

ATENCIÓN EN SALUD DOMICILIARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES Y/O CUIDADORES A LA LUZ DE LA LITERATURA 2010 AL 2020

HOME HEALTH CARE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AND / OR CAREGIVERS IN THE LIGHT OF LITERATURE 2010 TO 2020

Naila Ahumada Pineda¹, Inés Levette Bonilla².

RESUMEN

La atención en salud domiciliaria debe ser brindada con la finalidad de proporcionar interés, acompañamiento y protección al bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual a los pacientes y/o cuidadores desde la comodidad de su residencia, afectando esto la calidad de vida en salud dependiendo de la patología y del punto de vista valorado (paciente, cuidador y/o familiar). **Objetivo:** evaluar la relación entre atención en salud domiciliaria y calidad de vida en pacientes y/o cuidadores a la luz de la literatura publicada en periodo comprendido 2010-2020. **Materiales y métodos:** se realizó una revisión de literatura (PRISMA) en las bases de datos PROQUEST, SCIENCE DIRECT, SCIELO, SCOPUS y LILACS con la combinación de los siguientes términos MeSH de búsqueda: Quality of life AND Home health care, Quality of life AND Home care, Home health care AND quality of life of patient. Con términos DeCS: Calidad de vida y atención médica domiciliaria, Calidad de vida y atención domiciliaria, Atención médica domiciliaria, Calidad de vida del paciente. Posterior a definir los criterios de selección de los artículos se obtuvo 36 artículos para su análisis. **Resultados:** el 30% de los artículos revisados se basaron en la intervención por enfermería (25% visión del cuidador y 75% del paciente), 30% intervención multidisciplinar (100% visión del paciente); el 20% intervención médica (50% concepto del paciente y 50% del cuidador y/o familiar); 10% revisó el entrenamiento neuromuscular en adultos y el 10% evaluó la farmacoterapia, estas 2 últimas categorías desde la percepción del paciente. **Conclusión:** la atención domiciliaria mejora la percepción de la atención recibida, disminuye la utilización

¹Médica, estudiante de especialidad en Gerencia en Instituciones de Salud.

²Médica, estudiante de especialidad en Gerencia en Instituciones de Salud.

de los servicios sanitarios y mejora algunas esferas de la calidad de vida, este modelo de atención brinda estrategia para la mejoría de los vínculos a nivel familiar y contribuyen a la salud mental de pacientes, sus cuidadores y el equipo de profesionales.

Palabras clave: Atención domiciliaria, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud.

ABSTRACT

Home health care must be provided in order to provide interest, support and protection of physical, psychological, emotional and spiritual well-being to patients and / or caregivers from the comfort of their residence, affecting the quality of life in health depending on of the pathology and the valued point of view (patient, caregiver and / or family member). Objective: to evaluate the relationship between home health care and quality of life in patients and / or caregivers in light of the literature published in the period 2010-2020. Materials and methods: a literature review (PRISMA) was carried out in the databases PROQUEST, SCIENCE DIRECT, SCIELO, SCOPUS and LILACS with the combination of the following MeSH search terms: Quality of life AND Home health care, Quality of life AND Home care, Home health care AND quality of life of patient. With DeCS terms: Quality of Life AND Home Health Care, Quality of Life AND Home Care, Home Health Care, Patient Quality of Life. After defining the selection criteria for the articles, 36 articles were obtained for analysis. Results: 30% of the articles reviewed were based on nursing intervention (25% caregiver vision and 75% patient vision), 30% multidisciplinary intervention (100% patient vision); 20% medical intervention (50% concept of the patient and 50% of the caregiver and / or family member); 10% reviewed neuromuscular training in adults and 10% evaluated pharmacotherapy, these last 2 categories from the patient's perception. Conclusion: home care improves the perception of the care received, decreases the use of health services and improves some areas of quality of life, this care model provides a strategy for improving ties at the family level and contributes to health mental health of patients, their caregivers and the team of professionals.

Key words: Home care, quality of life, health-related quality of life.

Introducción

La atención domiciliaria se define según la OMS citado por Suárez Cuba, (2012) como “aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales” (p.5), es decir, se considera como un servicio con el fin de proporcionar el respectivo interés y protección al bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de la población desde su residencia; este término ha evolucionado, es así como en su inicio se remonta al año 1947 (Nueva York) bajo el nombre de hospitalización domiciliaria (HD), la cual buscaba disminuir los índices de aglomeración en las salas de atención, además de brindar y apoyar a los pacientes de forma más humanizada (Fernandez et al., 2011); además surge con el objetivo de mejorar la calidad de vida del enfermo, disminuir la tasa de la aparición de las infecciones nosocomiales, racionalizar los recursos y lograr una mejor redistribución (Trillo, 2011).

Múltiples estudios se han realizado al respecto, es el caso de un ensayo aleatorio (Estados Unidos) en adultos ingresados a través del departamento de emergencias con cualquier infección o exacerbación de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma, el costo promedio de cuidados intensivos para los pacientes en el grupo de atención domiciliaria fue 52% menor que para el grupo de atención hospitalaria; los pacientes tratados en el hogar recibieron menos interconsultas (0% frente a 27%) y menos reingresos (11% vs. 36%); (Levine et al., 2020); por lo que concierne a este tipo de atención, se demostró que se reducen los costos de atención, siendo esto un beneficio para el sistema de salud, y de manera adicional para el paciente se mantuvo o mejoro la calidad de la atención, la seguridad y la experiencia del paciente siendo directamente afectada la calidad de vida en salud.

Asimismo, investigaciones realizadas en 55 hospitales de 14 países revelo que “un promedio de 8,7 % de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales, en un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren estas complicaciones, revelando los elevados costos económicos para el sistema de salud (Organización Mundial de la Salud), citado por Restrepo et al., 2009); por otro lado, en la ciudad de México se evaluó el impacto de un programa de atención domiciliaria, a partir del egreso hospitalario en dos hospitales, la medición inicial se realizó entre 2006 y 2007, en este se evidenció una proporción significativamente más alta en los reingresos de los ancianos que no se

encontraban en el programa de atención domiciliaria, en especial al servicio de urgencias con 50% de reingresos para el grupo de estudio contra 70% para el grupo de comparación (Espinel et al., 2011).

