento	22/06/2020	16/05/2021	130 a 176
5	Seguimiento	17/05/2021	31/12/2021	177 a 209

Tabla 3. Diferencia media semanal respecto al periodo pre ADI 7x24 en población asignada a los CSMA donde se implementó el ADI 7x24 y el total de población de referencia del PSSJD.

PERIODO	VISITAS A URGENCIAS ¹		INGRESOS AGUDOS ²		ESTANCIAS MEDIAS ³	
		P		P		P
POBLACIÓN DE LOS CSMA ADI 7X24						
1	Previo al ADI 7x24	Ref.		Ref.		Ref.
2	Post implementación ADI 7x24	1,985	0,238	0,047	0,965	-0,837 0,818
3	Confinamiento por COVID-19	-7,827	0,000	-2,063	0,072	2,371 0,542
4	Fin confinamiento	-3,320	0,002	-0,809	0,239	-3,409 0,146
5	Seguimiento	-5,986	0,000	-2,418	0,003	-4,151 0,130
TOTAL POBLACIÓN DE REFERENCIA DEL PSSJD						
1	Previo al ADI 7x24	Ref.		Ref.		Ref.
2	Post implementación ADI 7x24	-3,067	0,445	0,223	0,887	-4,110 0,184
3	Confinamiento por COVID-19	-21,496	0,000	-7,433	0,000	3,002 0,363
4	Fin confinamiento	-13,574	0,000	-0,985	0,331	-1,519 0,444
5	Seguimiento	14,385	0,000	0,691	0,559	-3,776 0,104

¹N analizada: 1.834 para CSMA Garraf, Cornellà y Esplugues de Llobregat; 5.950 para población de referencia PSSJD.

²N analizada: 1.269 para CSMA Garraf, Cornellà y Esplugues de Llobregat; 5.549 para población de referencia PSSJD.

³N analizada: 1.728 para CSMA Garraf, Cornellà y Esplugues de Llobregat; 5.428 para población de referencia PSSJD.

Ref.: Periodo de referencia.

Tabla 4. Diferencia media semanal respecto al periodo pre ADI 7x24 en el total de población de referencia del PSSJD.

PERIODO	TIEMPO ESPERA URGENCIAS (HORAS)	
		P
1	Previo al ADI 7x24	Ref.
2	Post implementación ADI 7x24	-1,767 0,238
3	Confinamiento por COVID-19	-15,509 0,000
4	Fin confinamiento	-4,815 0,000
5	Seguimiento	-8,000 0,000

N analizada: 5.387 (población de referencia PSSJD).

4.2. Experiencia de los agentes involucrados en ADI 7x24

4.2.1. Resultados metodología cualitativa

Se entrevistó a 11 usuarios, 10 familiares/cuidadores y 14 profesionales de equipos ADI 7x24. Las **Tablas 5 y 6** muestran las características de los participantes. Se consiguió una gran variabilidad en cuanto a género, edad y nivel de estudios de los usuarios participantes. La mayoría de los familiares/cuidadores eran madres o padres del usuario de ADI 7x24 y la mayoría

se encontraba activo laboralmente. Respecto a los profesionales, en su mayoría se identificaron con el género femenino, con una elevada proporción de enfermeras y profesionales con amplia experiencia (entre 11 y 20 años).

La **Tabla 7** define los códigos y señala el perfil de participante que los verbaliza. El Anexo 1 muestra verbatimés que sustentan cada código. Se identificaron 7 categorías (con 49 códigos):

- **Aspectos organizativos/estructurales:** factores relacionados con el diseño y planteamiento del programa ADI 7x24.
- **Modelo de intervención:** factores relacionados con la manera en que los profesionales del ADI 7x24 implementan en la práctica el programa.
- **Consecuencias clínico-terapéuticas:** impacto en aspectos clínicos y terapéuticos.
- **Implicaciones para el usuario:** impacto del programa en aspectos generales.
- **Implicaciones para el familiar/cuidador:** impacto en el familiar y cuidador.
- **Consecuencias para el profesional:** impacto en el profesional ADI 7x24.

Tabla 5. Características de usuarios y familiares/cuidadores participantes.

PERFIL	N	EDAD (AÑOS)	GÉNERO	ESTUDIOS	OCUPACIÓN
Usuario	11	1 menos de 21	6 femenino	1 primarios	1 estudiante
		2 entre 21 y 30	5 masculino	2 sin estudios	7 pensionista
		2 entre 31 y 40		5 secundarios	2 trabaja
		3 entre 41 y 50		3 superiores	1 baja laboral
		2 entre 51 y 60			
		1 más de 60			
Familiares/ Cuidadores	10 [6 madre/padre 1 ex pareja 1 hermano/a 1 hijo/a 1 pareja]	3 entre 41 y 50	6 femenino	2 primarios	1 jubilado/a
		2 entre 51 y 60	4 masculino	7 secundarios	1 pensionista
		5 más de 60		1 superiores	8 trabaja

Tabla 6. Características sociodemográficas de los profesionales ADI 7x24*.

PERFIL	N	EDAD (AÑOS)	GÉNERO	ADI 7X24	AÑOS EXPERIENCIA
7 enfermera/o	14	4 entre 21 y 30	12 femenino	6 Garraf	4 entre 2 y 5
3 psiquiatra		6 entre 31 y 40	2 masculino	7 Cornellà-	3 entre 6 y 10
2 psicóloga		4 entre 41 y 50		Esplugues	7 entre 11 y 20
1 trabajadora social				1 Ambos	1 más de 20
1 administrativa					

*3 profesionales entrevistados de forma individual.

- **Rol del ADI:** rol que cumple ADI 7x24 en la cadena de recursos de salud mental.
- **Satisfacción:** de usuarios y familiares/cuidadores.

Tanto los aspectos organizativos y estructurales como el modelo de intervención, son valorados positivamente por usuarios, familiares/cuidadores y profesionales. Respecto los aspectos organizativos y estructurales, las principales limitaciones detectadas se refieren a la información recibida sobre el programa antes del ingreso y al cambio brusco en la intensidad de la atención recibida durante ADI 7x24 y la posterior atención en el CSMA. Los profesionales valoran el trabajo en un equipo multidisciplinar y la posibilidad de abordar la crisis en el contexto natural del usuario, facilitando la planificación de intervenciones y continuidad de la atención posterior al alta.

El modelo de intervención facilita una atención centrada en la persona y la generación de un vínculo de confianza con el equipo ADI 7x24. Además, permite que el equipo actúe con flexibilidad para adecuar la atención a las necesidades detectadas. Familiares y/o cuidadores valoraron su implicación durante el ingreso, aunque perciben la necesidad de disponer de más recursos informativos, formativos y de soporte a necesidades propias.

Se destacan las consecuencias positivas del ingreso sobre la persona, los familiares/cuidadores y los profesionales. Se promueve el empoderamiento, se reduce el estigma y autoestigma y se mejora el vínculo intrafamiliar. Se percibe una mejora en el estado de salud general. Se reconoce el rol que ocupa ADI 7x24 en la red de salud mental como recurso alternativo a la hospitalización convencional.

Tabla 7. Resultados análisis entrevistas semiestructuradas.

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	U/F	PS
Aspectos organizativos/estructurales	Accesibilidad (previo)	<u>El acceso en el momento de derivación es rápido, aunque algunos usuarios no recuerdan el tiempo de espera previo al ingreso. En casos puntuales, se permite el ingreso de personas que no cuentan con familiar cuidador. La distancia geográfica entre los domicilios y el recurso de salud mental incrementa la complejidad del proceso ingreso en ADI 7x24 ya que, en ocasiones, el equipo debe desplazarse para la evaluación del caso.</u>	●	●
	Accesibilidad (durante el ingreso)	La comunicación telefónica fuera del horario de visita se percibe como una forma de atención continuada. <u>En una de las regiones no se realizaron visitas presenciales en fin de semana y algunas personas las hubiesen preferido. La intensidad y frecuencia de las llamadas y la visita de fin de semana se adecúan a las necesidades de cada persona.</u>	●	●
	Duración del ingreso	<u>La duración del ingreso se flexibiliza, alargándolo hasta la recuperación en caso necesario. Aun así, en general, usuarios y familiares querrían alargar el ingreso, ya que no se sienten preparados para el alta y/o para continuar su tratamiento en otros recursos con menor frecuencia de visitas.</u>	●	●
	Frecuencia e intensidad de visitas	La frecuencia e intensidad de las visitas se adapta a las necesidades de cada momento y caso, con mayor intensidad al inicio y <u>capacidad para dedicar más tiempo a la atención que en un ingreso convencional. Puntualmente, se utilizan visitas telefónicas. En general, la duración y frecuencia de visitas se considera adecuada, sin embargo, algunas personas solicitan más tiempo con la psicóloga, otras preferirían alargar la visita y otras espaciadas o realizarlas siempre a distancia.</u>	●	●
	Dotación	Algunas personas solicitan recursos físicos como despachos. <u>Se propone contar con recurso extra de psiquiatra de tarde y fines de semana, de psicóloga, trabajadora social y de administrativa.</u>	●	●
	Horario flexible y puntualidad	<u>El horario de la visita es flexible y puede adecuarse a las necesidades de la persona. Se valora positivamente la puntualidad y la comunicación ante alguna eventualidad que no permita que el equipo se presente a la hora acordada. Sin embargo, en algún caso, la hora de atención no fue acordada, interfiriendo con la agenda de la persona y con la atención en otros recursos.</u>	●	●
	Flexibilidad camas	<u>Al no existir una limitación física de espacios y camas, es posible organizar los equipos para forzar plazas en caso necesario.</u>		●
	Multidisciplinaredad	La colaboración de diferentes roles presentes en el equipo favorece la atención centrada en la persona y <u>el aprendizaje de los profesionales desde otras perspectivas y disciplinas.</u>	●	●
	Continuidad asistencial (ingreso)	<u>El traspaso del caso al equipo ADI 7x24 se hace correctamente. La información sobre el ingreso tranquiliza a la persona y su familia, que suelen no conocer el recurso previamente. Aun así, algunos usuarios dicen que la información fue insuficiente, aunque tienen dificultades para recordarlo. Esta información podría mejorar, con el apoyo de materiales que la homogenicen y dedicando más tiempo en la entrevista inicial.</u> <i>En ocasiones, se derivan casos que no cumplen los criterios de ingreso. Esto es más frecuente cuando el servicio derivador está muy saturado o tiene alta rotación de profesionales. Se propone discutir la idoneidad de algunos casos, por ejemplo, con un equipo multidisciplinar similar al de ADI, que aportaría diferentes puntos de vista acerca del caso. También se propone promover la coordinación presencial entre equipos derivadores y receptores.</i>	●	●

