

CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y MODELO DE GESTIÓN DE CASOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

MARÍA DE LAS MERCEDES AIRES ESLAVA

Enfermera especialista en salud mental. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

RESUMEN

Introducción. La atención a la salud mental ha evolucionado a lo largo de los años hacia la dignificación de la persona. También ha sufrido un cambio la población a la que se atiende en los servicios sanitarios, aumentando las enfermedades crónicas y complejas por el incremento de la esperanza de vida y la morbilidad. La necesidad de un nuevo modelo de organización sanitaria para dar cobertura a estas nuevas necesidades pone en el centro la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos.

Objetivo. El objetivo de esta investigación es conocer el estado actual de conocimiento sobre la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos y sus repercusiones en la salud mental.

Material y métodos. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en las bases de datos de PubMed, SciELO y Google Académico de publicaciones que estuvieran relacionadas con el objetivo del estudio en los últimos cinco años.

Resultados. Los resultados fueron 23 estudios, en los que se analizaron aspectos relacionados con la continuidad de cuidados, la importancia de la gestión de casos y el papel de la enfermera.

Discusión. En todas las referencias, se confirmó la importancia de la continuidad de cuidados para alcanzar niveles de calidad de atención óptimos y la alta efectividad del modelo de gestión de casos.

Recomendaciones. Se identificaron barreras y facilitadores expuestos por los profesionales y los propios usuarios de los servicios; y se comprobó que las intervenciones realizadas por las enfermeras gestoras de casos resultaban satisfactorias y eficientes.

Palabras clave: continuidad de la atención al paciente, trastorno mental, enfermera, gestión de casos.

Correspondencia: María de las Mercedes Aires Eslava
Correo electrónico: meraires@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud mental. Estado actual

La atención a la salud mental ha sufrido una profunda transformación a lo largo de los años, desde el encierro de los pacientes en el manicomio hasta el pensamiento mágico, centrando el cuidado en el aislamiento y reclutamiento de las personas enfermas. Con el paso del tiempo, se comenzó a dignificar a la persona con enfermedad mental, garantizando los derechos humanos y su condición biopsicosocial. Hasta llegar al período actual, en el que destaca la creación de diferentes dispositivos de salud mental junto con múltiples políticas de reinserción, rehabilitación y apoyo¹.

La publicación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica han sido dos hitos claves en esta transformación de la asistencia psiquiátrica².

En los últimos años, se han producido importantes cambios en la sociedad. Con el aumento de la esperanza de vida, nos encontramos ante una población más envejecida y un incremento progresivo de la prevalencia de enfermedades crónicas y complejas con situaciones de morbilidad. Esto ha hecho imprescindible un cambio de visión de los profesionales de salud, con una modificación de su enfoque de intervención para adaptarse a la nueva realidad³⁻⁵.

La enfermedad mental genera una discapacidad y dependencia que se considera un problema creciente para la salud pública, representando uno de los principales desafíos y obligándonos a considerarla como un fenómeno complejo que puede afectar gravemente al funcionamiento de la persona^{6,7}.

Durante bastante tiempo, se pensó que los trastornos mentales eran crónicos o permanentes. Actual-

mente, aun estando presente la cronicidad de la patología mental, sabemos que muchas personas consiguen recuperarse con un nivel de funcionalidad que les permite adaptarse a las áreas personales y sociales de la vida, siendo la perspectiva del modelo de recuperación la que debería ser empleada en la atención al trastorno mental^{7,8}.

Este nuevo modelo de organización sanitaria, desde la perspectiva de la recuperación, ha sido necesario para dar atención a estas personas, considerándolas el centro de la atención y favoreciendo su participación activa, aumentando la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, con el fin de mejorar la continuidad de cuidados y ofrecer un tratamiento de mayor calidad^{4,5,9}.

La continuidad de cuidados en la atención a la salud mental

Conceptos básicos

La continuidad de cuidados implica una atención integral de la persona en todas las áreas de su vida para que las necesidades que presenten puedan ser cubiertas, se mejore la asistencia y se evite la pérdida de usuarios y usuarias durante el proceso^{10,11}.