Por otro parte, en Colombia, en el estudio realizado en la ciudad de Medellín en el periodo comprendido enero al diciembre 2007, con el fin de valorar el costo del servicio de hospitalización domiciliaria en comparación a la hospitalización institucional; se logró identificar que el costo de la hospitalización domiciliaria es el 18 % del total del costo de la hospitalización institucional, mediante la evaluación de condiciones inherentes a los riesgos como padecer infecciones nosocomiales debido a que estas, representan un impacto muy grande, aumentan la carga de morbi/mortalidad, agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, ocasionan trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida (Restrepo et al., 2009).

Múltiples investigaciones logran constatar la pertinencia de implementar los servicios de atención domiciliaria para evitar sobrecostos e infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) para la población; por lo cual en los últimos años se ha despertado el interés por esta modalidad de atención en salud, forzados por motivos económicos, por el aumento de las enfermedades crónicas, por el aumento de la esperanza de vida y tal vez lo más importante, la necesidad de brindar servicios en salud con humanización, con el fin de mantener y/o mejorar la calidad de vida en estos pacientes y/o cuidadores susceptibles a este servicio, es por esto que, según la OMS citado por Botero de Mejía & Pico Merchán, (2007) define la “calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (p.11).

Aunado a lo antes descrito, conviene subrayar que es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros, este término ha sido acuñado dentro del contexto médico, se ha definido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están

influenciadas por la percepción subjetiva considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2007).

La atención domiciliaria surge como necesidad de reducir las estancias hospitalarias prolongadas, hospitalizaciones no pertinentes, enfermedades nosocomiales, reducir costos a y así brindar un ambiente cálido, oportuno y eficaz dando continuidad a tratamientos intrahospitalarios en el domicilio del paciente, generado una recuperación, en un ambiente agradable, de manera rápida y efectiva que repercuten de manera positiva en su calidad de vida; por lo cual, utilizando la metodología PICO (Mamédio et al.,2007) (Participantes del interés, Intervención, Control y Resultado Primario de Interés) se realiza la formulación de la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y atención en salud domiciliaria?

Materiales y métodos.

Estrategia de Búsqueda. Estudio de revisión sistemática de literatura (Beltrán 2005), para identificar publicaciones sobre la calidad de vida en la atención domiciliaria de las diferentes áreas de salud, en la población general. A partir del cuestionamiento se realizó una búsqueda de datos en bases de datos PROQUEST, SCIENCE DIRECT, SCIELO, SCOPUS y LILACS con la combinación de los siguientes términos MeSH de búsqueda: Quality of life AND Home health care, Quality of life AND Home care, Home health care AND quality of life of patient. Con términos DeCS: Calidad de vida, atención médica domiciliaria, Calidad de vida, atención domiciliaria, Atención médica domiciliaria, calidad de vida del paciente (Tabla 1). La búsqueda se limitó a publicaciones realizadas entre el periodo de 2010 a 2020, incluyendo: artículos científicos y artículos de revisión del área de la salud, en los que se describiera la relación entre calidad de vida del paciente y la atención domiciliaria en la población.

La búsqueda se realizó tomando en cuenta los documentos que fueron publicados en español, inglés y/o portugués. Los artículos originales fueron cribados manualmente por dos revisoras independientes (NZAP), (IMLB), y si el texto completo de un artículo no estaba disponible en línea para realizar el cribado se procedió a contactar los autores de los artículos por correo electrónico (e-mail) solicitando una copia de su trabajo. Se efectuó la solicitud a 1 autor a través de Reseachgate el cual envió una copia de su trabajo.

Tabla 1. Registro de revisión de datos.

Nombre de la base de datos	PROQUEST	SCIENCE DIRECT	SCOPUS	SCIELO	LILACS
	Años consultados 2010 – 2020				
Términos de búsqueda	Término MeSH Quality of life AND Home health care; Quality of life AND Home Care; Home health care AND quality of life of patient. Término DeCS Calidad de vida y atención médica domiciliaria; Calidad de vida y atención domiciliaria; Atención médica domiciliaria, Calidad de vida del paciente.				
Textos disponibles	733.578	245.818	23.108	383	1.213
Texto completo	733.326	450	8.168	383	1.188
Seleccionados	15	8	2	9	2

Fuente. Elaboración propia

Selección de estudios

Los estudios relacionados con calidad de vida en atención domiciliaria en la población general, se incluyeron si cumplían las siguientes condiciones: 1) estudios que relacionaran calidad de vida y atención domiciliaria de las diferentes áreas de la salud; 2) tipo de publicación: especializada en ciencias médicas, enfermería, psicología, fisioterapia y aplicaciones científicas; 3) población estudio: población general susceptible a atención domiciliaria; 4) área geográfica: mundial; 5) artículos de revistas indexadas de las bases seleccionadas inicialmente; 6) artículos publicados donde se evaluará la calidad de vida en el paciente y/o cuidador al recibir atención domiciliaria; 7) estudios experimentales o cuasiexperimentales. El interés del presente estudio de investigación fue revisar la literatura disponible acerca de la evaluación de calidad de vida en la atención domiciliaria, en la población general que es susceptible al manejo en domicilio.

Extracción de datos

Se extrajeron los siguientes datos de cada uno de los artículos: año y país de publicación, institución y autor principal, idioma de publicación, nombre y tipo de revista, factor de impacto, indicadores de desempeño, metodología, diseño, tipo de estudio, instrumentos utilizados, muestra, análisis estadístico. Los datos fueron registrados en dos bases de datos por dos revisoras (NZAP) e (IMLB) de forma independiente, con el apoyo de (AEDG) experto en la materia quien guio y ayudó a la construcción de la investigación.

Resultados.

Al realizar la búsqueda de los artículos de estudio, con las palabras clave mencionadas, en las bases de datos seleccionadas: Proquest, Science Direct, Scielo, Scopus, Lilacs, al aplicar los filtros de idioma, año de publicación y tipo de documento, se obtuvo un total de 1'004.100 estudios, de estos, 743.515 estudios se encontraban en texto completo para ser evaluados, con un total de 36 estudios que cumplieron con los criterios especificados en la sección de metodología, de los cuales solo 1 de estos no se encontró disponible en texto completo, por lo que se hizo necesaria la búsqueda por Reseachgate, conservándose una muestra de 36 artículos, tras ser evaluados en texto completo; de estos, 12 artículos cumplían con el tipo de estudio cuasiexperimental, 2 documentos no se incluyeron, puesto que uno describe la propuesta de investigación y otro aplicaba el estudio en el equipo de salud tratante, de los 10 artículos seleccionados, 8 evaluaban calidad de vida en el paciente y 2 en el cuidador.