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	U/F	PS
	Continuidad asistencial (transición al alta)	<u>Se percibe un cambio brusco en la intensidad de la atención al alta y se solicita trabajar la desvinculación de forma gradual. Usuarios y familiares consideran que el tiempo entre el alta y la visita con el psiquiatra del recurso al que se deriva es excesivo. Por su parte, familiares mencionan que luego de ADI, no tienen posibilidad de participar en el tratamiento del usuario.</u> Los profesionales ADI 7x24 se encuentran disponibles en caso de alguna consulta, lo cual tranquiliza y reconforta al usuario, permitiendo orientar y coordinar con otros recursos en caso necesario. <i>Se facilita la continuidad de la asistencia y la coordinación con recursos comunitarios, a diferencia de un ingreso convencional, donde la atención se encuentra más fragmentada.</i>	●	●
	Entorno	El ingreso se produce en el domicilio, considerado un entorno de confianza, cómodo y protegido, lo cual proporciona tranquilidad al usuario y le permite continuar con su rutina. Los profesionales evalúan el caso en el contexto familiar y cotidiano de la persona, <i>contando con más tiempo de visita en comparación con el ingreso convencional</i> , lo que facilita el diagnóstico y la elaboración del plan terapéutico al objetivar su realidad de manera más global. <i>Sin embargo, en algunos casos, el entorno familiar no es el adecuado para un ingreso domiciliario.</i>	●	●
	Cuidador	<i>El cuidador se evalúa en conjunto con el usuario según sus preferencias y es un rol que puede ejercer cualquier persona de confianza que tenga capacidad de responsabilizarse por los cuidados en el domicilio.</i> Este requisito es problemático si la persona que actúa como cuidador interfiere con la recuperación. <i>En ocasiones, de forma pactada con el derivador y el usuario, se facilita el ingreso cuando no existe cuidador.</i>	●	●
	Coordinación equipos ADI 7x24	<i>Los dos equipos ADI 7x24 trabajan de manera independiente y heterogénea. Se percibe una falta de coordinación entre ambos equipos.</i>		●
	Formación de profesionales	<i>Para poder trabajar en el contexto de la persona y con la familia, algún profesional opina que sería recomendable que los profesionales tengan formación específica (terapia sistémica familiar).</i>		●
Modelo intervención	Atención centrada en la persona	El equipo ADI 7x24 atiende a la persona como un todo, abordando la crisis de forma holística. Se trabaja el proyecto de vida, teniendo en cuenta el ámbito laboral, la vivienda, la socialización y la relación con la familia. Se considera que el plan terapéutico no acaba con ADI 7x24, sino que hay una continuidad a lo largo de la vida de la persona. El equipo adapta la atención a las necesidades y preferencias de la persona en cada momento, obtiene información de cerca de los cambios que se producen en el tratamiento y modifica el abordaje en caso necesario, lo cual se percibe como una atención más sensible y humanizada, en comparación con la hospitalización convencional. <i>La elevada adaptabilidad puede acabar sobrecargando al equipo.</i> El equipo ADI 7x24 aprovecha aspectos del contexto para elaborar el plan terapéutico. <i>El profesional de ADI 7x24 utiliza la información de los servicios de salud y sociales del territorio (oferta y funcionamiento) para aprovechar mejor los recursos como parte del plan terapéutico.</i>	●	●
	Toma de decisiones compartidas	El equipo ADI 7x24 promueve la toma de decisiones compartidas, basada en las preferencias de la persona en la medida de lo posible. Se pactan aspectos relacionados con la medicación, intensidad de visitas e implicación del familiar.	●	●
	Acompañamiento	<u>La continuidad en la atención, asociada a la frecuencia diaria de las visitas, permite que la persona se sienta acompañada por el equipo ADI 7x24 durante todo el proceso, incluso en el horario entre visitas.</u> En ocasiones, se percibe como una compañía más cercana incluso que la familia.	●	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	U/F	PS
	Participación de la familia	<u>Cuidadores y familiares valoran positivamente el hecho de participar del proceso de recuperación. Son conscientes de la responsabilidad que les atribuye el rol de cuidadores y, en algunos casos, han actuado de canal, proporcionando información que el propio usuario prefiere no comentar directamente. Para algunos, es la primera vez que se les implica en el tratamiento de su familiar. Los profesionales implican en el proceso a los cuidadores y familiares e informan respecto al tratamiento a seguir y el estado de salud del usuario, lo cual les tranquiliza. El equipo intenta adaptar el grado de implicación del familiar, que en ocasiones prefiere mantenerse al margen. También lo hace cuando detecta que el familiar podría dificultar la recuperación o cuando el usuario prefiere que no participe.</u>	●	●
	Apoyo al familiar	<u>En general, el soporte a la familia se percibe como insuficiente, especialmente en el caso de familiares de personas con problemas crónicos de salud mental y familias con niños pequeños, quienes requieren de recursos adicionales para manejar la crisis. Se trabaja en conjunto con la familia como herramienta terapéutica, esto es relevante para las familias que no han participado de un trabajo previo.</u>	●	●
	Vínculo terapéutico	En general, se genera un buen vínculo con la persona, más cercano en comparación con el ingreso convencional. Trabajar en el contexto de la persona usuaria facilita la empatía del profesional y promueve una relación de confianza y des-jerarquizada. <i>En ocasiones, el vínculo que se establece perdura más allá del ingreso en ADI.</i>	●	●
	Trabajo en equipo	Equipo multidisciplinar bien coordinado que trabaja con un modelo horizontal des-jerarquizado. <i>La convivencia diaria y los diversos espacios de debate que se comparten fortalecen el vínculo creado entre los profesionales de cada equipo. El trabajo en equipo permite gestionar la carga cuando aumentan los ingresos. En fines de semana, los profesionales sienten que están más solos al realizarse las visitas de forma individual.</i>	●	●
Consecuencias clínico-terapéuticas	Mejora de salud	En general, se percibe una buena recuperación de la salud y la funcionalidad, al trabajar con metodología de atención centrada en la persona, <u>aunque, en algún caso, no se advierte mejora en los síntomas.</u> En ocasiones y en función de la evolución clínica de la persona, el ingreso en ADI ha sido interrumpido por una derivación a la unidad de agudos.	●	●
	Insight	<u>Usuarios y familiares perciben que el ingreso en ADI ha mejorado la toma de conciencia del propio problema de salud y del estado y gravedad en la que se encuentra.</u>	●	
	Empoderamiento	<u>Se trabaja y mejora el empoderamiento, en especial, en relación a la medicación. Este aspecto se trabaja proporcionando información adecuada acerca del problema de salud y la medicación asociada, preparando a la persona para que pueda continuar su tratamiento tras el ingreso en ADI.</u>	●	●
	Adherencia	En general, mejora la adherencia al tratamiento. <i>Aunque, en ocasiones, la implicación de la familia podría suponer una dificultad para el cumplimiento del plan terapéutico, cuando la familia no está alineada con los objetivos clínicos.</i>	●	●
	Empoderamiento del familiar	<u>Se trabaja con la familia para darle herramientas de manejo de la crisis de su ser querido.</u>	●	
	Vínculo usuario-cuidador	<u>Se promueve un vínculo entre el usuario y el cuidador/familiar que refuerza los lazos, facilita la comprensión mutua y la relación familiar. Al vivir el ingreso, los familiares pueden entender mejor el proceso y empatizar con la persona.</u>	●	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	U/F	PS
	Estigma y autoestigma	Se reduce el autoestigma, ya que, al encontrarse en el domicilio, no se comparan con otras personas que cursan con una crisis de salud mental, evitando aumentar la autopercepción de gravedad. Algunos profesionales creen que las visitas en el domicilio podrían estigmatizar, ya que la pertenencia a la red de salud mental es identificable a través de la marca.		●
Implicaciones para el usuario	Impacto emocional	ADI 7x24 reduce el impacto emocional del ingreso, evitando la ansiedad y el trauma que podría generar un ingreso hospitalario y el contacto con otras personas que cursan una crisis de salud mental.	●	●
	Ambiente	El momento de crisis se vive en un ambiente donde la persona se siente segura y tranquila, evitando encontrarse con otras personas enfermas, con diferente sintomatología, que podrían interferir en su recuperación.	●	●
	Libertad	<u>El ingreso domiciliario permite continuar las rutinas y decidir libremente respecto a los horarios y las dinámicas.</u>	●	
	Seres queridos	<u>La persona está acompañada de su familia y seres queridos durante el ingreso, que contienen y acompañan a la persona.</u>	●	
	Confort	En el domicilio, la persona cuenta con comodidades estructurales que no posee la hospitalización convencional.	●	●
	Desplazamiento	<u>La atención en el domicilio evita el desplazamiento de la persona al hospital.</u>	●	
	Transmisión COVID	<u>El ingreso en ADI 7x24 supuso evitar contagios por COVID-19, ya que se limitó el contacto al núcleo familiar. El uso de mascarillas y otros elementos de protección para evitar contagios suponía un factor de estrés para algunas personas.</u>	●	
	Sociabilización y apoyo mutuo	El ingreso domiciliario limita la oportunidad de socializar con otras personas ingresadas. Las personas que han realizado varios ingresos hospitalarios previos, en términos de socialización, consideran que el hospital se ha convertido en su segundo hogar.	●	●
	Inseguridad (falta de contención)	Cuando hay riesgo de autolesión, el domicilio puede suponer mayor riesgo, ya que no permite una contención. <i>Se percibe complicado prever con seguridad el riesgo suicida en la derivación. Tras un caso de suicidio, el equipo responde con miedo a asumir este riesgo.</i>	●	●
	Carga	<u>En el domicilio, algunas personas, esencialmente mujeres, asumen cargas de autocuidado y familiares (e.g. atención a los hijos).</u>	●	●
	Invasión del entorno	<u>Especialmente al inicio, recibir al equipo de profesionales ADI 7x24 en el domicilio resulta agobiante para algunas personas.</u>	●	
Implicaciones para la familia	Tranquilidad familiar	El equipo ADI 7x24 y el acceso a más información respecto a la situación de salud de su ser querido da confianza y tranquilidad.	●	●
	Desplazamiento	<u>El ingreso en el domicilio evita que la familia deba desplazarse para visitar a su ser querido y proveerle de artículos que necesita, así como poder entrevistarse con los profesionales.</u>	●	
	Carga	<u>En algunos casos, el ingreso domiciliario sobrecarga al cuidador, que asume algunos aspectos del cuidado.</u>	●	
	Impacto emocional	Presenciar momentos críticos del ingreso impacta emocionalmente en la familia, especialmente cuando hay menores en el domicilio. <i>Cuando se dan estas situaciones la carga de atención que debe hacer el profesional sobre la familia aumenta.</i>	●	●
Consecuencias para el profesional	Satisfacción	<i>Elevada satisfacción profesional relacionada con el buen vínculo terapéutico y entre profesionales y la elevada mejora y recuperación de los usuarios.</i>		●
	Competencias y habilidades	<i>Las competencias y habilidades de los profesionales del ADI 7x24 mejoran gracias al trabajo multidisciplinar con enfoque horizontal.</i>		●
Rol ADI	Rol ADI	<i>Previo a su experiencia en ADI, manejar una crisis en un ambiente diferente a la hospitalización convencional generaba incertidumbre entre los profesionales, así como el hecho de trabajar con un equipo que no conocían previamente. Posterior a</i>	●	●