Una de las características básicas de la atención en salud mental comunitaria es el trabajo en equipo, integrado por distintos profesionales para ofrecer a la persona una asistencia holística. Por tanto, el trabajo interdisciplinario (actividad realizada con la cooperación de varias disciplinas) se convierte en una pieza clave, además del multidisciplinario (abarca o afecta a varias disciplinas), ya que la enfermedad mental suele desplegar problemáticas que afectan a diferentes profesionales¹².

Según el Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental Grave de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, el modelo de atención a las personas

con trastorno mental grave debería basarse en el modelo comunitario y el trabajo en red, siguiendo el modelo de gestión de casos que garantizará la continuidad asistencial y de cuidados (derivación, intervención y coordinación) para alcanzar la recuperación y promoción de la salud de la persona en el contexto comunitario⁷.

El modelo de gestión de casos

El American Nurses Credentialing Center define la gestión de casos como «proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y coste-efectividad de los resultados clínicos»¹³.

El desarrollo de la gestión de casos como práctica avanzada de cuidados en España ha constituido una estrategia básica en la atención a la cronicidad compleja, constituyendo un modelo de atención que garantiza una atención multiprofesional, coordinada y basada en la evidencia⁴.

Papel de la enfermera en la continuidad de cuidados

Tras la reforma psiquiátrica, la red de dispositivos comunitarios pasa a ser el eje principal del sistema de atención a la salud mental, garantizando la continuidad de cuidados y aumentando las competencias y la cartera de servicios de la enfermera especialista en salud mental¹⁰.

La enfermera es la figura idónea para la gestión de casos por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados, y por su capacidad de gestión y planificación. Es muy próxima al paciente y a su familia y es promotora de la salud biopsicosocial en todas las etapas de la salud de la persona^{10,13}.

LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS IMPLICA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PERSONA EN TODAS LAS ÁREAS DE SU VIDA

La enfermera gestora de casos podría definirse como la profesional que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten coste-efectivos. Recoge información específica sobre las necesidades de las personas enfermas, identifica los problemas, diseña un plan de intervención y coordina las actividades y necesidades con los profesionales y familiares implicados, para alcanzar los objetivos asistenciales, movilizandolos recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y de la persona cuidadora^{5,13}.

Dada la evolución del objeto de estudio desarrollada en los párrafos previos, se considera conveniente realizar una revisión bibliográfica de la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos en la atención a la salud mental con el objetivo de adquirir un conocimiento actualizado de los últimos cinco años.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer la efectividad de la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos en la atención a la salud mental en la actualidad.

Objetivos específicos

- Conocer la situación actual de la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos en la atención a la salud mental y su influencia en la salud.
- Describir la evidencia y las novedades más relevantes publicadas en la actualidad de la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos en la atención a la salud mental.
- Analizar el papel de la enfermera en la continuidad de cuidados y el modelo de gestión de casos en la atención a la salud mental.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuentes de información

La búsqueda se realizó entre los meses de junio y julio de 2022 en las bases de datos electrónicas de PubMed, Google Académico y SciELO. En segundo lugar, se realizó una búsqueda manual en otras fuentes de información relevantes como la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la Confederación Salud Mental España, el Servicio Andaluz de Salud y el Ministerio de Sanidad. Por último, se consultaron las revistas electrónicas *Enfermería y Salud Mental* y *Norte de Salud Mental*, junto con los libros en papel *Metodología enfermera en salud mental* y *Enfermería de salud mental y psiquiatría*.

Palabras clave

La estrategia de búsqueda se basó en el uso de terminología en salud consultada en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) —«continuidad de la atención al paciente», «trastorno mental», «enfermera» y «gestión de casos»— y en la combinación de estos con operadores booleanos.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión utilizados para la búsqueda y filtrado de referencias fueron: a) artículos que incluyan la continuidad de cuidados y/o el modelo de gestión de casos, b) artículos cuya población objeto de estudio fueran profesionales sanitarios y/o personas con una enfermedad mental usuarias de servicios sanitarios, c) idioma inglés o español, d) artículos publicados entre los años 2018 y 2023, e) acceso a texto completo gratuito.

Se excluyeron todos los estudios que introducían la continuidad de cuidados en contextos especiales como la escuela o centros penitenciarios, cuyos participantes eran únicamente estudiantes de disciplinas sanitarias, de edad infantil u otro tipo de población no objeto de nuestra revisión, en idioma distinto a inglés o español, anteriores a 2018 y sin acceso a texto completo gratuito en línea.