Diagrama 1.

En los estudios que fueron seleccionados acorde a los criterios de inclusión, la versión de los instrumentos utilizados según se expresa en su metodología fueron: Cuestionario SF-36 - Calidad de vida relacionada con la salud- (Blasco-Lafarga et al., 2019) (Mihanović et al., 2015); Nursing Outcomes Classification (NOC) (Bernal et al., 2018); Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) (Han et al., 2013); CVRS (Calidad de Vida Relacionada con Salud) (Chavez et al., 2018); Escala de Calidad de Vida Enfermedad de Alzheimer (QoL-AD) (Miguel et al., 2016); Cuestionario de Calidad de Vida de Nottingham (Orueta Sánchez et al., 2012); Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las Personas con Diagnóstico de Cáncer Avanzado - EORTC QLQ - C30 (Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado, 2019); Escala de Calidad de Vida Postnatal Específica (SPQOL)

(Ghodsbin et al., 2012); Calidad de Vida Relacionada con la Salud (hrQOL) (Anterasian et al., 2019)

Análisis de datos

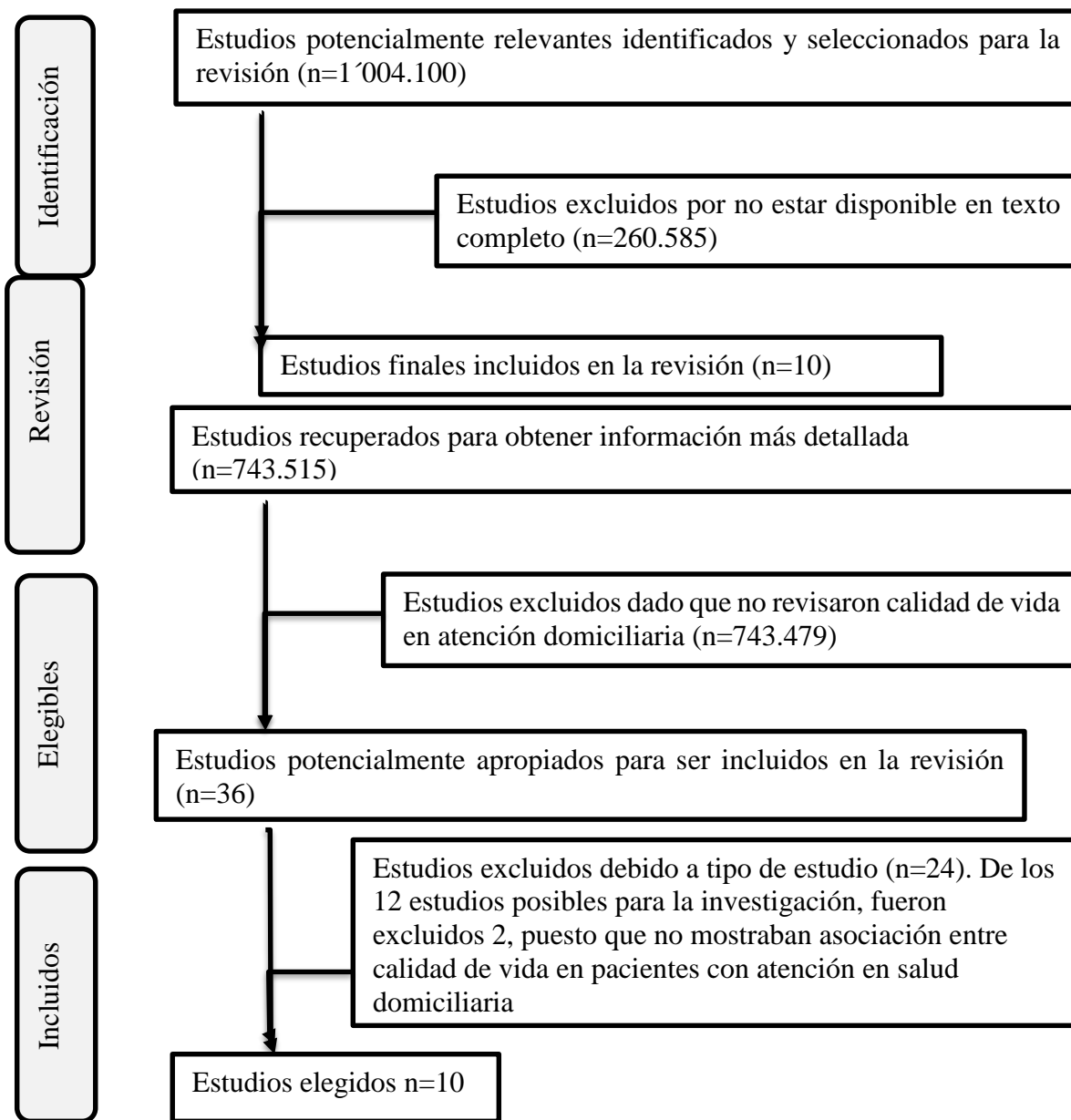
En la fase de análisis de datos se realizó: 1) análisis bibliográfico con el objetivo de revisar una perspectiva global y un conteo según el lugar de publicación, idioma y tipo de revista, 2) indagar por la evaluación de calidad de vida en atención domiciliaria en la población general, 3) relacionar la evaluación de la calidad de vida en atención domiciliaria por las diferentes áreas de salud en la población susceptible a esta modalidad de atención. Los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión son cuantitativos y en su mayoría cuasiexperimentales (n=12; 4,32%), descriptivos (n=11; 3,96) (cualitativos y cuantitativos), observacionales (n=10; 3,6%), cohorte (n=2; 0,72%), revisión (n=1; 0,36%). Debido a la variedad y diseño de estudios encontrados en la búsqueda no fue posible llevar a cabo una revisión sistemática o meta-análisis para proporcionar un porcentaje global, de la evaluación de calidad de vida en atención domiciliaria por las diferentes áreas de salud en la población general; sin embargo, es de aclarar que para el análisis principal y según el alcance y objetivo general de la revisión solo se tuvieron en cuenta los estudios cuasiexperimentales.

