



Universidad
Zaragoza

Continuidad asistencial en pacientes ingresados en Psiquiatría tras ser dados de alta de la Unidad.

Continuity of care after discharge of psychiatric admission

TRABAJO FIN DE GRADO



Universidad Zaragoza

FACULTAD DE MEDICINA

JUNIO 2016

DIRECTOR: RICARDO CAMPOS RÓDENAS

ALUMNA: LARA PEREIRA IGLESIAS

Departamento de Psiquiatría

ÍNDICE

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Material y métodos.....	6
Resultados	7
1. ¿A dónde acuden los pacientes tras el alta?	7
2. Seguimiento.....	9
2.1. Seguimiento tras el alta	9
2.1.1. Población psiquiátrica general.....	9
2.1.2. Población con trastorno depresivo mayor	11
2.1.3. Población con trastornos psicóticos.....	11
2.2. Continuidad del tratamiento tras el alta.....	12
2.2.1. Población psiquiátrica general.....	12
2.2.2. Población con trastorno depresivo mayor	12
2.2.3. Población con trastornos psicóticos.....	13
3. Problemas tras el alta.....	13
3.1. La continuidad del seguimiento.....	13
3.2. La continuidad del tratamiento.....	14
3.3. La falta de apoyo social	14
3.4. Las autolesiones.....	14
3.5. El suicidio.....	15
3.6. Los reingresos.....	15
Discusión/Conclusión.....	16
Bibliografía.....	19
Anexos.....	22

Continuidad asistencial en pacientes ingresados en Psiquiatría tras ser dados de alta de la Unidad.

RESUMEN

Objetivo: La continuidad asistencial de los pacientes dados de alta de Unidades de Psiquiatría no es evidente y sin embargo, aunque todavía exista controversia, es uno de los puntos clave para un adecuado seguimiento de los mismos, así como para reducir el número de reingresos, que es bastante elevado en este tipo de pacientes. Por ello el objetivo del presente trabajo es revisar principalmente a dónde acuden los pacientes tras ser dados de alta y conocer las dificultades que se interponen en la continuidad de los cuidados, observando cuáles son las intervenciones de seguimiento más fructíferas para aplicarlas a la práctica clínica.

Métodos: Revisión sistematizada bibliográfica de artículos científicos publicados en Pubmed en los últimos 10 años en español, inglés y francés que abordaran la problemática post alta y continuidad de los cuidados en pacientes psiquiátricos.

Resultados: La continuidad asistencial tras el alta mediante visitas ambulatorias, centros de día, modelos de seguimiento B-CTI, aportan resultados positivos en el seguimiento del paciente, observándose una disminución de las reingresos, así como una mejoría de la calidad de vida de los pacientes. A pesar de ello, los resultados son muy dependientes del tipo de enfermedad y lugar en dónde se realizó el estudio, por lo que existe una gran divergencia en los resultados.

Conclusiones: A pesar de que la tendencia global se dirija hacia una recomendación de la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria, con la cual se obtuvieron mejores resultados en la continuidad y una disminución de los reingresos, se trata de un tema todavía muy controvertido, debido sobre todo a las limitaciones encontradas en los estudios, llevados a cabo en países con sistemas de financiación de salud muy diferentes y por lo tanto no generalizables y debido a la gran divergencia de resultados encontrados según las distintas enfermedades psiquiátricas tratadas. Es necesario continuar la investigación en este campo, para poder llegar a conclusiones claras y generalizables sobre los métodos de seguimiento tras el alta.

Palabras clave: *continuidad, cuidados, alta, psiquiatría.*

Continuity of care after discharge of psychiatric admission

ABSTRACT

Objective: The continuity of care for patients discharged from psychiatric units is not clear yet. Nevertheless, although there is still some controversy, it is one of the key points for their proper monitoring, as well as for reducing the number of readmissions those of which are quite high in these patients. Therefore the aim of this work is to assess mainly where patients go after being discharged and to find out the difficulties that may be found in the continuity of care, and also observe which the most effective interventions applicable to clinical practice are.