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	U/F	PS
		ello, se identifica el rol que cumple ADI 7x24 dentro de los recursos de salud mental disponibles, siendo una alternativa real para las personas que presentan una crisis, evitando el ingreso hospitalario o acortándolo.		
Satisfacción	Mejor experiencia	<u>Usuarios y familiares manifiestan una buena experiencia en ADI 7x24. Se valora especialmente en términos de tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía del equipo.</u>		●

PS: Profesional sanitario equipo ADI 7x24. U/F: Usuario o familiar/cuidador. Los códigos en verde indican que la consecuencia es positiva. Los códigos en azul indican que la consecuencia es negativa. El texto subrayado indica que sólo ha aparecido en el discurso de usuarios y familiares/cuidadores. El texto en cursiva indica que sólo ha aparecido en el discurso de profesionales. El texto sin resalte tipográfico indica que ha aparecido tanto en el discurso de usuarios y familiares/cuidadores como en el de profesionales.

4.2.1. Resultados metodología cuantitativa

La encuesta fue enviada a 84 profesionales y se obtuvieron 56 respuestas (67%). La mayoría de los profesionales pertenecían a los CSMA de Cornellà y Esplugues (34%), se identificaron con el género femenino (71%), tenían entre 30 y 39 años (39%), eran psiquiatras adjuntos (63%) y tenían entre 2 y 5 años de experiencia (30%). La **Tabla 8** muestra los resultados de la encuesta.

Tabla 8. Proporción (N) de profesionales derivadores que están de acuerdo o completamente de acuerdo con los ítems de la encuesta.

ÍTEM	(COMPLETAMENTE) DE ACUERDO		M	
	N	%	%	
1	He recibido suficiente información sobre el programa ADI.	51	91,0	1,8%
2	Conozco los criterios de inclusión al programa.	51	91,1	0,0%
3	Me es fácil identificar un candidato a ADI.	49	87,5	0,0%
4	Mi experiencia en la derivación de usuarios/as al programa ADI ha sido satisfactoria.	49	87,5	1,8%
5	Se han cumplido mis expectativas respecto al ADI.	48	85,7	1,8%
6	El proceso de derivación de pacientes a ADI es rápido y fácil.	49	87,5	1,8%
7	Tengo fácil acceso a la información respecto a las plazas disponibles en ADI.	31	55,3	0
8	El traspaso de información clínica del paciente con los profesionales ADI es ágil.	53	94,6	0
9	La comunicación con los integrantes del programa ADI es fluida.	50	89,2	5,4%
10	Considero que informo adecuadamente al usuario/a sobre los pasos a seguir como candidato a ADI.	45	80,3	1,8%
11	El/la usuario/a suele tener una buena recepción respecto a la propuesta de ingresar a ADI.	48	85,7	5,4%
12	Tengo en cuenta las creencias/preferencias del usuario/a al momento de identificarle como candidato.	52	92,8	1,8%
13	El/la candidato/a ADI en general se encuentra acompañado de algún familiar al momento de proponer el ingreso domiciliario.	36	64,3	3,6%
14	Los familiares/cuidadores de usuarios/as suelen tener una buena recepción para el ingreso a ADI.	46	82,1	0
15	Los familiares de candidatos/as a ADI se implican en la decisión.	38	67,8	1,8%
16	Considero las preferencias del usuario/a en la información facilitada a la familia.	33	58,9	1,8%
17	El/la usuario/a y/o los familiares me hacen preguntas respecto al programa que puedo resolver.	44	78,6	1,8%
18	Considero que el usuario entiende el concepto de atención domiciliaria.	44	78,6	3,6%
19	Considero que el familiar/cuidador entiende el concepto de atención domiciliaria.	44	78,6	1,8%
20	El tiempo de espera del usuario/a desde la derivación hasta la valoración en ADI es adecuado.	46	82,2	3,6%
21	Creo que el COVID-19 ha afectado al proceso de derivación a ADI.	18	32,1	3,6%
22	Pienso que gracias a ADI se liberan camas de hospitalización convencional.	48	85,6	3,5%
23	En la situación en que el usuario/a es candidato a ADI, en comparación con la hospitalización convencional, creo que ADI presenta más beneficios.	50	89,3	3,6%

M: Casos perdidos. El texto en **negrita** señala los ítems con menos de un 70% de acuerdo.

En general, los profesionales derivadores estaban satisfechos con el programa ADI. Más del 85% opina que ADI presenta más beneficios que la hospitalización convencional, que la comunicación con los integrantes del equipo ADI es fluida y que se consideran las creencias y preferencias de la persona al momento de identificarle como candidato.

Menos del 70% de los derivadores creen que tienen fácil acceso a la información respecto a las plazas disponibles en ADI, que la persona se encuentra acompañada de algún familiar al momento de proponer el ingreso, que los familiares se implican en la decisión, que consideran las preferencias de la persona en la información facilitada a la familia y que el COVID-19 afectó al proceso de derivación.

4.3. Coste medio del ingreso en ADI 7x24 y agudos

La Tabla 9 muestra el coste por estancia en los programas ADI 7x24 así como en las unidades de agudos del PSSJD. El coste medio por día de estancia en ADI 7x24 fue de 140€ (Garraf) y 160€ (Cornellà y Esplugues) mientras que el coste medio por día de estancia en agudos fue de 230€ (Sant Boi de L.) y 247€ (Numància). La estancia media se movió, en todos los casos, entre los 17 y 18 días.

El coste medio del ingreso en ADI 7x24 fue inferior en ambos territorios (fue inferior en ADI en todos los escenarios (2.366,26€ en ADI Garraf y 2.991,82€ en ADI Cornellà y Esplugues) que en unidad de agudos de internamiento (4.256,04€ en Sant Boi de L. y 4.991,82€ en Numància).

A pesar de que la ratio de profesional por paciente es superior en ADI, la diferencia en costes es explicada por menores costes directos de hotelería hospitalaria así como por no requerir de atención presencial por parte de los profesionales las 24 horas.

No obstante, debe tenerse en cuenta que este cálculo está sujeto a una serie de limitaciones. Primero, no todos los pacientes atendidos en unidades de agudos son tributarios a ingreso en ADI 7x24 por lo que las poblaciones atendidas no son totalmente comparables. Es esperable que la complejidad media de los casos atendidos en unidad de agudos de internamiento sea mayor, lo que afectaría a los costes. Segundo, esta estimación no tiene en cuenta que en algunos casos los pacientes han cursado ingreso en ambas tipologías de ingreso: realizando un alta temprana de la unidad de agudos de internamiento a ADI 7x24; o requiriendo un ingreso en unidad de internamiento después de un ingreso en ADI 7x24. Tercero, estos gastos son reales por lo que

podrían verse afectados por la existencia de plazas de profesional que no se hayan podido cubrir durante el 2022 tanto en ADI7x24 como en las unidades de internamiento.