Análisis bibliométrico

Se agruparon los resultados en cinco características de acuerdo a representatividad de intervención: 1) entrenamiento neuromotor (n=1); 2) acompañamiento por enfermería (n=3); 3) atención médica (n=2); 4) atención multidisciplinaria (n=3) y 5) farmacoterapia (n=1). Los artículos encontrados correspondientes a los años 2019 (n=3) representan el 8,33%, los años 2012 y 2018 (n=2) el 5,6% y el 2,78% corresponden a los años 2013, 2015 y 2016 (n=1) (Tabla 2). El rango de autores por publicación es de dos a siete, con un promedio de 4.7 autores por publicación. Según el lugar de publicación se identificaron (4) autores en Europa, (3) en Norteamérica, (2) en Suramérica y en menor número (1) en Asia, quienes estaban adscritos a 10 instituciones y universidades lo que refleja el trabajo interinstitucional (Tabla 2). Todos los artículos cuentan con coautoría. En lo relacionado al idioma de publicación, la mayor parte de los artículos están publicados en idioma inglés (n=7, 7%) no en idioma oficial del

respectivo país (Croacia 1, Chile 1, e Irán 1) y en español (n=3, 3%), idioma oficial (España 2 y Colombia 1) (ver Figura 1) no se encontraron estudios en portugués como primer idioma.

Diagrama 1. Diagrama de flujo de estudio - proceso de selección de estudios.



Fuente: propia.

Factor de impacto.

La publicación de los artículos por tipo de revista es diversa. En enfermería se identificaron tres publicaciones, dos en medicina asociada a otras especialidades en salud, una en psicología, una en pediatría, una en geriatría, una en medicina familiar y una en inmunología. Según la clasificación del Factor de Impacto Scimago Journal & Country Rank, se identificó una revista en Q1 (Academic Pediatrics), dos en Q2 (Neuropsychiatric Disease and Treatment, Journal of Clinical Immunology), cuatro en Q3 (Cuadernos de Psicología del Deporte, Asian Nursing Research, European Geriatric Medicine, Aquichan), una en A2 (Investigación y educación en enfermería) y una en C (Revista Cuidarte). Según Scimago y Publindex la revista Revista Clínica de Medicina de Familia no cuenta con factor de impacto.

Indicadores de desempeño. Se identificó que el trabajo de Han et al. (2013) tiene 27 citas identificadas en ISSI, seguido por Mihanović et al. (2015) y Miguel et al. (2016) con 14 citas; Miguel et al. (2016) con 11 citas; Hernández et al. (2018) con 9 citas; Ghodsbin et al. (2012) con 4 citas; Blasco-Lafarga et al. (2019) con dos citas; así como Chavez et al. (2018) con una cita. El resto de autores no son reconocidos en la base de ISSI.

Método y temas centrales de los estudios incluidos en la revisión. Los 10 estudios incluidos en la revisión variaron en términos de temas abordados, mientras el método y técnicas utilizadas se mantuvieron constantes y todos usaron una metodología cuantitativa. Las técnicas utilizadas en los estudios cuantitativos, diseño, muestra, población y análisis de resultados se describen en la Tabla 2. (Ver anexo)

Análisis de Resultados.

En los 10 artículos seleccionados para la revisión literaria, se identifica la aplicación de diferentes escalas para evaluar la calidad de vida, esto según lo que se desee evaluar (paciente, cuidador) o la enfermedad del paciente; para efectos prácticos de esta se analizaron categorías como: entrenamiento neuromotor, acompañamiento por enfermería, atención médica, atención multidisciplinaria y farmacoterapia

En lo referente a entrenamiento neuromotor, los estudios encontrados corresponde al 10%, donde Blasco-Lafarga et al. (2019) quienes emplearon el Tinetti test (estudio de equilibrio y marcha), el 30-seconds Chair Stand Test (estudio de fuerza), Timed Up-And-Go Test: TUG (estudio de agilidad) y el SF-36 (cuestionario de salud), reportándose mejoría en los ancianos

ingresados a la unidad de hospitalización domiciliaria en España, excepto en lo correspondiente a calidad de vida relacionada con la salud.

Respecto a la atención domiciliaria por enfermería, corresponden al 30% de los estudios analizados, el 33,3% utilizó el Nursing Outcomes Classification (NOC) por Hernández et al. (2018) aplicado en los cuidadores de pacientes con enfermedad crónica en Colombia; el 33% utilizó la Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) y la Escala Global de Severidad y Disfuncionalidad de la Ansiedad (OASIS) evaluando las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades de la vida diaria instrumentales (IADL) por Han et al. (2013) en pacientes crónicos de Estados Unidos; y el restante 33,3% utilizó la Escala de calidad de vida postnatal específica (SPQOL) por Ghodbin et al. (2012) en primigestantes de Irán.

En lo concerniente a la atención médica domiciliaria, se identificaron un 20% de los artículos seleccionados, de estos el 50% aplicó la HRQOL (escala de calidad de vida relacionada con salud) por Chavez et al. (2018) en los padres y/o cuidadores de pacientes adolescentes con enfermedades crónicas Estados Unidos, y el 50% la EORTC QLQ - C30 (escala de calidad de vida relacionada con la salud de las personas con diagnóstico de cáncer avanzado) por Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado (2019) en pacientes de Chile.

Para la atención multidisciplinaria domiciliaria correspondió al 30% de los artículos seleccionados, el 33,3% aplicó el SF-36 (cuestionario de salud) por Mihanović et al. (2015) en los pacientes con Esquizofrenia tratados en hogares de acogida vs los pacientes con tratamiento ambulatorio al alta hospitalaria en Croacia; un 33,3% aplicó el cuestionario de Calidad de Nottingham por Orueta Sánchez et al. (2012) en pacientes mayores de 65 años dependientes en España; y el restante 33,3% utilizó la QoL-AD (Escala de calidad de vida - enfermedad de Alzheimer) por Miguel et al. (2016) en pacientes con demencia en instituciones a largo plazo vs atención en casa y a sus cuidadores en ocho países europeos (Inglaterra, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, los Países Bajos, España y Suecia).

En el 10% restante se evaluó la farmacoterapia domiciliaria, en este estudio se utilizó la escala HRQOL (Calidad de vida relacionada con la salud) por AnterAsian et al. (2019) en pacientes

con enfermedad de inmunodeficiencia primaria (PIDD) y deficiencia de anticuerpos, que requerían terapia de reemplazo de inmunoglobulina subcutánea (SCIG) o intravenosa (IVIG) en domicilio en Estados Unidos.

En los resultados obtenidos al aplicar cada uno de los instrumentos mencionados, se evidencio que, sin importar el tipo de intervención recibida, se afectó de manera positiva la calidad de vida del paciente o del familiar y/o cuidador por contar con el beneficio de atención domiciliaria, en comparación a cuando no se contaba con este beneficio o a la población que no tiene acceso a este servicio, siendo la excepción la intervención en entrenamiento neuromuscular, y esto será objeto de discusión en el siguiente apartado.