Methods: A systematic bibliographic review of scientific articles published in Pubmed in the last 10 years in Spanish, English and French address the post-discharge problems and the continuity of care for psychiatric patients.

Results: The continuity of care after discharge through outpatient visits, day-centre, monitoring models B-CTI, provides positive results in patient monitoring, observing a decrease in readmissions and an improved quality of life of these patients. However, the results are highly dependent on the type of disease and place where the study was conducted, so there is a wide divergence in the results.

Conclusions: Although the overall trend is aimed to a recommendation of continuity of care after hospital discharge, in which better results in continuity and reduced readmissions were obtained, it is still a very controversial issue, mainly because of the limitations found in studies which were conducted in countries with very different health funding and therefore not generalizable and due to the wide divergence of results for different psychiatric disorders that were treated. It is necessary to continue research in this field, to reach clear and generalizable conclusions on methods of monitoring after discharge.

Key words: continuity of care, discharge, psychiatric admission.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales se relacionan con una alta prevalencia de mortalidad, discapacidad de los pacientes, factores de riesgo de enfermedades somáticas y suicidio así como un elevado consumo de recursos y por consiguiente un coste económico del 7,3% del gasto sanitario público total, lo cual lo sitúa en tercera posición, teniendo por delante el cáncer y las enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio como mayores consumidores de recursos y gastos sanitarios.

Del total del gasto en salud mental un 48% está destinado a las hospitalizaciones, las cuales son muy habituales en este tipo de pacientes ^[1], por ello el objetivo principal a nivel político y de la comunidad es la reducción máxima del número de estos pacientes tras ser dados de alta de una hospitalización, mediante el establecimiento de planes de continuidad asistencial tras el alta, que mejoren la calidad de la atención y reduzcan los gastos.

Las unidades de hospitalización de Psiquiatría se definen como aquellos dispositivos destinados a atender a los pacientes que debido a la intensidad de la patología que padecen o bien debido a las dificultades para su tratamiento externo, no puedan ser atendidos en otros servicios dedicados a la asistencia en salud mental.

Estas unidades están formadas de forma general por un equipo de psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que se encargan en su conjunto, de la atención integral de los pacientes: atención farmacológica, psicoterapéutica, programas de rehabilitación específicos e individualizados, coordinación con otras unidades de salud mental para garantizar la continuidad asistencial, soporte socio-sanitario, programas de terapia ocupacional.

Los pacientes dados de alta tras una hospitalización en un servicio de psiquiatría se encuentran con múltiples problemas a la hora de adaptarse a la sociedad, de convivir con la enfermedad, de seguir el tratamiento a largo plazo y de manera adecuada, así como de asistir a las visitas de seguimiento tras el alta. Los problemas somáticos derivados de la enfermedad psiquiátrica hacen su aparición en este momento y el riesgo de malestar personal y suicidio aumentan considerablemente.

Así mismo el desconocimiento de la enfermedad por parte de la familia y del entorno próximo del paciente provoca que no reciban el apoyo necesario, las ayudas pertinentes en su seguimiento diario y por lo tanto sea un obstáculo a mayores en su día a día ^[2, 3,4].

Por todo ello, la instauración de estos planes de seguimiento, ya sea mediante consultas ambulatorias en los centros de salud, programas de enlace con los centros de salud mental, hospitalizaciones de día, centros de día, Unidades de Media Estancia, Unidades específicas (ej. para personas con Trastornos de la Personalidad, comunidades Terapéuticas para deshabitación de sustancias), pisos protegidos, talleres ocupacionales, seguimiento telefónico, apoyo familiar y médico, tienen como objetivo la mejoría de la calidad de vida de los pacientes, una mayor adaptación a la sociedad tras el alta así como una mejoría en el seguimiento del tratamiento, de la comprensión de la enfermedad y una disminución de reingresos en los servicios de hospitalización ^[2,3,5].