Tabla 9. Coste medio del ingreso domiciliario y del ingreso hospitalario en 2022

	ADI Garraf		ADI Cornellà y Esplugues		Agudos Sant Boi		Agudos Numància	
Gastos directos	166.865	85,17%	207.271	85,33%	2.443.646	83,41%	1.860.152	85,74%
RRHH	155.879	79,56%	200.049	82,36%	1.763.433 ^b	60,19%	1.287.940	59,37%
Farmacia	53	0,03%	51	0,02%	104.723	3,57%	69.223	3,19%
Material ^a	280	0,14%	611	0,25%	30.265	1,03%	16.402	0,76%
Laboratorio	4.732	2,42%	3.245	1,34%	34.237	1,17%	24.863	1,15%
Amortizaciones	942	0,48%	933	0,38%	53.642	1,83%	99.802	4,60%
Otros gastos	4.979	2,54%	2.382	0,98%	16.677	0,57%	2.534	0,12%
Cocina					192.156	6,56%	143.782	6,63%
Lavandería					38.276	1,31%	22.348	1,03%
Limpieza					132.849	4,53%	91.381	4,21%
Suministros					61.423	2,10%	101.095	4,66%
Gestión residuos					11.302	0,39%		0,00%
Pruebas diagnósticas					4.663	0,16%	782	0,04%
Gastos indirectos	29.066	14,83%	35.639	14,67%	486.071	16,59%	309.349	14,26%
Indirectos	14.060	7,18%	16.786	6,91%	314.335	10,73%	170.158	7,84%
Estructurales	15.006	7,66%	18.853	7,76%	171.736	5,86%	139.191	6,42%
Total	195.931		242.910		2.929.717		2.169.501	
Estancias	1.401		1.541		12.714		8.779	
Coste por estancia	139,85 €		157,63 €		230,43 €		247,12 €	
Estancia media	16,92		18,98		18,47		20,20	
Coste medio por ingreso	2.366,26		2.991,82		4.256,04		4.991,82	

^aIncluye material sanitario y no sanitario.

^bNo incluye el coste del psiquiatra de guardia que está disponible en horario de no presencialidad del equipo ADI 7x24.

4. Conclusiones

El programa ADI 7x24 redujo el número de ingresos en la unidad de agudos de salud mental del PSSJD y el número de visitas al servicio de urgencias, en aquellos territorios en los que se implementó, en un momento en el que el número global de visitas a urgencias de los usuarios del PSSJD aumentó significativamente (**Tabla 3**).

Las personas atendidas, los familiares/cuidadores y los profesionales del programa ADI 7x24 y de los servicios derivadores presentan una elevada satisfacción con el programa.

Con algunas excepciones, usuarios y familiares/cuidadores valoran muy positivamente los aspectos organizativos y estructurales (como la accesibilidad e intensidad y frecuencia de visitas), así como el modelo de intervención (como la atención centrada en la persona y la participación de la familia) y califican favorablemente el impacto clínico, más allá de las mejoras en la salud (e.g. empoderamiento, conciencia de enfermedad y vínculo persona-cuidador). No obstante, desearían que la duración del ingreso fuera mayor, consideran que la continuidad asistencial al alta debería mejorar y que algunas familias necesitarían más soporte para cubrir sus necesidades propias.

Respecto a la organización, estructura y modelo de intervención, el discurso de los profesionales coincide en general con el de usuarios y familiares/cuidadores. Además, los profesionales valoran muy positivamente las posibilidades que les ofrece trabajar en el contexto real de la persona y consideran que se promueve el trabajo multidisciplinar y des-jerarquizado y presentan una elevada satisfacción profesional.

En comparación con la hospitalización convencional, usuarios y familiares/cuidadores perciben mayores ventajas en ADI 7x24 (como la comodidad de encontrarse en un espacio conocido, estable y seguro). La hospitalización convencional tendría algunas ventajas para la persona (e.g. reduce la carga de autocuidado y cuidado de familiares por su parte, permite una mayor contención en situaciones de riesgo autolítico y ofrece la oportunidad de socializar) y los familiares (reduce la carga de cuidados y evita el impacto emocional de convivir durante la crisis).

Tanto usuarios y familiares/cuidadores, como profesionales, piensan que este tipo de atención es una alternativa real para aquellas personas que presentan una crisis, evitando o acortando el ingreso hospitalario.

La satisfacción de los profesionales derivadores es muy elevada, pero desearían tener más información sobre las plazas disponibles.

Por último, la estancia media del ingreso en ADI 7x24 está en la línea de la de la hospitalización convencional, siendo el coste medio por estancia (y, en consecuencia, también el coste medio por ingreso) menor. Teniendo en cuenta los buenos resultados a nivel clínico y a nivel de experiencia, la hospitalización en ADI 7x24 sería una alternativa eficiente a la hospitalización convencional.

5. Anexos

Anexo 1. Resultados cualitativos y verbatims que los sustentan.

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
Aspectos organizativos/estructurales	Accesibilidad (previo)	<u>El acceso en el momento de derivación es rápido, aunque algunos usuarios no recuerdan el tiempo de espera previo al ingreso. En casos puntuales, se permite el ingreso de personas que no cuentan con familiar cuidador. La distancia geográfica entre los domicilios y el recurso de salud mental incrementa la complejidad del proceso ingreso en ADI 7x24 ya que, en ocasiones, el equipo debe desplazarse para la evaluación del caso.</u>	"Vinieron a urgencias los dos enfermeros (...) bueno, dicen: "mañana ya pasaremos por tu casa a primera hora y empezaremos a hacerte el papeleo este del ingreso y tal". Le dije: "vale" y fue allí ya cuando empecé con ellos al día siguiente mismo" (ADIB-EI-U6)	"Y hemos aceptado a pacientes sin cuidador porque no había otro riesgo. Nuestro algoritmo interno no escrito sería: aceptamos que no haya cuidador si tenemos muy claro que no hay ningún otro tema social" (ADIB-EG-P1)
	Accesibilidad (durante el ingreso)	La comunicación telefónica fuera del horario de visita se percibe como una forma de atención continuada. <u>En una de las regiones no se realizaron visitas presenciales en fin de semana y algunas personas las hubiesen preferido. La intensidad y frecuencia de las llamadas y la visita de fin de semana se adecúan a las necesidades de cada persona.</u>	"No recuerdo por qué fue, pero no una cosa tampoco grave. Más bien alguna pregunta que tenía, alguna duda. Pero que resolvían. Que resolvían. Lo que puede hacer llegar a ser una pelota pues no se hace pelota. El ADI también te quita que, si hubiera tenido necesidad, (...) ir otra vez a urgencias" (ADIA-EI-U3)	"L'accessibilitat telefònica ¿no? És veritat que a partir de les sis de la tarda, el que està localitzable és el servei d'urgències. Habitualment, moltes vegades, contesten els propis infermers ¿eh? Llavors, jo crec que això també la gent ho agraeix molt ¿no? Que puguis estar en qualsevol moment i que el suport sigui molt elevat" (ADIB-EI-P6)
	Duración del ingreso	<u>La duración del ingreso se flexibiliza, alargándolo hasta la recuperación en caso necesario. Aun así, en general, usuarios y familiares querrían alargar el ingreso, ya que no se sienten preparados para el alta y/o para continuar su tratamiento en otros recursos con menor frecuencia de visitas.</u>	"Y yo creo que me hubiera ido muy bien estar en una duración un poquito más larga ¿no? A lo mejor no tendría que haber sido con la misma frecuencia de visitas de psiquiatra, que venían como dos veces a la semana o algo así, no me acuerdo. Pero a lo mejor, que la duración, un poquito más larga, pues sí,	"Somos flexibles. Hay personas que necesitan dos semanas, hay personas que necesitan tres semanas y cuatro días. Normalmente se intenta dar el alta cuando corresponde, tres semanas, dos, tres semanitas" (ADIB-EI-P5)