Discusión.

Dados los hallazgos y los criterios de inclusión de la presente revisión se hizo necesario realizar una discusión teniendo en cuenta lo evidenciado en estudios de diseño cuasiexperimentales además de los estudios descriptivos (cualitativos n=3 y cuantitativos n=3).

En relación al entrenamiento neuromuscular Blasco-Lafarga et al., (2019) mencionan que posterior a una intervención en adultos pluripatológicos mayores de 80 años, con indicación de hospitalización domiciliaria, se encontró mejoría en la fuerza de tren inferior, el equilibrio, marcha y agilidad ($p < 0,05$); no obstante, no sufrió ningún impacto la calidad de vida de estos pacientes esto puede deberse al tamaño de la muestra (11 adultos mayores) y al tiempo de observación (4 semanas); sin embargo, aunque no se evidenciaron estudios similares, Martinez et al., (2018) aduce que los adultos mayores institucionalizados, se benefician de recibir entrenamiento neuromuscular en su tratamiento, ya que esto representa una disminución en el riesgo de caída y mejora las capacidades físico-cognitivas ($p < 0,05$); es de aclarar que en este estudio no se tiene en cuenta la atención domiciliaria.

En lo referente a la atención domiciliaria en intervención por enfermería, Hernández et al., (2018) evidenciaron como el acompañamiento de estos profesionales a los cuidadores de adultos mayores (estrategias de cuidado físico y emocional) aplicado a ellos mismos y a sus pacientes, disminuyen la ansiedad y el miedo ($p < 0.001$), es de tener en cuenta que aunque no se evidencian estudios similares, Ghodsbin et al., (2012) quienes evaluaron la percepción de

la calidad de vida (SPQOL) en pacientes primigestantes luego de recibir acompañamiento en las primeras seis semanas posparto, evidenciaron una diferencia significativa entre la media obtenida para cada una de las dimensiones (sentimientos de la madre sobre sí misma, su hijo, su esposo, actividades sexuales y estado de salud psíquica) entre el grupo de intervención y de control ($p < 0.001$).

Así mismo, Han et al., (2013) evaluaron pacientes cuando iniciaron la atención domiciliaria y al final (alta o a los 60 días), evidenciándose como la calidad de vida general, la salud general y tres de los cuatro dominios de calidad de vida (físico, psicológico y ambiental) mejoraron significativamente ($p < 0.001$); por otro lado, Nogueira et al., (2017) encontraron que la creación de vínculos durante las atenciones y los cambios en sus hábitos de vida les ayudaron a mejorar su bienestar, autonomía y estado general de salud, puesto que se establecen lazos de confianza entre los trabajadores de la salud, los usuarios, las familias y la comunidad; es de esclarecer que los estudios aunque contemplan la intervención de enfermería son disímiles en diseño, tipo de estudio, intervención y escalas de medición.

En lo relacionado a la atención médica domiciliaria, según lo observado por Chávez et al., (2018), en los padres y/o cuidadores de pacientes adolescentes (15-18 años) con enfermedades crónicas, se presenta mejoría en la calidad de vida en general ($p < 0.001$), por la sola razón de contar con atención médica domiciliaria, similar a lo descrito por Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado (2019) desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, donde observaron el impacto en la calidad de vida relacionada con la salud al recibir atención médica domiciliaria, en la escala de salud global, disminución sintomática (fatiga, disnea, anorexia, estreñimiento), realización de actividades diarias, función física y social ($p < 0.001$); es de aclarar que aunque las patologías sean diferentes se evidenció mejoría en la calidad de vida de manera global; por otro lado António et al., (2014) indica en los resultados que el apoyo emocional en toda la red está relacionada con la mejor calidad de vida, efectivamente tener relaciones más estrechas e intimidad afectiva con familiares y amigos, tener como confidentes a los pacientes al cuidado, influye positivamente en la percepción tiene calidad de vida social, comparando con lo referido por Al-Surimi et al. (2019) reportan que la calidad de vida en la atención domiciliaria pacientes en Arabia Saudita, donde se evaluarán los cuatro principales dominios de la calidad de vida (físico, psicológico, social y

ambiental), el estudio mostró que los pacientes con atención domiciliaria están más satisfechos con su calidad de relaciones sociales y medioambientales, menos satisfecho con la calidad de su salud física y aspectos psicológicos de la vida, es de resaltar que el diseño de estos dos últimos estudios son descriptivos (cualitativos y cuantitativos).

En lo concerniente a la atención domiciliaria multidisciplinar, Orueta Sánchez et al., (2012) observaron el beneficio en pacientes adultos mayores, reportándose impacto en el estado emocional, relaciones sociales, satisfacción con la atención por medicina y enfermería ($p < 0.001$) y disminución de consultas al año ($\bar{X}_1 = 14.2$ a $\bar{X}_2 = 9$) y la hiperconsultabilidad del 34% al 9%; de igual manera, Mihanović et al., (2015) evidenciaron cómo los pacientes con Esquizofrenia residentes en hogares de acogida respecto a los que recibieron manejo ambulatorio, los primeros presentaron mejoría en las dimensiones de funcionamiento físico, salud mental y salud general, así como menores limitaciones relacionadas con dificultades emocionales ($p < 0.001$), similar a lo descrito por Miguel et al., (2016) quienes aplicaron la "Escala de calidad de vida -Enfermedad de Alzheimer-" (QoL-AD) en pacientes residentes de instituciones a largo plazo, observando cambios significativos en lo referente a estado cognitivo, estado funcional, mejor calidad de datos registrados en el cuestionario, disminución de ingresos hospitalarios (respecto al año anterior), menor uso de drogas psicotrópicas ($p < 0.001$), respecto a pacientes con atención en casa, mejorando la calidad de vida.

Asociado a lo anterior, Lara et al., (2017), reportan como la atención integral y humanizada, contribuye en la satisfacción de las necesidades del usuario, influyendo en la recuperación de la salud, bienestar psicológico y emocional, con esto se afecta positivamente la calidad de vida tanto del paciente como de la familia; asimismo, Nietzsche et al., (2013) identificaron como a través de la preparación y orientación por equipos multidisciplinarios mejoro la percepción de los familiares cuidadores de pacientes terminales en la aceptación del proceso de fin de vida, los cuidados que se pueden brindar al paciente en esta etapa de la vida, contribuyendo de esta manera en la calidad de vida de los pacientes y las familias. Es de aclarar que aunque los estudios revisan la atención multidisciplinaria difieren en diseño, tipo de estudio, intervención y escalas de medición.