RESULTADOS

El resultado combinado de la búsqueda bibliográfica en PubMed obtuvo un total de 930 referencias; en Google Académico, 578; y, en SciELO, 35; de las cuales, 593 fueron duplicadas. De las 950 referencias seleccionadas, se hizo una primera revisión de título y resumen, cumpliendo los criterios de inclusión 74 referencias, las cuales fueron revisadas a texto completo, siendo 51 excluidas.

DISCUSIÓN

Basándonos en la lectura crítica de los artículos seleccionados, se han desarrollado tres categorías de análisis: 1) aspectos relacionados con la continuidad de cuidados; 2) la importancia del modelo de gestión de casos; y 3) el papel de la enfermera.

Aspectos relacionados con la continuidad de cuidados

La continuidad en la atención sanitaria es un valor central. Permite organizar y coordinar las actividades asistenciales para satisfacer las necesidades del usuario, favoreciendo su autonomía, y basándose en una adecuada comunicación entre servicios¹⁴⁻¹⁶. Por otro lado, puede también reducir intervenciones costosas agudas como tratamiento en crisis u hospitalización, y favorece la relación terapéutica^{17,18}.

Entre la variedad de definiciones propuestas para la *continuidad de cuidados*, existen tres dimensiones principales. En primer lugar, la *continuidad transversal*, que se refiere a la capacidad de los diferentes profesionales y servicios para dar una atención integral durante un mismo episodio (p. ej., salud mental y servicios sociales). En segundo lugar, la *continuidad longitudinal*, que sería la capacidad a lo largo del tiempo (p. ej., estancia hospitalaria y tratamiento en centro de salud mental). Y, por último, la *continuidad relacional de la atención*, definida como la calidad de la relación paciente-profesional junto con la alianza terapéutica y la percepción del propio usuario de la continuidad de cuidados¹⁹.

Se identificaron como dificultades principales para la implementación de la continuidad de cuidados: la

falta de inversión económica, la cultura organizativa que prioriza la cantidad sobre la calidad, la escasez de personal y la sobrecarga de estos, la rotación de personal y el rechazo del modelo comunitario que aún pervive en algunos profesionales relacionado con el estigma^{16,20}.

Una comunicación insuficiente y deficitaria tiene efectos negativos, afectando tanto a usuarios como a profesionales. Por ejemplo, en el caso del usuario, se pueden producir duplicidades en pruebas o intervenciones e interrupciones o no iniciación de determinados cuidados¹⁴. En otro estudio, los usuarios vivieron la falta de continuidad y rotación de profesionales como un retroceso en el tratamiento²¹.

Se ha comprobado que el momento de transición o alta de un recurso a otro supone un período vulnerable, ya que puede llegar a ser caótico y estresante para la persona, siendo importante trabajar con los usuarios de un servicio hasta que establezcan una relación terapéutica con el otro recurso, disminuyendo el riesgo de reingresos²².

Una colaboración adecuada entre los distintos niveles asistenciales promueve las probabilidades de cumplir la cita poshospitalización, ya que entre un 30 y un 50 % de las personas no acuden²³. También se ha asociado a menos reingresos un seguimiento posalta a los 15 días siguientes, mejorando, por consiguiente, los costes y los objetivos de recuperación²⁴.

Para una correcta comunicación y continuidad de cuidados, se considera un elemento importante el informe de continuidad de cuidados de enfermería (ICCE). El ICCE es un documento de comunicación escrita en el que las enfermeras recogen la información acerca del estado de salud del usuario utilizando la metodología enfermera cuando hay una transición de un ámbito de asistencia a otro. Tiene como objetivo mejorar el bienestar del paciente y la atención

EL DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE CASOS COMO PRÁCTICA AVANZADA DE CUIDADOS EN ESPAÑA HA CONSTITUIDO UNA ESTRATEGIA BÁSICA EN LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD COMPLEJA

mediante la coordinación de los servicios para lograr con la mayor eficacia la continuidad de cuidados y la accesibilidad a los recursos. Facilita la comunicación y posibilita que los cuidados enfermeros no se interrumpen^{14,15}.