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Frecuencia e intensidad de visitas	La frecuencia e intensidad de las visitas se adapta a las necesidades de cada momento y caso, con mayor intensidad al inicio y capacidad para dedicar más tiempo a la atención que en un ingreso convencional. Puntualmente, se utilizan visitas telefónicas. <u>En general, la duración y frecuencia de visitas se considera adecuada, sin embargo, algunas personas solicitan más tiempo con la psicóloga, otras preferirían alargar la visita y otras espaciarlas o realizarlas siempre a distancia.</u>	<i>porque... Por eso. Porque yo siento que no había vuelto a ser yo ¿sabes?" (ADIA-EI-U9)</i> <i>"Yo creo que con media hora ya está bien. Porque como vienen cada día, no te quedas colgado... y sabes tú que al día siguiente van a estar ahí, para volverles a contar si te ha pasado algo, si tal. O si va mal la medicación, cualquier cosa" (ADIB-EI-U6)</i>	<i>"Somos bastante flexibles en cuanto al tiempo, ¿no? Yo creo que intentamos adaptarnos a lo que necesita el paciente. Las valoraciones, las primeras visitas, siempre les dedicamos más tiempo, ¿no? Porque, bueno, es el momento en que nos tenemos que presentar, ¿no? Tenemos que ver, bueno, cómo está el paciente y muchas veces pasa que necesitamos explicarles muchas cosas el primer día" (ADIA-EG-P8)</i>
	Dotación	Algunas personas solicitan recursos físicos como despachos. <i>Se propone contar con recurso extra de psiquiatra de tarde y fines de semana, de psicóloga, trabajadora social y de administrativa.</i>	<i>"Me quejo de los pocos recursos. Sean económicos, sean de profesionales de... todo eso, que no llega, que no les llega suficiente. Que tienen un coche para equis personas. ¡No! ¡Deberían haber tres, cuatro, cinco coches! Por ejemplo. Y si hace falta, una furgoneta" (ADIB-EI-U7)</i>	<i>"No tenemos despacho de ADI. Que lo entiendo, porque es un programa domiciliario. Pero, a veces, nos vendría bien tener un espacio asignado. (...) Estaría bien tener un lugar fijo de "mira, aquí tenemos nosotros siempre material", aquí podemos, si acaso, si un familiar nos lo reclama, poder hacer aquí una familia" (ADIB-EI-P5)</i>
	Horario flexible y puntualidad	<i>El horario de la visita es flexible y puede adecuarse a las necesidades de la persona. Se valora positivamente la puntualidad y la comunicación ante alguna eventualidad que no permita que el equipo se presente a la hora acordada. Sin embargo, en algún caso, la hora de atención no fue acordada, interfiriendo con la agenda de la persona y con la atención en otros recursos.</i>	<i>"Desde el Servei de Rehabilitació me decían: "Depende de la hora que te visiten, puedes venir al Servei de Rehabilitació y luego hacer el ADI, porque hay mucha gente que lo hace". Y claro, yo decía: "Ya, pero es que a mí no me dicen la hora en que van a venir" Entonces tengo que esperar en casa" (ADIB-EI-U6)</i>	<i>"Pues, a l'hospital, pues hi ha una estructura i l'estructura s'ha de seguir. O el ritme o els temps. De l'altra manera, pues això que et deia ¿no? Pues veniu a partir de les onze, perquè em costa aixecar-me o el que sigui" (ADIB-EI-P6)</i>
	Flexibilidad camas	<i>Al no existir una limitación física de espacios y camas, es posible organizar los equipos para forzar plazas en caso necesario.</i>		<i>"Entonces, al no ser camas de hospital, también da esa flexibilidad, ¿no? De decir, bueno, si estamos al máximo y si tenemos</i>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
				que poner una cama más un día, dos días... Si te encuentras en ese momento, se puede hacer. ^F Dependiendo del día de la semana, también evitamos a lo mejor, que el fin de semana nos den muchos ingresos nuevos. Porque [NOMBRE E6] está sola. Pero, somos muy flexibles" (ADIA-EG-P3)
	Multidisciplinaredad	La colaboración de diferentes roles presentes en el equipo favorece la atención centrada en la persona y el aprendizaje de los profesionales desde otras perspectivas y disciplinas.	"Te venían a ver tres profesionales, que eso tampoco pasa cuando vas al médico, te ve un psiquiatra, un psicólogo, pero nunca te ve un psicólogo, una enfermera y un psiquiatra a la vez" (ADIA-EI-U1)	"El trabajo multidisciplinar es real, ¿no? Esto que todos dicen de la multidisciplinaredad y demás. Éste, es un equipo que es transversal, que todo el mundo interviene por igual. Y eso es algo que la hospitalización convencional, al trabajar en turnos y por la cultura que se respira más en el hospital, no se respeta tanto. Quiero decir, que aquí sí se benefician de una intervención multidisciplinar y un plan de trabajo consensuado" (ADIA-EG-P2)
	Continuidad asistencial (ingreso)	<u>El traspaso del caso al equipo ADI 7x24 se hace correctamente. La información sobre el ingreso tranquiliza a la persona y su familia, que suelen no conocer el recurso previamente. Aun así, algunos usuarios dicen que la información fue insuficiente, aunque tienen dificultades para recordarlo. Esta información podría mejorar, con el apoyo de materiales que la homogenicen y dedicando más tiempo en la entrevista inicial. En ocasiones, se derivan casos que no cumplen los criterios de ingreso. Esto es más frecuente cuando el servicio derivador está muy saturado o tiene alta rotación de profesionales. Se propone discutir la idoneidad de algunos casos, por ejemplo, con un equipo multidisciplinar similar al de ADI,</u>	"Claro, claro, a mí me lo explicaron. Me dijeron: "mira, tendrás todos los servicios que ofrecemos aquí en el hospital psiquiátrico, pero en tu casa". Entonces, claro, a mí se me abrió el cielo... tendrás psicóloga, psiquiatra, enfermera, o sea... y aparte estarás en tu casa... pues claro, yo dije ¡y tanto!" (ADIA-EI-U4)	"Jo crec que s'hauria de treballar molt tot el que és previ a la derivació. Tu pots explicar molt en la valoració, però, previ a la derivació és quan el derivant ha de fer un esforç de fer això. Igual s'hauria de fer, pues, una entrevista (...) Igual un tríptic o alguna cosa que tú, la família, pogués, a partir d'aquí, dir "Escolta i què passa si jo no puc estar tot el dia" "Com ho podem fer, si jo tinc algun dubte..." ¿M'explico? Perquè, tu ho aclareixes després, en la valoració, però si no ho fas, prèviament això. (ADIB-EI-P6)