Respecto a farmacoterapia, Anterasian et al., (2019) observaron pacientes con enfermedad de inmunodeficiencia primaria (PIDD) y deficiencia de anticuerpos, con indicación de manejo

con inmunoglobulina intravenosa o subcutánea en domicilio, los que recibieron manejo por vía intravenosa presentaron mejoría respecto a la fatiga energética ($p < 0.001$), a nivel general y siendo más evidente en los pacientes entre 36 a 60 años; sin embargo el número de los que recibieron la inmunoglobulina por vía subcutánea fue mayor a nivel global y por grupos etarios, adicional a esto presentaron mejoría en la limitación de roles debido a la salud física ($p < 0.001$), cabe mencionar que Nogueira et al., (2017) y Lara et al., (2017) observaron como el acompañamiento en domicilio mejoro en los pacientes la adherencia farmacológica por medio del uso correcto y la administración en el momento adecuado, afectando su calidad de vida por la restauración del estado de salud, este efecto en algunos se acompañó del interés de adquirir nuevos conocimientos o el fortalecimiento de su autonomía. Es de aclarar que los estudios mencionados difieren en el tipo de estudio, muestra, escalas de medición e intervención.

Conclusiones.

De la presente revisión se puede concluir que la atención domiciliaria mejora la percepción de la atención recibida, disminuye la utilización de los servicios hospitalarios debido a la disminución en el número de consultas por año, los reingreso, las hospitalizaciones prolongadas, entre otros, así como mejora de algunas esferas que afectan la calidad de vida, el domicilio al ser el entorno habitual del paciente, puede convertirse en el entorno ideal para su cuidado, siempre y cuando sus problemas de salud no precisen de cuidados complejos y exista un soporte familiar adecuado para su realización, también se logra identificar que el acompañamiento en domicilio por profesionales de la salud, para entrenamiento neuromuscular, administración y/o capacitación en el manejo de medicamentos, escucha activa, procesos de educación tanto en pacientes como en cuidadores, contribuye de manera efectiva y en diferente escala, según la patología, el compromiso física y cognitivo, el proceso de aceptación de los participantes (paciente, cuidadores), generándose así mismo un impacto positivo en el bienestar psicológico, social y emocional de esta población disminuyen la ansiedad y la presencia y/o intensidad del miedo contribuyen a su salud mental, y finalmente tenemos que este modelo de atención brinda estrategias para la mejoría de vínculos a nivel del núcleo familiar y/o de apoyo del paciente, así como genera confianza en el equipo de salud tratante.

Limitaciones.

Las principales limitaciones de la presente investigación están relacionadas con la limitada cantidad de publicaciones que estudian la relación entre la atención domiciliaria y la calidad de vida de los pacientes y/o cuidadores, especialmente en el idioma español, adicionalmente no se encontró que se utilizara el mismo instrumento para evaluar la calidad de vida, debido a que la aplicación del mismo depende directamente de la patología del paciente o el sujeto objeto de estudio (paciente, cuidador), dado lugar a que se presenten múltiples instrumentos con versiones largas, cortas o modificadas.

Conflicto de interés.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos.

Esta investigación fue apoyada por Posgrados Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina.

ANEXO

Tabla 2. Metodología utilizada en estudios seleccionados, 2010-2020.

AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	INSTRUMENTO	POBLACION FUENTE Y PAIS	MUESTRA (# de pacientes)	MUESTREO	ANALISIS ESTADISTICO
Blasco-Lafarga et al. (2019)	Cuasiexperimental	(Chair Stand Test: 30s-CST), (Tinetti Test), (Timed Up-And-Go Test: TUG) y (cuestionario SF-36-v2)	Pacientes ingresados en UHD (Unidad de Hospitalización Domiciliaria). España.	11	C	Prueba de Wilcoxon para comparar medias en muestras relacionadas. ChiCuadrado
Bernal et al. (2018)	Cuasiexperimental	Nursing Outcomes Classification (NOC)	Cuidadores de pacientes con persona con enfermedad crónica requiere intervencion domiciliaria, 2 grupos sin intervencion y con intervencion. Colombia.	72	C	Los datos fueron analizados en SPSS para Windows® Versión 20.0. Las pruebas de hipótesis se realizaron mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon con el fin de calcular la diferencia estadística entre el grupo de comparación y el grupo de intervención y U de Mann -Whitney para identificar diferencias entre las dos poblaciones basada en el análisis de dos muestras independientes que no obedecen al azar; se utilizó un valor de significancia de $p \leq 0,005$ con un intervalo de confianza del 95%. De acuerdo con la escala de medición nominal se calcularon proporciones.
Mihanović et al. (2015)	Cuasiexperimental	SF-36 cuestionario de autoevaluación del estado de salud	Pacientes con esquizofrenia dados de alta del hospital. Croacia.	94	C	El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences, versión 11. Para comparar los grupos en las dimensiones individuales de la calidad de vida para el primer, segundo y tercer punto de prueba, una prueba t y un análisis de Se utilizaron variaciones. Para determinar si hubo una diferencia significativa entre los grupos en ciertas dimensiones de la calidad de vida dependiendo del período de prueba, es decir, si hubo una interacción entre los tipos de tratamiento incluidos (cuidado de hogar de acogida y tratamiento