Sin embargo existe una gran problemática a nivel de la instauración de estos planes, debido a la gran divergencia existente entre los resultados obtenidos en pacientes con diferentes tipos de patología (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de depresión mayor...).

Así mismo la gran diferencia de los sistemas de salud de cada país, lleva a resultados discordantes. La privatización del sistema sanitario en algunos países como Estados Unidos restringe el acceso a los cuidados de una gran parte de los pacientes, que no poseen los medios para poder llevar a cabo un seguimiento tras el alta, por lo que los resultados no se pueden generalizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed y la utilización de artículos encontrados en diferentes revistas científicas.

Los criterios de inclusión empleados fueron los siguientes: límite temporal <10 años, artículos en inglés, francés y castellano con las palabras clave: “continuity” and “care” and “discharge” and “psychiatric” con la finalidad de encontrar los avances que han ido surgiendo hasta el momento actual en la continuidad asistencial tras el alta de pacientes psiquiátricos hospitalizados y cuál es la tendencia a seguir.

Así mismo conocer el destino de los pacientes tras ser dados de alta y las principales complicaciones que encuentran fue un punto importante que también revisamos, por estar en estrecha relación con la continuidad asistencial de los mismos.

Tras la búsqueda inicial se obtuvieron un total de 87 resultados, de los cuales tras la revisión de los resúmenes con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con el objetivo y seleccionando aquellos a los que tenía acceso al texto completo, se incluyeron 15 para su revisión final, de entre ellos sólo existe una revisión sistemática. En el Anexo se puede encontrar la bibliografía resultante de la búsqueda sistematizada.

RESULTADOS

1. ¿A dónde acuden los pacientes tras el alta?

a) *Domicilio*: Tras la revisión de la bibliografía se pudo obtener que la mayor parte de los pacientes con enfermedades psiquiátricas hospitalizados y dados de alta posteriormente regresan a sus domicilios particulares, con un seguimiento a través de citas ambulatorias en centros de salud ^[5].

b) *Albergues/Refugios*: La falta de vivienda tras el alta de una hospitalización psiquiátrica es una realidad de nuestros días y a menudo recurrente; pacientes sin hogar previo a la hospitalización, sin recursos o pacientes que salen de prisión son derivados a refugios para vagabundos. Para ello se implantó un nuevo sistema de atención tras el alta denominado CTI (critical time intervention), orientado especialmente a estos pacientes con el fin de prevenir la falta de vivienda recurrente en personas con enfermedades mentales graves.

El programa se basa en el fortalecimiento de las relaciones familiares, amistosas y con el personal de servicios a largo plazo, y al mismo tiempo la proporción de apoyo emocional y práctico durante ese tiempo crítico de transición al domicilio mediante tres fases. Una *primera fase* que empieza antes del alta en donde el trabajador social evaluará las necesidades del paciente tras el alta y le aportará los vínculos y el asesoramiento necesarios (visitas a domicilio, cursos de habilidades de resolución de problemas, apoyo...). Una *segunda fase* en donde se reducirán las visitas y las ayudas otorgadas al paciente por el asistente social, ayudándole a resolver los problemas con la ayuda de la comunidad y la familia, y una *última fase* en donde el trabajador social ayudará al paciente a desarrollar un plan para lograr objetivos a largo plazo, como el trabajo, finalizando su actuación hacia el paciente ^[6].

c) *Centros de día*: Otros estudios mostraron que los pacientes son derivados durante un periodo de tiempo a centros de día tras recibir el alta hospitalaria, con el fin de recuperar habilidades y destrezas que les permitan integrarse en la sociedad, obteniendo de esta manera la autonomía e independencia perdida. Así, mostraron que los pacientes que asistían a estos centros, acudían a las consultas externas mucho más tarde que los pacientes que eran derivados a sus domicilios ^[6], por lo que una reacción positiva se observaba a través de este tipo de seguimiento.