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Continuidad asistencial (transición al alta)	<p>que aportaría diferentes puntos de vista acerca del caso. También se propone promover la coordinación presencial entre equipos derivadores y receptores.</p> <p><u>Se percibe un cambio brusco en la intensidad de la atención al alta y se solicita trabajar la desvinculación de forma gradual. Usuarios y familiares consideran que el tiempo entre el alta y la visita con el psiquiatra del recurso al que se deriva es excesivo. Por su parte, familiares mencionan que luego de ADI, no tienen posibilidad de participar en el tratamiento del usuario.</u> Los profesionales ADI 7x24 se encuentran disponibles en caso de alguna consulta, lo cual tranquiliza y reconforta al usuario, permitiendo orientar y coordinar con otros recursos en caso necesario. <i>Se facilita la continuidad de la asistencia y la coordinación con recursos comunitarios, a diferencia de un ingreso convencional, donde la atención se encuentra más fragmentada.</i></p>	<p>"Y la decisión del ingreso domiciliario con este equipo fue lo mejor que nos ha podido pasar. Lo mejor. Lo peor, que se acaba muy pronto. Y no hay un seguimiento a posterior. Una vez vuelves al sistema, fuera de [HOSPITAL], con el equipo, vuelve a ser todo en visitas cada tres meses, tanto en psiquiatría, como en psiquiatría del CAS" (ADIA-EG-F1)</p>	<p>"La continuïtat assistencial és molt més fàcil tenir la amb una hospitalització domiciliària. Si nosaltres, ens reunim cada dilluns o ens podem reunir quasi cada dia, pues, tu pots fer un seguiment (...) Amb les unitats d'aguts, jo, a vegades, tinc la sensació de que està molt més fragmentada l'atenció. I que quan fan el seu pla terapèutic i després el pacient, pues, quan torna al CSMA, tu estableix el teu. Jo amb l'hospitalització domiciliària sí que tinc la sensació de que els plans, hi ha una continuïtat, ¿saps?" (ADIB-EI-P6)</p>
	Entorno	<p>El ingreso se produce en el domicilio, considerado un entorno de confianza, cómodo y protegido, lo cual proporciona tranquilidad al usuario y le permite continuar con su rutina. Los profesionales evalúan el caso en el contexto familiar y cotidiano de la persona, <i>contando con más tiempo de visita en comparación con el ingreso convencional</i>, lo que facilita el diagnóstico y la elaboración del plan terapéutico al objetivar su realidad de manera más global. <i>Sin embargo, en</i></p>	<p>"Que aquí estábamos así, como yo estoy hablando contigo. Estás rodeado de lo tuyo, en tu ambiente, dijéramos. A lo mejor, te abres más" (ADIB-EI-U11) "Ha sido muy importante el estudio en el entorno donde está el paciente. Eso ha sido muy positivo, totalmente, porque ven lo que les rodea, todo lo que ellos hacen el día a día. Y en el caso de mi hijo, pues ha sido muy beneficioso" (ADIB-EG-F2)</p>	<p>"En un domicilio el abordaje es más individualizado, tengo más tiempo para dedicarme a ellos. Puedo observar cómo es su entorno, puedo observar cómo es su familia, cómo se desenvuelve dentro de su casa. Cosa que, en el hospital, no. Y no lo conozco como tal. Conozco esa persona en una descompensación en un hospital, pero no sé cómo es su vida" (ADIB-EI-P4)</p>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Cuidador	<i>algunos casos, el entorno familiar no es el adecuado para un ingreso domiciliario. El cuidador se evalúa en conjunto con el usuario según sus preferencias y es un rol que puede ejercer cualquier persona de confianza que tenga capacidad de responsabilizarse por los cuidados en el domicilio. Este requisito es problemático si la persona que actúa como cuidador interfiere con la recuperación. En ocasiones, de forma pactada con el derivador y el usuario, se facilita el ingreso cuando no existe cuidador.</i>	<i>"Claro. Siendo ella quien provocaba todos estos ingresos, pues claro, estar con ella durante el ingreso domiciliario... pues tela" (ADIA-EI-U3)</i>	<i>"De entrada, nosotros asumimos que los pacientes tienen cuidador. Y muchas veces no es así. Muchas veces es un familiar que no tiene por qué tener el rol de cuidador. O no lo quiere, o no sabe ejecutarlo, o el paciente no lo acepta" (ADIB-EG-P1) "Lo ideal es que haya un familiar referente, una persona referente. Pero, en algunos casos puntuales que colaboran mucho y demás, sí que lo hemos hecho. Yo creo que, el hecho de no tener alguien, ¿no? Que te pueda sostener, no tiene por qué ser un criterio de exclusión absoluto. " (ADIA-EG-P2)</i>
	Coordinación equipos ADI 7x24	<i>Los dos equipos ADI 7x24 trabajan de manera independiente y heterogénea. Se percibe una falta de coordinación entre ambos equipos.</i>		<i>"Bueno, yo creo que si habría d'haver com més... No sé si o més coordinació entre nosaltres, més des del punt de vista clínic o compartir més les coses ¿no? Jo tinc una mica la sensació que, de que, es fan coses i no s'acaben de compartir del tot" (ADIB-EI-P6)</i>
	Formación de profesionales	<i>Para poder trabajar en el contexto de la persona y con la familia, algún profesional opina que sería recomendable que los profesionales tengan formación específica (terapia sistémica familiar).</i>		<i>"Pero creo que eso sí que requiere una atención especializada, que haya formación en terapia sistémica. Me parece fundamental porque te encuentras situaciones que son tan difíciles o más como una psicoterapia sistémica familiar" (ADIB-EG-P1)</i>
Modelo intervención	Atención centrada en la persona	<i>El equipo ADI 7x24 atiende a la persona como un todo, abordando la crisis de forma holística. Se trabaja el proyecto de vida, teniendo en cuenta el ámbito laboral, la vivienda, la socialización y la relación con la</i>	<i>"Yo creo que se enfocaron mucho en mi necesidad, o sea, en lo que yo pudiera sentir y padecer. O sea, me vieron como paciente, pero también como ser humano ¿sabes? Vieron todo, se preocupaban (...). Se notaba</i>	<i>"A nivel profesional es muy satisfactorio, porque estás tratando realmente a la persona, no solo a su enfermedad. Estás tratando a esta persona de forma holística. Yo creo, realmente, aquí sí que lo estás</i>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
		<p>familia. Se considera que el plan terapéutico no acaba con ADI 7x24, sino que hay una continuidad a lo largo de la vida de la persona. El equipo adapta la atención a las necesidades y preferencias de la persona en cada momento, obtiene información de cerca de los cambios que se producen en el tratamiento y modifica el abordaje en caso necesario, lo cual se percibe como una atención más sensible y humanizada, en comparación con la hospitalización convencional. <i>La elevada adaptabilidad puede acabar sobrecargando al equipo.</i> El equipo ADI 7x24 aprovecha aspectos del contexto para elaborar el plan terapéutico. <i>El profesional de ADI 7x24 utiliza la información de los servicios de salud y sociales del territorio (oferta y funcionamiento) para aprovechar mejor los recursos como parte del plan terapéutico.</i></p>	<p><i>que les gustaba lo que estaban haciendo y eso también como que para uno... no sentías que te veían por verte" (ADIA-EI-U2)</i></p>	<p><i>trabajando de forma holística, porque estás trabajando su funcionalidad. En casa estás tratando su patología, estás tratando a la familia, estás tratándolo a nivel social, incluso a nivel psicológico, porque somos el equipo que vamos juntos y que nos coordinamos todos los casos" (ADIB-EI-P4)</i></p>
	Toma de decisiones compartidas	<p>El equipo ADI 7x24 promueve la toma de decisiones compartidas, basada en las preferencias de la persona en la medida de lo posible. Se pactan aspectos relacionados con la medicación, intensidad de visitas e implicación del familiar.</p>	<p><i>"Negociar en el sentido de: "Vale, quieres bajarte la medicación, porque sientes..." Ahora no recuerdo cosas específicas, pero sí me recuerdo que me dijeron: "Bueno, vale, pues en la siguiente visita si vemos que todo va bien, te lo bajamos" Cuando en teoría eran dos visitas ¿Sabes? Cosas así. Nada como: "No te tomes la medicación o no te tienes que tomar la medicación o cosas así" (ADIA-EI-U9)</i></p>	<p><i>"Siempre ofrecemos bastantes alternativas e intentamos que el paciente, evidentemente, nosotros como equipo siempre les comentamos las que nosotros creemos más convenientes para ellos. Pero, realmente, la decisión final siempre es pactada ¿eh? entre ambos: es decir, entre el paciente y el equipo" (ADIB-EG-P2)</i></p>
	Acompañamiento	<p><u>La continuidad en la atención, asociada a la frecuencia diaria de las visitas, permite que la persona se sienta acompañada por el equipo ADI 7x24 durante todo el proceso.</u></p>	<p><i>"El acompañamiento, el acompañamiento pues eso, cada día están contigo, o sea te acompañan en tu dolor, en tu pena, bueno, o</i></p>	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Participación de la familia	<p><u>incluso en el horario entre visitas. En ocasiones, se percibe como una compañía más cercana incluso que la familia.</u></p> <p><u>Cuidadores y familiares valoran positivamente el hecho de participar del proceso de recuperación. Son conscientes de la responsabilidad que les atribuye el rol de cuidadores</u> y, en algunos casos, han actuado de canal, proporcionando información que el propio usuario prefiere no comentar directamente. <u>Para algunos, es la primera vez que se les implica en el tratamiento de su familiar.</u> Los profesionales implican en el proceso a los cuidadores y familiares e informan respecto al tratamiento a seguir y el estado de salud del usuario, lo cual les tranquiliza. <i>El equipo intenta adaptar el grado de implicación del familiar, que en ocasiones prefiere mantenerse al margen. También lo hace cuando detecta que el familiar podría dificultar la recuperación o cuando el usuario prefiere que no participe.</i></p>	<p><i>en tu alegría... te acompañan, te acompañan" (ADIA-EI-U4)</i></p> <p><i>"Quan tu vas a un psiquiatre, escolten el que ells els diuen. Però la persona que és en realitat, el familiar, és com si nosaltres no comptéssim. ¡No! Comptem, perquè sabem com està durant tot el dia. I en canvi ells, ells si. Deien "Mira, volem saber la teva opinió, com està, durant el dia, com la veus" I jo estic molt contenta amb ells. I a més a més li va molt bé. És això" (ADIB-EG-F4)</i></p>	<p><i>"Clar, sí que ens hem trobat a vegades amb famílies no col·laboradores, no ¿vale? Et diria jo. Vull dir, el que es compromet, es compromet. El grau de compromís és variable, però... [RIURES]. Sí que ens hem trobat famílies que, diria jo, que es desvien molt o que distorsionen molt el que es pacta" (ADIB-EI-P6)</i></p>
	Apoyo al familiar	<p><u>En general, el soporte a la familia se percibe como insuficiente, especialmente en el caso de familiares de personas con problemas crónicos de salud mental y familias con niños pequeños, quienes requieren de recursos adicionales para manejar la crisis. Se trabaja en conjunto con la familia como herramienta terapéutica, esto es relevante para las familias que no han participado de un trabajo previo.</u></p>	<p><i>"Yo ya llevo el cansancio de muchos años, aunque estén ellos. De lo que me fijo les digo, mira, se me ponen los pelos de punta, de ver que tiene cuatro personas a su disposición a diario y digo "¿Y yo?" Estoy aquí yo también, que yo también lo sufro. Y ya no por mí, mi hija que tiene diecisiete años y lleva sufriendolo desde que nació" (ADIB-EG-F6)</i></p>	<p><i>"Muchas familias, con pacientes crónicos de muchos años de evolución, y que no les habían explicado a lo mejor nunca lo que tenía el paciente, o qué medicación estaba tomando. (...) Sí. Entonces hay una demanda acumulada de, ni siquiera de una intervención de familiterapia, sino que de una simple implicación a la familia" (ADIB-EG-P3)</i></p>
	Vínculo terapéutico	<p>En general, se genera un buen vínculo con la persona, más cercano en comparación con el</p>	<p><i>"Cuando pones que había esta cercanía, yo pondría también cercanía igual a vínculo.</i></p>	<p><i>"Sí, la relación es diferente, ¿eh? A la que puedes establecer, por ejemplo, en un centro</i></p>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Trabajo en equipo	<p>ingreso convencional. Trabajar en el contexto de la persona usuaria facilita la empatía del profesional y promueve una relación de confianza y des-jerarquizada. <i>En ocasiones, el vínculo que se establece perdura más allá del ingreso en ADI.</i></p> <p>Equipo multidisciplinar bien coordinado que trabaja con un modelo horizontal des-jerarquizado. <i>La convivencia diaria y los diversos espacios de debate que se comparten fortalecen el vínculo creado entre los profesionales de cada equipo. El trabajo en equipo permite gestionar la carga cuando aumentan los ingresos. En fines de semana, los profesionales sienten que están más solos al realizarse las visitas de forma individual.</i></p>	<p><i>Porque es muy importante, en las enfermedades mentales, que se produzca un vínculo afectivo, un vínculo bonito, un vínculo entrañable, entre las terapeutas, cualquiera de ellas y el paciente. En enfermedades mentales, las otras ya no me meto, pero, en las mentales sí. Y con el ADI se estableció este vínculo muy bonito la verdad" (ADIA-EI-U4)</i></p> <p><i>"Yo digo que, yo veía primero al psiquiatra... imagino yo, para que esos puntos... él me imagino se los comentaba a la doctora y la doctora pudiera trabajar conmigo en base a lo que yo pudiera decir en la consulta" (ADIA-EI-U2)</i></p>	<p><i>de salud mental, hospital de día, yo que sé. Es diferente porque estamos en una situación.... bueno, en lo más íntimo que tiene el paciente, que es su domicilio, que es su día a día. Con lo cual, la relación que estableces es mucho más cercana. Se expone él y te expones tú también. No hay una mesa, no hay nada que nos distancie, ¿no? Entonces, es bonito de ver" (ADIA-EG-P2)</i></p> <p><i>"Eso lo hemos cuidado mucho: como, como forma de integrar energías. Es decir: trabajar desde el trabajo en equipo. Si cada persona tiene su rol profesional diferenciado, o sea, primero visitará el psiquiatra, pero todos estamos a una a la hora de tomar decisiones, a la hora de comentar los casos, a la hora de presentarnos al paciente. Esto sí que es muy importante, a la hora de organizar la intervención" (ADIB-EG-P1)</i></p>
Consecuencias clínico-terapéuticas	Mejora de salud	<p>En general, se percibe una buena recuperación de la salud y la funcionalidad, al trabajar con metodología de atención centrada en la persona, <u>aunque, en algún caso, no se advierte mejora en los síntomas.</u> En ocasiones y en función de la evolución clínica de la persona, el ingreso en ADI ha sido interrumpido por una derivación a la unidad de agudos.</p>	<p><i>"Mi hijo ha estado ingresado en dos ocasiones anteriores, y en vez de estar ingresado tener el ingreso domiciliario ha significado una mejora impresionante, la verdad. Le ha ido muy bien, le ha ido muy bien a él. Y yo estoy muy satisfecha con los resultados. A ver, más que con los resultados, con el tratamiento que ha seguido con los médicos, con los responsables. Pues muy satisfecha, la verdad, muy bien" (ADIB-EG-F2)</i></p>	<p><i>"Pienso que la mejora, que veo que, es más, más rápido. Porque veo que se es más incisivo, en todo lo que se realiza con el paciente. Tienes que ser más incisivo, y es como más, más, más personal. Más individualizado" (ADIB-EG-P3)</i></p>
	Insight	<p><u>Usuarios y familiares perciben que el ingreso en ADI ha mejorado la toma de conciencia del propio problema de salud y del estado y gravedad en la que se encuentra.</u></p>	<p><i>"Es un alivio, porque no es lo mismo. Es que, no se puede comparar. Está uno en su casa, al fin y al cabo, tienes todo. Y el paciente, es mucho más dócil y se puede hablar más con él. En el hospital íbamos a verlo y agresivo,</i></p>	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
			<p>"¿Por qué me habéis ingresado?". Y la culpa era nuestra y la culpa era nuestra. En cambio, ahora, con esto, él reconoce su enfermedad. Él ahora reconoce que está enfermo. Incluso hubo un momento en que lo dije, ¿no, reina?, que dije "Yo quiero que me ingresen, estoy mal". Y eso antes no. Antes él estaba bien, estaba bien y estaba bien. Y los locos éramos nosotros. Pero ahora el cambio ha sido increíble" (ADIB-EG-F2)</p>	
	Empoderamiento	<p><u>Se trabaja y mejora el empoderamiento, en especial, en relación a la medicación. Este aspecto se trabaja proporcionando información adecuada acerca del problema de salud y la medicación asociada, preparando a la persona para que pueda continuar su tratamiento tras el ingreso en ADI.</u></p>	<p>"Sí. Y lo trabajaron muchísimo conmigo. De verdad que yo creo que también eso como paciente te hace bien. Porque dices "¡Uy! Estoy empezando a tomar una decisión y a ser consciente de que ésta es mi medicación, que solamente yo me la tengo que tomar, y yo tengo que dosificar mi medicación". Ellos trabajaron mucho eso conmigo" (ADIA-EI-U2)</p>	<p>"Y conectando un poco la horizontalidad del profesional que, la repartición de responsabilidades con la persona atendida y el equipo, ¿no? Que empoderas al propio usuario, ¿no? De su propio proceso, (...). Nosotros no estamos veinticuatro horas, nosotros vamos a verlo, pero el resto del día es él el que se hace responsable de su proceso" (ADIA-EG-P1)</p>
	Adherencia	<p>En general, mejora la adherencia al tratamiento. Aunque, en ocasiones, la implicación de la familia podría suponer una dificultad para el cumplimiento del plan terapéutico, cuando la familia no está alineada con los objetivos clínicos.</p>	<p>"Pero cuando estaba ingresada en casa, a ella le ha ido muy bien, muy bien, incluso le ha hecho más caso a la medicación" (ADIB-EG-F4)</p>	<p>"Aquesta seria una de les principals avantatges o com a desavantatge, veig que la persona viu amb els cuidadors i que això, a vegades, també complica o pot ser un element disruptiu. És a dir, al final hi ha coses que en un hospital no em permetrien fer, però que a casa jo puc fer. I que a vegades, també ens costa que hi hagi certes normatives que no es compleixin. No ho sé, si tu estàs ingressat, doncs hi ha certes coses que no pots fer. Doncs, bueno, això a vegades a casa costa" (ADIB-EI-P6)</p>
	Empoderamiento del familiar	<p><u>Se trabaja con la familia para darle herramientas de manejo de la crisis de su ser querido.</u></p>	<p>"Yo, por ejemplo, he aprendido a estar más con mi hijo en una conversación, por ejemplo. A que no se nos altere tanto y poder</p>	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Vínculo usuario-cuidador	<u>Se promueve un vínculo entre el usuario y el cuidador/familiar que refuerza los lazos, facilita la comprensión mutua y la relación familiar. Al vivir el ingreso, los familiares pueden entender mejor el proceso y empatizar con la persona.</u>	<i>comprenderlo mejor. Nos ha ayudado, a mí como madre me ha ayudado bastante"</i> (ADIB-EG-F2) <i>"Porque yo, al contrario, yo nunca había sido tan cariñoso como me he vuelto yo a raíz de esto, porque lo he entendido, lo llevo, lo mimo, todo esto. Antes nos enfrentábamos y discutíamos, ahora yo, a ver... Y eso ha sido bien para él, porque él también ha cambiado"</i> (ADIB-EG-F5)	
	Estigma y autoestigma	<i>Se reduce el autoestigma, ya que, al encontrarse en el domicilio, no se comparan con otras personas que cursan con una crisis de salud mental, evitando aumentar la autopercepción de gravedad. Algunos profesionales creen que las visitas en el domicilio podrían estigmatizar, ya que la pertenencia a la red de salud mental es identificable a través de la marca.</i>		<i>"El tema, por ejemplo, del auto estigma, que tengan ellos, porque se encuentran en casa, no se comparan con nadie y no tienen otra visión de cómo es el paciente. Simplemente son ellos. Pues también yo creo que les beneficia. No se ven tan... Es muy feo ¿eh? Tan enfermos, ¿no? En cambio, un chico o un paciente que ya ha vivido el estar ingresado, que ha estado allí unas semanas y ha tenido la mala suerte, de estar con otro paciente que ha estado vociferante, ha estado dando golpes, agitado. Pues se lleva un, digamos, una impresión de lo que es el paciente salud mental, más grave de lo que en verdad es"</i> (ADIB-EI-P5)
Implicaciones para el usuario	Impacto emocional	ADI 7x24 reduce el impacto emocional del ingreso, evitando la ansiedad y el trauma que podría generar un ingreso hospitalario y el contacto con otras personas que cursan una crisis de salud mental.	<i>"Pero el ingreso del hospital es muy duro, porque también tienes que convivir con situaciones duras, que a lo mejor tú no las planteas, pero las estás viendo. Hay un horario más estricto, lo que sea. Bueno, yo había vivido los ingresos en el hospital como una cosa... ¡Uff! Cuando iba para [HOSPITAL], pensaba "Ay, Ay... Otra vez" (ADIA-EG-F3)</i>	<i>"Sí, con otros pacientes que ya han ingresado en [MUNICIPIO] y lo ingresan aquí en ADI lo dicen. He preferido ingresar aquí en casa, en atención domiciliaria, en este programa, que no en el hospital. Y lo que suelen decir es "aquí estoy tranquilo, en el hospital están mal y se ponen a gritar, pegan a las puertas", es lo que dicen, así literal" (ADIB-EI-P5)</i>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Ambiente	El momento de crisis se vive en un ambiente donde la persona se siente segura y tranquila, evitando encontrarse con otras personas enfermas, con diferente sintomatología, que podrían interferir en su recuperación.	<i>"Lo bueno que tiene el ADI, por ejemplo, es que estás en tu casa. No estás en un lugar con otros pacientes, que tienen otras enfermedades que se te pueden pegar. En el sentido de que puedes sentirte reflejada y entonces empiezas a pensar y empiezas a decir: "¡ay! eso me va a pasar a mí, ¡ay! pues esto también me pasa a mí" y empiezas a hacerte la olla" (ADIB-EI-U6)</i>	<i>"Lo dicen: "He preferido ingresar aquí en casa, en atención domiciliaria, en este programa, que no en el hospital" Y lo que suelen decir es "aquí estoy tranquilo, en el hospital están mal y se ponen a gritar, pegan a las puertas", es lo que dicen, así literal" (ADIB-EI-P5)</i>
	Libertad	<u>El ingreso domiciliario permite continuar las rutinas y decidir libremente respecto a los horarios y las dinámicas.</u>	<i>"Porque yo, el bienestar que tuve cuando hice ADI o ahora... el de libertades, puedo, yo que sé, ducharme en media hora, comer en una hora y media, o sea, tirarme en el sofá y ver una peli" (ADIA-EI-U4)</i>	
	Seres queridos	<u>La persona está acompañada de su familia y seres queridos durante el ingreso, que contienen y acompañan a la persona.-</u>	<i>"En el ADI es que estás en familia. Y la familia... que te lleves mal o que te lleves, que te lleves peor o mejor, es tu familia. En cambio, en la hospitalización normal, la más burocrática, que digo yo. Pues sí, ahí desconectas un poco de tu entorno familiar, ¿no?" (ADIB-EI-U7)</i>	
	Confort	En el domicilio, la persona cuenta con comodidades estructurales que no posee la hospitalización convencional.	<i>"Pero, sí como que está más pues, como más objetivizado, los pacientes, al estar en un hospital. Mientras que, si estamos aquí en casa, es mucho más subjetivo, en el sentido de que están yendo expresamente a cuidarme a mi espacio. Y me parece más amoroso y más humano y más natural ¿Sabes? Porque estoy en mi espacio. Mientras que el otro es un espacio ajeno, con gente que a lo mejor no quiero estar, con comida que a lo mejor no quiero comer" (ADIA-EI-U9)</i>	<i>"Está clarísimo de que tú mejoras porque estás en tu ambiente, en tu casa, y bien y tienes todo lo que, lo que te ofrece un hospital: tus analíticas, tu psiquiatra, tu enfermero, tu trabajador social, en tu casa. Entonces, yo nunca lo había experimentado y ahora sí que vemos, pues que claro, que da resultado. No es lo mismo compartir una sala donde la televisión es para quince personas, que la televisión que está en tu cuarto, ¿no? la comida que cocinas tú o tus familiares, a la que te dan en el hospital, ¿sabes? Con lo cual yo creo que son todo ventajas" (ADIB-EG-P3)</i>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Desplazamiento	<u>La atención en el domicilio evita el desplazamiento de la persona al hospital.</u>	"Bueno, me pareció muy útil porque... venían a casa y no tenías que desplazarte al médico" (ADIA-EI-U1)	
	Transmisión COVID	<u>El ingreso en ADI 7x24 supuso evitar contagios por COVID-19, ya que se limitó el contacto al núcleo familiar. El uso de mascarillas y otros elementos de protección para evitar contagios suponía un factor de estrés para algunas personas.</u>	"Y más en el momento del COVID fue que, que dices "Si te metes en un hospital igual lo más seguro es que acabes con el COVID" (ADIA-EG-F3)	
	Sociabilización y apoyo mutuo	El ingreso domiciliario limita la oportunidad de socializar con otras personas ingresadas. Las personas que han realizado varios ingresos hospitalarios previos, en términos de socialización, consideran que el hospital se ha convertido en su segundo hogar.	"Yo, como allí estás encerrado, coges amistades, bueno, que son muy profundas. ¿Sabes lo que quiero decirte? Estás en aquello y roces con uno, roces con el otro. Hablando con éste, hablando con... De tonterías, de lo que fuera. Pero, es que, tú estás en movimiento" (ADIB-EI-U11)	"La persona que tiene veinte ingresos le da igual el ADI que estar en el hospital. Porque van ahí y están en su casa. Se conocen, se abrazan, hacen amigos. No pasa nada. Pero con menos ingresos, sí que se nota. El que van allí y ven el ingreso que se ahorran" (ADIB-EG-P3)
	Inseguridad (falta de contención)	Cuando hay riesgo de autolesión, el domicilio puede suponer mayor riesgo, ya que no permite una contención. <i>Se percibe complicado prever con seguridad el riesgo suicida en la derivación. Tras un caso de suicidio, el equipo responde con miedo a asumir este riesgo.</i>	"Bueno, si estás muy inestable, a veces va bien un ingreso hospitalario antes que el ADI. Porque el ADI te puede ayudar, pero, si estás más o menos estable. Si estás con ganas de suicidios, con ganas de hacerte daño, etcétera, el ADI no te puede ayudar. Necesitas contención" (ADIB-EI-U6)	"Y luego está cuando simplemente hay un criterio diferente. Por ejemplo: riesgo suicida. Es muy difícil de evaluar. Muy difícil de prever. Hemos tenido un suicidio consumado en el equipo, lo cual nos hizo también preocuparnos por el tema, hacer evaluaciones un poquito más exhaustivas... Entonces, hemos mirado muy a fondo el tema, pero en ocasiones hay una discrepancia. Entre el riesgo que detectamos nosotros y el riesgo que detecta el derivante. Entonces ahí te encuentras con un dilema importante" (ADIB-EG-P1)
	Carga	<u>En el domicilio, algunas personas, esencialmente mujeres, asumen cargas de autocuidado y familiares</u> (e.g. atención a los hijos).	"Cuando estás mal... yo no hacía nada, nada. Pero bueno, contraté a una señora de la limpieza y le pagaba dinero y ella me limpiaba. Porque yo no hacía absolutamente nada. Pero al día no. Al día lo hago todo yo, y	"Es que, es típico. Un padre, una madre siempre va a tener a los niños y son pequeños... Entonces, es respetar un poco los espacios. Seguro que, si estuviera en el hospital, estaría él solo en la visita. Tendría