						ambulatorio) y el tiempo puntos, se utilizó un análisis factorial de varianza (diseño factorial 2×3).
Han et al. (2013)	Cuasiexperimental	Escala de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF)	Pacientes de atención médica domiciliaria, que comenzaron a recibir servicios de atención médica domiciliaria de una agencia de atención médica domiciliaria. Estados Unidos.	110	MAS	Los datos fueron analizados por SPSS versión 17.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). Se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir todos los datos. La prueba t pareada se utilizó para comparar los datos entre el ingreso y al alta o 60 días. La prueba de McNemar se utilizó para comparar el porcentaje de participantes que informaron una buena calidad de vida y una mala calidad de vida entre el inicio de la atención y el alta o 60 días. La prueba de chi-cuadrado se utilizó para comparar las diferencias de proporción entre mejoría, disminución y sin cambios en ADL e IADL entre los dos puntos de tiempo. Se utilizó la regresión lineal múltiple para identificar los factores que afectaron las diferencias en la calidad de vida.
Chavez et al. (2018)	Cuasiexperimental	CVRS (calidad de vida relacionada con salud)	Padres o cuidadores de adolescentes entre 15-18 años. Estado Unidos.	488	MAS	Se utilizaron estadísticas descriptivas para describir la muestra del estudio, y se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para comparar las características del estado del hogar médico. Se ajustaron modelos de regresión lineal multivariable por separado para examinar las asociaciones entre la CVRS en general, así como para cada dominio de CVRS (funcionamiento físico, emocional, social y cognitivo), y si los adolescentes recibieron atención consistente con un hogar médico, ajustando las características que habían conocido asociaciones tanto con la calidad de la atención médica como con la CVRS y podrían actuar como posibles factores de confusión, incluidas las características demográficas, HL y la limitación de los adolescentes. Los márgenes predictivos posteriores a la estimación se usaron para estimar la CVRS global ajustada y las puntuaciones de dominio para aquellos que recibieron o no recibieron atención consistente con un hogar médico, o aquellos que cumplieron o no con los 5 componentes específicos del hogar médico. Las interacciones entre el estado y la limitación del hogar médico, así como el estado del hogar médico y el LH, también se probaron individualmente en modelos ajustados para determinar si la asociación entre la CVRS general y el estado del hogar médico dependía de estos factores. Las pruebas de Wald posteriores a la estimación se utilizaron para

						determinar si las interacciones fueron significativas. Los análisis fueron realizados por Stata 14.0.
Miguel et al. (2016)	Cuasiexperimental	Escala de calidad de vida-enfermedad de Alzheimer (QoL-AD)	Personas con demencia y sus cuidadores informales en ocho países europeos (Inglaterra, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, los Países Bajos, España y Suecia)	287	MAS	Para escalas continuas, en general, un máximo del 10% de elementos faltantes se reemplazó por la puntuación media de los elementos restantes del encuestado. Para la calidad de vida, se reemplazó un máximo de 2 elementos faltantes utilizando el mismo procedimiento. Los supuestos del modelo estadístico se examinaron antes de realizar análisis adicionales. Las estadísticas descriptivas se expresaron como media (desviaciones estándar) o mediana (rango intercuartil [RIQ]) y porcentaje válido para datos continuos y categóricos, respectivamente. Las comparaciones entre PwD que reciben atención institucional y atención domiciliar se realizaron con la prueba Chi2 (prueba exacta de Fisher con frecuencias observadas <5) para variables categóricas, mientras que las variables continuas se probaron con la prueba t de Student (prueba U-Mann-Whitney si las variables no se distribuyeron normalmente). Las relaciones lineales se calcularon con el coeficiente de Pearson (coeficiente de Spearman cuando no se distribuye normalmente). Las asociaciones de los datos demográficos y las puntuaciones de referencia con la calidad de vida (auto informada y proxy) se evaluaron mediante análisis de regresión lineal uni y multivariante. Las puntuaciones iniciales asociadas significativamente con la calidad de vida en el análisis univariado se utilizaron para construir dos modelos escalonados de regresión lineal multivariada correspondientes, cada uno de los cuales incluía una de las puntuaciones junto con las variables restantes con una asociación univariada significativa (P <0.1). El valor de p <0.05 se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete de software estadístico (SPSS versión 20.0, IBM, Chicago, IL, EE. UU.).
Orueta Sánchez et al. (2012)	Cuasiexperimental	Cuestionario de calidad de vida de Nottingham	Pacientes dependientes mayores de 65 años que eran incorporados al	156	MAS	Los datos fueron introducidos en una base de datos del programa estadístico R-SIGMA creada para tal fin. Para el análisis de los mismos, realizado a través de dicho programa, se emplearon herramientas de estadística descriptiva (rango, media aritmética y desviación estándar) y analítica (T de Student y Chi-cuadrado).

			programa de atención domiciliaria. España.			
Hermosilla-Ávila & Sanhueza-Alvarado (2019)	Cuasiexperimental	Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con diagnóstico de cáncer avanzado - EORTC QLQ - C30	17 personas con diagnóstico de cáncer y sus cuidadores. Chile.	17 parejas	C	La confiabilidad de los cuestionarios corroborarlos se determinó en el contexto del estudio, mediante Alfa Cronbach, estimando alta confiabilidad para valores cercanos a 1, baja confiabilidad para aquellos por debajo a 0,5. En el análisis de datos, cada dimensión y la puntuación global se estandarizó en una escala de 0 a 100, donde el resultado fluctúa entre peor calidad de vida, para puntuaciones cercanas a 0, y mejor calidad de vida, para aquellos valores cercanos a 100. Para probar la hipótesis del estudio, se analizó la información mediante la comparación de medianas para la prueba t de Student, para una muestra relacionada en aquellas variables con distribución normal, y comparación de tendencias de distribución con la prueba de Wilcoxon, en el no paramétrico variables, especialmente para medir las diferencias entre la pos intervención, que determinó diferencias significativas para $p < 0.05$, y altamente significativo para valores por debajo de 0.01. Para conocer la magnitud del efecto de la intervención sobre la calidad de vida en la díada, el estudio probó estadísticamente la cuantificación de la relevancia del efecto obtenido (pequeña, moderada o grande) en esta variable, a través de la d de Cohen, que representa el número de desviaciones típicas que separan el pre y mediciones posteriores a la intervención, en cada dimensión evaluada por los cuestionarios de calidad de vida, tanto en los aplicados a la persona con diagnóstico de cáncer, como en los realizados con la familia cuidador, donde el tamaño del efecto pequeño considera una d de Cohen de 0,2; el efecto moderado con 0.5; y el gran efecto con 0.8.
Ghodsbin et al. (2012)	Cuasiexperimental	Escala de calidad de vida postnatal específica (SPQOL)	Mujeres primíparas remitidas a los centros de salud de la Universidad de Shiraz. Irán.	52	C	Se aprobó la validez y confiabilidad del cuestionario por contenido y validez aparente y coeficiente alfa de Cronbach de 0,73.