- d) *Hospitales de día*: Por último la derivación de los pacientes a hospitales de día durante un periodo promedio de 8 semanas tuvo una gran trascendencia en el seguimiento tras el alta, se trataba de una alternativa a la hospitalización completa, y una manera adecuada de llevar a cabo la transición de la hospitalización al domicilio. Se podría definir como una hospitalización parcial.

Estos pacientes acudían al hospital 4 a 5 días por semana, de 3 a 5 horas al día, en donde estaban en contacto con psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

Durante su estancia se realizaba una programación individual y en grupo que incluía: tratamientos, psicoeducación, socioterapia como juegos de rol que proporcionaban a los pacientes un mayor conocimiento de ellos mismos, talleres de lectura, se les proponían objetivos semanales mediante los cuales se motivaba y dirigía el tratamiento, se llevaban a cabo actividades físicas y métodos de relajación que ayudaban a los pacientes en el día a día.

Los principales objetivos que se buscaban con este tipo de continuidad asistencial eran el alivio de los síntomas tanto psíquicos como somáticos, el conocimiento de la enfermedad por el propio paciente y la prevención de las recaídas. Así mismo era un punto clave para mejorar la actividad de las personas en todos los ámbitos de la vida y que obtuvieran una mejor conciencia de sí mismos, de manera que una vez finalizado el periodo de hospitalización de día se llevara a cabo una transición positiva al domicilio y el paciente fuera autónomo para continuar su crecimiento personal y gestionar los problemas y vicisitudes de la vida cotidiana.

Tras seis meses del alta de este tipo de seguimiento los pacientes mostraron a través de encuestas que la experiencia había sido positiva especialmente en la mejoría de los síntomas y en la relación con uno mismo, sintiéndose mucho más seguros de ellos mismos.

Sin embargo, otro grupo de pacientes mostró una gran dificultad al finalizar este periodo y afrontarse a la vida cotidiana, sintiéndose desestabilizados y mostrando una pérdida de apoyo social, recayendo en viejos hábitos no fructíferos. De esta manera se mostró la importancia de la presencia y el apoyo de la familia y amigos una vez finalizado el periodo de hospitalización diaria.

Así mismo los pacientes también expresaron mediante encuestas las mejoras que se deberían de llevar a cabo en este tipo de seguimiento. La primera de ellas era la gestión del tiempo de espera, que era superior a 2 semanas y una mejor vinculación con los centros ambulatorios posteriores. Seguidamente también propusieron a los establecimientos mejorar los tiempos de espera entre las reuniones en grupo e individuales proponiendo la instalación de televisiones o la integración de otras fuentes de distracción tales como libros o revistas, que hicieran este tiempo mucho más corto y ameno ^[7].

La investigación futura en el desarrollo de modelos clínicos donde el seguimiento en el hospital de día se continúe a tiempo parcial (disminuyendo poco a poco las horas pasadas en el hospital, por ejemplo) antes de llevar a cabo el alta completa al domicilio es muy interesante, debido a los casos de pacientes que se encontraron con dificultades de adaptación tras este período.

2. Seguimiento

2.1. El seguimiento tras el alta es un punto importante a abordar y en donde existe una gran divergencia de resultados según el tipo de trastorno que presente el paciente.

2.1.1. Población psiquiátrica general

Se observó que la continuidad asistencial tras el alta de los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría a través de llamadas telefónicas semanales para realizar el seguimiento, visitas mensuales al domicilio del paciente en donde se evalúa el estado mental y físico de los mismos, el apoyo emocional por parte tanto del personal sanitario como por parte de la familia y amigos y la psicoeducación de los familiares (en donde se explican los síntomas de la enfermedad, cómo reaccionar e intervenir en caso de crisis, cómo llevar a cabo el seguimiento del tratamiento, la explicación de los trastornos que sufre cada paciente...) no mostraron una diferencia significativa en la mejoría de los síntomas, que continuaban presentando el mismo grado de gravedad. La frecuencia de las hospitalizaciones no se encontraba reducida ni a los 3 ni a los 6 meses tras el alta, sin embargo sí que se apreciaba una reducción significativa de los reingresos al cabo de un año tras el alta.