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Invasión del entorno	<u>Especialmente al inicio, recibir al equipo de profesionales ADI 7x24 en el domicilio resulta agobiante para algunas personas.</u>	ya está. Pues, lo que sea: fregar los platos, barrer, fregar, lo que sea, sí, sí" (ADIA-EI-U4) "A ver, al principio como que me... me agobié. Porque pensé, es que los primeros días venían cuatro personas. Yo me acuerdo que me faltaban sillas en mi casa [RISAS]. No, no, no, pero vamos... Y sí, o sea, pensé ¡madre de dios, tener que lidiar con toda... pero luego ya te acostumbras, ya está, ya está, ya está" (ADIA-EI-U4)	su intimidad, él tendría su intimidad. Al final, respetar eso, que el paciente también pueda tener su intimidad, todo y estar en su casa y compartir la casa o el piso con quien sea. En este caso, con sus hijos menores" (ADIB-EI-P5)
Implicaciones para la familia	Tranquilidad familiar	El equipo ADI 7x24 y el acceso a más información respecto a la situación de salud de su ser querido da confianza y tranquilidad.	"Entonces, claro, no conociendo la patología, no sabíamos realmente qué era todo lo que le pasaba. El volvía luego a trabajar, volvía a los estudios, y de repente otra vez otro y tal. Entonces, ellos han hecho que nosotros comprendamos mejor la malaltia de mi hijo, de que podamos llevarlo más o menos. Y estamos más tranquilos desde entonces, sobre todo más tranquilidad en casa" (ADIB-EG-F2)	"Pero sí que hay veces que, sobre todo los padres, cuando son pacientes jovencitos ¿no? Que, con el tema del tratamiento, tienen dudas y es que normal y al final es proporcionar la información y aclarar. Y cuando se da la información clara, también el familiar se queda más tranquilo y deja, por así decirlo, que los profesionales puedan hacer su intervención" (ADIB-EI-P5)
	Desplazamiento	<u>El ingreso en el domicilio evita que la familia deba desplazarse para visitar a su ser querido y proveerle de artículos que necesita, así como poder entrevistarse con los profesionales.</u>	"O sea, que ya es una cosa repetitiva, lo hayan ingresado allí o lo hagan en casa. Para él es más cómodo en casa y quizás para nosotros también, pues no hemos de estar cada dos por tres yéndolo a ver, llevándole tabaco, llevándole ropa. Claro, es más cómodo" (ADIB-EG-F6)	
	Carga	<u>En algunos casos, el ingreso domiciliario sobrecarga al cuidador, que asume algunos aspectos del cuidado.</u>	"Yo, referente a la pregunta, porque estábamos en confinamiento. Si no, no hubiera podido ser yo el responsable o	