La utilidad percibida del ICCE varía. García Ríos *et al.* vieron que, en general, era baja, resaltando la mayoría de los profesionales que no es un formado claro y considerándolo muy extenso, con demasiada información irrelevante. A pesar de ello, la frecuencia de consulta era alta, de lo que se extrae que existe la necesidad de este documento, pero se precisan cambios en su contenido¹⁴. En cuanto a la opinión de los usuarios, el 70% consideraba necesario recibir un ICCE, ya que ponían en valor y reconocían como importante el trabajo de la enfermera. Sin embargo, solo un 18% de los encuestados consideró que los distintos niveles asistenciales estaban bien coordinados. Por otra parte, recibir un ICCE resultó ser un factor protector para la insatisfacción con la continuidad de cuidados¹⁵.

Adnanes *et al.* analizaron la asociación entre la calidad de vida y la satisfacción del servicio medida como la percepción de los pacientes de la continuidad de cuidados, relación terapéutica y necesidades no satisfechas. Se concluyó que la continuidad de cuidados y una buena relación terapéutica estaban relacionadas positivamente con la calidad de vida de las personas con trastorno mental, junto con una mejoría en la clínica psicótica¹⁴.

La importancia del modelo de gestión de casos

Una inadecuada coordinación intersectorial en salud mental es una barrera importante para la atención a las personas, ya que son pacientes vulnerables e infrapriorizados. Se exploró la cooperación entre salud mental hospitalaria y salud mental comunitaria

LA ENFERMERA ES LA FIGURA IDÓNEA PARA LA GESTIÓN DE CASOS POR SU METODOLOGÍA DE TRABAJO, FORMACIÓN E INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS, Y POR SU CAPACIDAD DE GESTIÓN Y PLANIFICACIÓN

según la opinión de los usuarios y profesionales. Ambos experimentaron que la coordinación intersectorial no solía ser coherente porque la información se perdía en las transiciones y no había, en muchas ocasiones, toma de decisiones compartidas²⁰.

El modelo de gestión de casos es la intervención más frecuente para atender a los usuarios complejos por conseguir resultados más completos y una atención holística e integral, disminuyendo la fragmentación de cuidados, la discapacidad y el riesgo de morbilidad, y aumentando la calidad de vida de las personas²⁵.

Los usuarios que padecían un primer episodio psicótico y sus familiares, en un estudio realizado en Singapur en 2019, participaban en un programa de gestión de casos y coincidían en varios puntos sobre el modelo de gestión de casos: es un «puente» entre recursos, mejora la calidad de la atención, asegura la continuidad de la atención aumentando el apoyo y el bienestar en el proceso de recuperación, potencia el control sobre uno mismo (disminuye las crisis), y permite la psicoeducación en diferentes áreas como el desarrollo de habilidades y la resolución de problemas²⁶.

Datos similares a los anteriores se extrajeron de otros estudios, en los que fueron los mismos profesionales quienes entendían la gestión de casos como

un puente entre los servicios y la esencia de la continuidad de cuidados y la mejora de la relación terapéutica. Se añade la percepción de la gestión de casos como el modelo de trabajo más significativo y empoderador^{27,28}. Coincidiendo con la información anterior, en otro artículo, se añadió que los profesionales encontraron el modelo verdaderamente satisfactorio, destacando que permite obtener una visión amplia y profunda de las personas para brindar una atención individualizada²⁹.

Se identificaron varios factores que desempeñaban un papel de facilitador y/o de barrera para la implementación del modelo de manejo de casos en una revisión sistemática realizada en 2020. El contexto familiar puede ayudar a supervisar el proceso de la persona y promover el contacto con el coordinador del caso si fuera necesario y, por otro lado, puede suponer una barrera al existir conflictos familiares. Las políticas organizacionales actúan como barrera, al no dar la suficiente provisión de recursos y protocolos, al igual que la presión de tiempo y la carga de trabajo. La colaboración de los profesionales que atienden a la persona junto con la comunicación intraequipo se considera favorable; igualmente, la formación en tecnología y poseer un enfoque holístico³⁰.

Los aspectos más valorados de la gestión de casos por los usuarios de los servicios fueron la accesibilidad, la atención por un mismo profesional, la relación terapéutica basada en la confianza, la atención integral, la mejor derivación a otros servicios, el apoyo continuo y la toma de decisiones compartidas^{5,21}.