La adhesión al tratamiento tampoco se mostró alterada, de manera que los pacientes que llevaban a cabo este tipo de seguimiento y los que no lo poseían, presentaron resultados similares en cuanto llevar a cabo el tratamiento ^[3].

Sin embargo Vigod SN et al ^[5] que llevaron a cabo la única revisión sistemática sobre el tema, observaron que efectivamente la realización de llamadas telefónicas con el fin de evaluar el estado del paciente y sus necesidades, así como las visitas a domicilio que permitan estar más próximos del paciente lo cual implica un aumento del apoyo hacia el mismo, junto con la educación para la correcta continuación del tratamiento y la psicoeducación comenzada durante la hospitalización y prolongada una vez dados de alta, incluyendo la implicación de los pacientes en la realización de trabajos comunitarios durante la transición, reducía reingresos tempranos en el servicio (aquellas que se presentan durante los primeros 90 días tras el alta) mejorando así el escalón del paso entre la hospitalización y el alta ^[5].

Dixon L et al ^[2] también pudieron demostrar los beneficios de la continuidad asistencial a través de la invención del modelo de seguimiento B-CTI (brief critical time intervention), del cual hablamos anteriormente (CTI), sólo que en este caso se trata de una modificación del mismo adjuntando la letra B que significa un seguimiento breve de 3 meses. Este modelo se inicia antes de que el paciente sea dado de alto, llevándose a cabo una consulta del médico con el paciente para evaluar las necesidades del mismo y reforzar y mantener un contacto estrecho con este tras el alta.

Así mismo en este programa se lleva a cabo una buena coordinación entre los pacientes que están hospitalizados y el personal ambulatorio con el cual van a estar vinculados posteriormente. La asistencia de los pacientes a programas ambulatorios antes de su alta, así como el apoyo emocional, llamadas telefónicas como en los anteriores casos y el acompañamiento del paciente a las primeras visitas externas son la base de este tipo de seguimiento.

Este modelo mostró que existía un mayor seguimiento de las consultas ambulatorias gracias a la información recibida, así como a un tiempo más corto entre el alta y la consulta.

La calidad de vida de los pacientes se veía mejorada, presentando una mejor adaptación social y sintiéndose más satisfechos con los problemas legales y de seguridad.

Sin embargo no se encontraron diferencias frente al grupo control en cuanto a los síntomas psiquiátricos ni en cuanto a la recepción de información sobre el tratamiento y la enfermedad.

El soporte social es la base de este seguimiento que concluyó que los pacientes sin seguimiento ambulatorio mostraban escasos resultados en la continuación de su tratamiento así como un mayor riesgo de reingreso ^[2].

2.1.2. Población con trastorno depresivo mayor

Pfeiffer PN et al ^[8] estudiaron los pacientes con depresión mayor durante los tres meses posteriores al alta que disfrutaron de un seguimiento similar al de Barekatin M et al^[3] a través de llamadas telefónicas, visitas en centros de salud mental, visitas en el domicilio y aportación de cursos de psicoterapia, observando que efectivamente no se encontraba una diferencia significativa en reingresos o en la mejoría del seguimiento del tratamiento antidepressivo. Sin embargo, sí que se observó que estos pacientes hacían uso en mayor medida de una psicoterapia adecuada y que el seguimiento telefónico exclusivo era la medida menos eficaz, presentando estos pacientes mayores dificultades para recibir una psicoterapia y un tratamiento adecuados ^[8].