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
	Impacto emocional	Presenciar momentos críticos del ingreso impacta emocionalmente en la familia, especialmente cuando hay menores en el domicilio. Cuando se dan estas situaciones la carga de atención que debe hacer el profesional sobre la familia aumenta.	<p>hubiera sido yo el responsable bajo una firma, pero en caso de salir, otra persona que la cuidara. Porque, si no, el único aporte de dinero es mi trabajo, por lo cual yo tengo que trabajar. Porque dio esa casualidad del confinamiento y tal, sí me pude hacer cargo" (ADIB-EG-F1)</p> <p>"Bueno, en este caso hablamos de su madre que es con la que tienen que vivir cada día. Que les diga "No, pues mira, si la ves así, intentar no hacer este jaleo". No es lo mismo que lo digas tú a que haya un profesional que lo explique a un niño de una manera que lo capte" (ADIB-EG-F1)</p>	<p>"Hay situaciones también, perdona, lo que decíamos antes de pacientes en los que no se hizo un trabajo familiar nunca. O muy muy pequeño. Entonces, claro, cuando llegamos, hay un efecto, no sé cómo decirlo, es muy, está muy tensado, entonces te suelta toda la carga de golpe. Hay mucha tensión acumulada, quieren sacarlo todo" (ADIB-EG-P1)</p>
Consecuencias para el profesional	<p>Satisfacción</p> <p>Competencias y habilidades</p>	<p>Elevada satisfacción profesional relacionada con el buen vínculo terapéutico y entre profesionales y la elevada mejora y recuperación de los usuarios.</p> <p>Las competencias y habilidades de los profesionales del ADI 7x24 mejoran gracias al trabajo multidisciplinar con enfoque horizontal.</p>		<p>"La satisfacción, ¿no? De, yo creo que, igual que ellos mejoran, tú ves todo el proceso de mejora, ¿no? Y yo creo que esto satisface mucho a nivel del profesional" (ADIA-EG-P8)</p> <p>"Poder aprender de otros profesionales, de esta horizontalidad. Bueno, la verdad, yo llevo muchos años como [CARGO], pero nunca había hecho visitas conjuntas con trabajo social y con psicología y estoy aprendiendo mucho, ¿no? De otras disciplinas. Y esto me está dando muchos más recursos, ¿no? Pues, para los pacientes. En psiquiatría sí que es más habitual trabajar conjuntamente, pero tampoco tantas visitas, ¿no? La forma de participar en el hospital, la presencia de trabajo social, pues es otra mirada. Y eso sí que es muy enriquecedor" (ADIA-EG-P2)</p>

CATEGORÍA	CÓDIGO	DEFINICIÓN	VERBATIM USUARIOS/FAMILIARES	VERBATIM PROFESIONALES
Rol ADI	Rol ADI	<i>Previo a su experiencia en ADI, manejar una crisis en un ambiente diferente a la hospitalización convencional generaba incertidumbre entre los profesionales, así como el hecho de trabajar con un equipo que no conocían previamente. Posterior a ello, se identifica el rol que cumple ADI 7x24 dentro de los recursos de salud mental disponibles, siendo una alternativa real para las personas que presentan una crisis, evitando el ingreso hospitalario o acortándolo.</i>	<i>"Positivo. Sí. Que lo veías como un rayito de luz, ¿no? El estar... porque, claro, entre ir a urgencias y estar ingresado, un punto intermedio " (ADIA-EI-U3)</i>	<i>"Sí, muchas veces aceptan reingresar, pero con el ADI. "No me llesves al hospital", ¿sabes? Entonces, sí, a ellos les gusta más el ADI. Si en casa están bien o no hay un problema de convivencia o que sea una familia disfuncional, por lo general están mejor en casa" (ADIB-EI-P4)</i>
Satisfacción	Mejor experiencia	<u>Usuarios y familiares manifiestan una buena experiencia en ADI 7x24. Se valora especialmente en términos de tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía del equipo.</u>	<i>"Y he visto que las visitas y el tratamiento en casa ha sido fabuloso, porque no es lo mismo estar en cuatro paredes encerrado, que en su casa donde lo tiene todo. Y ha sido fabuloso. Ha sido estupendo. Porque nosotros ya tenemos la experiencia de varios ingresos, y claro, esta vez ha sido... Y yo creo que ha sido la más difícil de todas las veces, porque para estabilizarlo ha sido mucho tiempo, pero el resultado ha sido estupendo, ha sido maravilloso" (ADIB-EG-F5)</i>	

Los códigos en verde indican que la consecuencia es positiva. Los códigos en azul indican que la consecuencia es negativa. El texto subrayado indica que sólo ha aparecido en el discurso de usuarios y familiares/cuidadores. El texto en cursiva indica que sólo ha aparecido en el discurso de profesionales. El texto sin resalte tipográfico indica que ha aparecido tanto en el discurso de usuarios y familiares/cuidadores como en el de profesionales.



SJD Parc Sanitari
Sant Joan de Déu



ciberesp isciiii