El papel de la enfermera

El sistema de salud está cambiando y volviéndose más diverso. En este escenario, nuevos roles profesionales emergen más cercanos a las personas. El

coordinador de casos es un experto en organizar las vías de atención, teniendo en cuenta las especificidades del individuo y permitiendo la existencia de contextos multidisciplinarios coherentes²⁸.

En España, en 1991, dentro de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, aparece la cartera de servicios que permite regular las actividades básicas de enfermería. A partir de 1999, cobran mayor importancia los planes de cuidados junto con la labor enfermera. Durante los años siguientes, en los que se consolidan las transferencias a las comunidades autónomas, se refleja la necesidad de coordinación entre distintos niveles, y la importancia de la enfermera como base de la continuidad de cuidados¹⁴.

Asimismo, en estudios en que las enfermeras se convertían en gestoras de casos con personas que padecían depresión, se encontraba una disminución en los síntomas depresivos y un aumento de la satisfacción. Una enfermera gestora de casos tiene un contacto regular con el paciente, sigue el progreso de la condición de salud y adherencia al tratamiento, ofrece apoyo y coordina la atención. Esto hace que las personas la vean como una pieza clave para la recuperación, siendo crucial para el futuro de la enfermedad mental³¹.

Los profesionales de enfermería son un referente para mejorar la calidad de vida de los usuarios que atienden, ya que tienen una visión del individuo integral, realizan un seguimiento de la sintomatología clínica, de los aspectos de promoción y educación para la salud, y ofrecen apoyo a las familias³². La enfermera gestora de casos debe tener habilidades en comunicación, gestión de un equipo de trabajo, negociación y capacidad para atarse a situaciones nuevas, siendo sus labores más importantes el acuerdo con otros profesionales y la coordinación de recursos y actividades para el cuidado del paciente y la persona cuidadora¹³.

RECOMENDACIONES

Todos los artículos confirman la efectividad de la continuidad asistencial para afrontar las múltiples necesidades de los usuarios y para la comunicación y colaboración del equipo sanitario, siendo el modelo de gestión de casos una opción óptima.

Se puntualiza la necesidad de impulsar un modelo de atención integral, dado el cambio en la población atendida, que garantice la calidad de una atención en red y coordinada, cuyo objetivo sea fortalecer la autonomía, la independencia y la recuperación de las personas.

El papel de la enfermera gestora de casos es fundamental para asegurar la sostenibilidad, afectividad y seguridad de la atención a las personas más complejas y frágiles, con un uso eficiente de los recursos durante todo el proceso de salud. Las enfermeras han demostrado ser un valor añadido, proporcionando unos cuidados profesionalizados, integrales, continuados y de mayor calidad; teniendo en cuenta las preferencias y prioridades de las personas y su potencial de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- Morales Romero A, Rodríguez Valenzuela A. La salud mental: una mirada desde su evolución. *SANUM*. 2018;2(2):22-31.
- Juliá-Sanchis R, Aguilera-Serrano C, Megías-Lizancos F, Martínez-Riera R. Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. *Informe SESPAS 2020*. *Gac Sanit*. 2020;34(51):81-6.
- Carretero Román J, Ubis González A. Metodología enfermera en salud mental. 2.ª ed. Madrid: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental; 2018.
- Miguel-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina I. Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermer Clin*. 2018;29(2):99-106.
- Doménech-Briz V, Gómez Romero R, De Miguel-Montoya I, Juárez-Vela R, Martínez-Riera JR, Mármol-López MI, et al. Results of nurse case management in primary health care: bibliographic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9541.
- Devía-Vega JS, Rivera-Romero N. Cuidados de enfermería del plan de transición de la unidad de salud mental al hogar: scoping review (revisión de alcance). *MedUNAB*. 2022;25(3):451-60.
- Del Río Noriega F (coord.). *Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave*. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2020. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2022-10/PAI_Trastorno_Mental_Grave_2020.pdf
- Fornés Vives J, Sánchez Ortuño MM (coords.). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. 3.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022.
- Carmona Calvo J (dir.). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla: Consejería de Salud; 2016. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af0653413576_III_plan_salud_mental.pdf
- Fernández Guijarro S. Atención integral a los trastornos mentales, ¿hacemos suficiente? *Peplau*. 2023;(2):4-6.
- Díaz Gordillo S, Castro Ibáñez AC, Rubia Ruiz G, Alcindor Huelva P, Rubio Corgo S, Delgado Campos AM, et al. Acompañamiento enfermero en el programa de transición. *Peplau*. 2023;(2):7-10.
- Azón Belarre S, Azón Belarre JC, Berges Usán P, Pellicer García B, Abadía Labena S, Murillo García E. Continuidad de cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental grave? *Norte Salud Ment*. 2017;14(56):26-40.
- López Ramos P. Análisis de la enfermería en la gestión de casos. *SANUM*. 2018;2(1):44-53.
- García Ríos M, Canga Pérez R, García Bango A, Fernández Fernández B, Manjón García P, Ferrero Fernández IE. Utilidad percibida del informe de continuidad de cuidados de enfermería. *RqR Enferm Comun*. 2019;7(4):35-46.
- Tizón-Bouza E, Camiña Martínez MD, López Rodríguez MJ, González-Veiga A, Tenreiro Prego I. Coordinación interniveles, importancia del informe de continuidad de cuidados de enfermería y satisfacción de los pacientes y familiares tras la hospitalización. *Ene*. 2021;15(2):1171.
- Díez-Canseco F, Rojas-Vargas J, Toyama M, Mendoza M, Caverio V, Maldonado H, et al. Estudio cualitativo sobre la implementación del Programa de continuidad de cuidados y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves en el Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44(134):1-9.
- Van der Lee APM, Hoogendoorn A, De Haan L, Beekman ATF. Discontinuity of psychiatric care for patients with schizophrenia, relation to previous psychiatric care and practice variation between providers: a retrospective longitudinal cohort study. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):319.

18. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Doran T, Rice N, Gravelle H, et al. Impact of family practice continuity of care on unplanned hospital use for people with serious mental illness. *Health Serv Res.* 2019;54(6):1316-25.
19. Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, Pfennig A, Miglietta E, Lasalvia A, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: a comparison of five European countries. *Health Policy.* 2020;124(1):25-36.
20. Jørgensen K, Bonde Dahl M, Frederiksen J. Healthcare professionals' and users' experiences of intersectoral care between hospital and community mental healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6510.
21. Biringer E, Hartveit M, Sundfør B, Ruud T, Borg M. Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):763.
22. Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):883.
23. Smith TE, Haselden M, Corbeil T, Tang F, Radigan M, Essock SM, et al. Relationship between continuity of care and discharge planning after hospital psychiatric admission. *Psychiatr Serv.* 2020;71(1):75-8.
24. Pourat N, Chen X, Wu SH, Davis AC. Timely outpatient follow-up is associated with fewer hospital readmissions among patients with behavioral health conditions. *J Am Board Fam Med.* 2019;32(3):353-61.
25. Hudon C, Bisson M, Chouinard MC, Delahunty-Pike A, Lambert M, Howse D, et al. Implementation analysis of a case management intervention for people with complex care needs in primary care: a multiple case study across Canada. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):377.
26. Wong HH, Yong YH, Shahwan S, Cetty L, Vaingankar J, Hon C, et al. Case management in early psychosis intervention programme: perspectives of clients and caregivers. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(3):598-603.
27. Svenningsson I, Udo C, Westman J, Nejati S, Hange D, Björkelund C, et al. Creating a safety net for patients with depression in primary care; a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2018;36(4):355-62.
28. De Luca E, Cosentino C, Cedretto S, Maviglia AL, Bucci J, Dotto J, et al. Multidisciplinary team perceptions of the Case/Care Managers' role implementation: a qualitative study. *Acta Biomed.* 2022;93(3):e2022259.
29. Uittenbroek RJ, Van der Mei SF, Slotman K, Reijneveld SA, Wynia K. Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: a qualitative study on embrace. *PLoS ONE.* 2018;13(1):e0207109.
30. Teper MH, Vedel I, Yang XQ, Margo-Dermer E, Hudon C. Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: a systematic review and thematic synthesis. *Ann Fam Med.* 2020;18(4):355-63.
31. Wang XM, Agius M. The role of care coordinators versus doctors in the management of chronic mental illness in the community. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 3):622-5.
32. Cayuela-Fuentes PS, Segura-López G, Lisón-García A, Nieto-Munuera J. Enfermería comunitaria: continuidad de cuidados en pacientes esquizofrénicos. *Enferm Comun.* 2015;11(2).