2.1.3. Población con trastornos psicóticos

Lee SY et al ^[9] se centraron en los pacientes esquizofrénicos observando que aunque el seguimiento ambulatorio es importante en la prevención de las readmisiones, los pacientes con este trastorno mostraron una tasa muy baja de asistencia a las consultas ambulatorias lo cual llevaba a la interrupción del seguimiento y del tratamiento y por consiguiente a un aumento de los síntomas psicóticos junto con una elevación del riesgo de recaída y readmisión en el servicio.

Sin embargo, los pacientes entre 18 y 44 años, con antecedentes de hospitalizaciones anteriores, o bien cuya enfermedad estaba asociada a depresión o ansiedad, o cuyo tratamiento estaba basado en antipsicóticos atípicos presentaban una mayor adherencia al tratamiento y una asistencia mayor a las consultas ambulatorias, las cuales si se llevaban a cabo por el mismo psiquiatra que trató al paciente durante la hospitalización, la adherencia a las mismas todavía se veía más aumentada ^[9].

Stensrud B et al ^[10] también están de acuerdo que el compromiso ambulatorio mediante el seguimiento posterior de los pacientes con trastornos psicóticos es importante sobre todo para aquellos pacientes con antecedentes de interrupción del tratamiento e ingresos múltiples ^[10].

Otros estudios sostienen la importancia de una intervención tras la hospitalización de las personas con enfermedades psiquiátricas graves (agrupados bajo el epígrafe trastorno mental grave), sobre todo a corto plazo, para mejorar la continuidad asistencial de estos ^[11].

2.2. La continuidad del tratamiento tras el alta también es un punto clave en el seguimiento de los pacientes con trastornos psiquiátricos y en donde también existe una gran variedad de resultados discordantes.

2.2.1. Población psiquiátrica general

Como ya vimos anteriormente los estudios realizados en población psiquiátrica general, aportan resultados en los que no se aprecia una mejoría en la continuidad del tratamiento en aquellas personas que poseen un seguimiento estrecho tras el alta frente a las que no llevan a cabo ningún tipo de continuidad asistencial ^[3].

2.2.2. Población con trastorno depresivo mayor

Wang HR et al ^[12] se centraron en los pacientes con trastorno depresivo mayor y pudieron mostrar que los predictores de una mayor adherencia al tratamiento eran los siguientes:

- Una mayor duración de la hospitalización mostraba un mejor seguimiento posterior del tratamiento tras los 6 meses del alta.
- Una mayor duración de la enfermedad y diagnósticos más recurrentes
- La presencia de apoyo social, siendo las personas divorciadas o sin pareja las que presentaban una menor adhesión, posiblemente por la falta de incentivos para acudir a las citas y el apoyo tanto económico como social.
- El tratamiento combinado (antidepresivos junto con antipsicóticos o eutimizantes o bien los tres juntos) ^[12].

Sin embargo como anteriormente mencionamos Pfeiffer PN et al ^[8] observaron que un seguimiento estrecho mediante visitas, llamadas, psicoterapia, etc, no mejoraba la adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes.

2.2.3. Población con trastornos psicóticos

Estudios realizados en pacientes esquizofrénicos y con trastorno bipolar tratados mediante antipsicóticos de segunda generación (aripiprazol, quetiapina y ziprasidona) mostraron que la adherencia al tratamiento no es satisfactoria y no existe una diferencia en la misma con otro tipo de medicación ^[13].

Sin embargo Lee SY et al ^[9] mostraron que los pacientes que tomaban antipsicóticos atípicos presentaban una mayor adherencia al tratamiento.

Estudios anteriores ya mostraron que más de la mitad de los pacientes con esquizofrenia no continúan el tratamiento tras el mes del alta y a los dos años el 75% de los pacientes no lo toman ^[9]. En este sentido hay una mayor concienciación internacional acerca de la necesidad de revitalizar la prescripción de tratamientos inyectables de liberación prolongada ^[14]. Esta estrategia es especialmente coste-efectiva en pacientes ingresados tras su primer episodio psicótico. El estudio nacional finlandés de Tiihonen et al, demostró que cuando se comparan los tratamientos antipsicóticos orales e inyectables, el riesgo de reingreso de los pacientes con inyectables es solo de un tercio frente a los que seguían tratamiento vía oral ^[15].