Anterasian et al. (2019)	Cuasiexperimental	Calidad de vida relacionada con la salud (hrQOL)	Pacientes con enfermedad de inmunodeficiencia primaria (PIDD) y deficiencia de anticuerpos requieren inmunoglobulina de por vida como terapia de reemplazo, con terapia de reemplazo de inmunoglobulina subcutánea (SCIG) como de inmunoglobulina intravenosa (IVIG). Estados Unidos.	630	MAS	Utilizamos una prueba t de dos muestras para comparar puntajes promediados dentro de sujeto entre los grupos IVIG y SCIG, y comparar distribuciones de edad con la prueba exacta de Fisher. También utilizamos un modelo de efectos mixtos para aprovechar la información de repetidas medidas dentro de cada materia, contabilizando dentro de la materia correlación con una interceptación aleatoria e incluye efectos fijos para el grupo SCIG vs IVIG. Este análisis se repite dentro de cada categoría de edad, y un modelo mixto lineal que representa la repetición de medidas dentro de la asignatura y con grupo y categoría de edad. Las interacciones se construyen para probar si un grupo tiene heterogeneidad de efectos a través de las edades. La importancia general de esta interacción fue determinada por una prueba condicional de F. Se utilizaron pruebas t para comparar puntaje promedio antes y después del inicio con inmunoglobulina producto de reemplazo.
--------------------------	-------------------	--	---	-----	-----	--

C: conveniencia. N.E: no específico. MAS: muestreo aleatorio simple. MMAS: multinivel muestreo aleatorio simple.

Fuente. elaboración propia.

Referencias bibliográficas

- Anterasian, C., Duong, R., Gruenemeier, P., Ernst, C., Kitsen, J & Geng, B. (2019). Quality of Life Differences for Primary Immunodeficiency Patients on Home SCIG versus IVIG. *Journal of Clinical Immunology*, 39(8), 814–822. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10875-019-00705-5>
- Beltrán, O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 20(1), 60-69. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000100009&lng=en&tlng=es
- Blasco-Lafarga, C., Sanchis-Sanchis, R., Sanchis-Soler, G., San Inocencio-Cuenca, D & Llorens-Soriano, P. (2019). Entrenamiento Neuromotor en pacientes ancianos pluripatológicos en las Unidades de Hospitalización a Domicilio: estudio piloto TT - Neuromotor Training in elderly multi-pathological patients in the Home Hospitalization Units: a pilot study TT - Treiname. *Cuad. Psicol. Deporte*, 19(1), 95–105. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-ET1-2900>
- Botero de Mejía, B. E & Pico, M. E. (2007). Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12(1), 11–24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
- Castro, B. (2006) Inicio y consolidación de la ayuda domiciliaria en Colombia. *Revista Sociedad y Economía*, (10), 7-45. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/996/99616145001.pdf>
- Chavez, L. J., Grannis, C., Dolce, M & Chisolm, D. J. (2018). Benefits of Medical Home Care Reaching Beyond Chronically Ill Teens: Exploring Parent Health-Related Quality of Life. *Academic Pediatrics*, 18(6), 662–668. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.02.007>
- Espinel-Bermúdez, M. C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., García-González, J. J., Viveros-Pérez, Á & García-Peña, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: Calidad de vida y reingresos hospitalarios. *In Salud Pública de México* 53(1), 17–25. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0036-36342011000100004>.

- Fernández, S., Licona, C., Gómez, K., Castro, E & Botet, A. (2011). Costo-beneficio social y económico de los pacientes atendidos en el programa de extensión hospitalaria de una clínica de IV nivel de atención, Cartagena. *Revista de ciencia y salud virtual*, 3(1), 93–101. Recuperado de <https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/49>
- Ghodsbin, F., Yazdani, K., Jahanbin, I., & Keshavarzi, S. (2012). The effect of Home Visit during the first six weeks of postpartum on the quality of life of primiparous women referred to Shiraz health centers of Shiraz University of Medical Sciences. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 339–345. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300006
- Han, S. J., Kim, H. K., Storfjell, J & Kim, M. J. (2013). Clinical outcomes and quality of life of home health care patients. *Asian Nursing Research*, 7(2), 53–60. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.03.002>
- Hermosilla-Ávila, A. E & Sanhueza-Alvarado, O. I. (2019). Intervention of humanized nursing accompaniment and quality of life in people with advanced cancer. *Aquichan*, 19(3), 1-13. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972019000300003
- Hernández, N., Barragán, J & Moreno, C. (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. *Revista Cuidarte*, 9(1), 45-58. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n1/2216-0973-cuid-9-1-2045.pdf>
- Levine, D. M., Ouchi, K., Blanchfield, B., Saenz, A., Burke, K., Paz, M., Diamond, K., Pu, C. T & Schnipper, J. L. (2020). Hospital-level care at home for acutely ill adults a randomized controlled trial. *In Annals of Internal Medicine*, 172(2), 77–85. Recuperado de <https://doi.org/10.7326/M19-0600>.
- Mamédio, C., Roberto, M & Nobre, C. (2007). The Pico Strategy for the Research Question. *Revista Latino-Am Enfermeria*, 15(3), 1–4. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/6186207_The_PICO_strategy_for_the_research_question_construction_and_evidence_search
- Martinez, A., Selaive, R., Astorga, S & Olivares, P. (2018). Neuromuscular training in institutionalized older adults: A functional approach to preventing fall.

Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria, 38(3), 40–45. Recuperado de <https://doi.org/10.12873/383martinez>

- Miguel, S., Alvira, M., Farré, M., Risco, E., Cabrera, E & Zabalegui, A. (2016). Quality of life and associated factors in older people with dementia living in long-term institutional care and home care. *European Geriatric Medicine*, 7(4), 346–351. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.012>
- Mihanović, M., Restek-Petrović, B., Bogović, A., Ivezić, E., Bodor, D & Požgain, I. (2015). Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 585–595. Recuperado de <https://doi.org/10.2147/NDT.S73582>
- Orueta Sánchez, R., Gómez-Calcerrada Jiménez, R. M., Sánchez Oropesa, A., Gómez-Caro, S., Herrera, J. R., Holgado Juan, C & Toledano Sierra, P. (2012). Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 3–8. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2012000100002>
- Restrepo, C., Echavarría, J., Manrique, R & Valencia, J. (2009). Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Periodo enero-diciembre de 2007. *Revista CES MEDICINA*, 23(1), 27-35. Recuperado de <file:///C:/Users/lines/Downloads/articulo%20impacto%20e%20%25.pdf>
- Suarez, M. (2012). Atención integral a domicilio. *Revista Médica la Paz*, 18(2), 52-58. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000200010&lng=es&tlng=es.
- Trillo, E. (2011). Hospitalización domiciliaria: el hospital en casa, *Medicina de Familia. SEMERGE*, 37(8), 442-443. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-hospitalizacion-domiciliaria-el-hospital-casa-S1138359311002292>