3. Problemas tras el alta

Los principales problemas encontrados tras el alta de los pacientes con enfermedades psiquiátricas son los siguientes:

- a) *La continuidad del seguimiento*: es uno de los principales problemas de los pacientes psiquiátricos dados de alta tras una hospitalización.

La falta de apoyo del entorno, de coraje y el desánimo son los principales factores que implican que los pacientes no acudan a las consultas de seguimiento.

Así mismo la poca comprensión de su enfermedad, como la falta de incentivos externos y la falta de autonomía son otros de los factores que interfieren en la continuidad de los pacientes ^[2, 3, 5].

Existe mucha divergencia, pero de manera general la continuidad asistencial es un factor que ayuda a traspasar la barrera de la hospitalización al alta de manera óptima, presentando un mayor seguimiento del tratamiento y reduciendo el número de reingresos en los servicios de psiquiatría ^[2, 5].

Sin embargo las cifras de seguimiento que se encontraron en pacientes esquizofrénicos específicamente son muy bajas, a pesar de los esfuerzos realizados mediante la instauración de modelos de continuidad de los mismos ^[9].

- b) *La continuidad del tratamiento*: como ya quedó plasmado anteriormente, en general, la falta de seguimiento tras el alta es un factor de riesgo para encontrar una dificultad en la adhesión al tratamiento ^[2,10].

Los pacientes esquizofrénicos muestran niveles de seguimiento del tratamiento más bajos lo cual conlleva a un aumento de las recaídas y reingresos en los servicios. Aquellos tratados con antipsicóticos de segunda generación presentaron una menor tasa de interrupción del tratamiento ^[9].

Una falta de apoyo social, económico y una menor duración de la hospitalización conllevan a resultados más bajos de adhesión al tratamiento en pacientes con trastorno depresivo mayor.

De la misma manera los pacientes con trabajo eran más propensos a interrumpir el tratamiento debido a la falta de tiempo para acudir a las citas y llevar a cabo un seguimiento.

Otro factor de riesgo para la continuidad del tratamiento eran las hospitalizaciones de corta duración, lo cual se podría explicar bien porque los pacientes son dados de alta de manera anticipada o bien porque las patologías eran de menor gravedad y mejor pronóstico y por lo tanto la continuidad posterior era más corta ^[12].

- c) *La falta de apoyo social*: relacionada con los dos puntos anteriores, los pacientes dados de alta y que viven solos, sin la presencia de relaciones familiares, amistades o personas allegadas que apoyen al mismo, sin ningún tipo de estímulo externo, se encuentran a menudo en un círculo vicioso en el cual no continúan el tratamiento, no llevan a cabo el seguimiento ambulatorio y finalmente vuelven a ser reingresados en los servicios de Psiquiatría ^[2,12].

- d) *Las autolesiones*: que se presentan sobre todo en pacientes con trastornos depresivos recurrentes, trastornos de la personalidad, abuso de sustancias y personas con trastornos de ansiedad relacionados con el estrés. Se observó una tasa de reingreso de un 48% de pacientes dados de alta tras los 6 meses posteriores debido a la presencia de lesiones.

El hecho de tener antecedentes de autolesiones anteriores y un mayor número de consultas externas en servicios de salud mental aumenta el riesgo de reingreso por autolesión.

Por ello todos los pacientes con enfermedades mentales graves y riesgo de autolesión ya sea porque existe una historia anterior o por que durante el ingreso hubo un intento de daño deberían de tener un seguimiento ambulatorio muy estrecho

especialmente durante la primera semana tras el alta donde existe el mayor riesgo de autolesión, así como un seguimiento a largo plazo posterior ^[16].

- e) *El suicidio*: las tasas de suicidio son mayores durante el primer mes tras el alta del hospital ^[17] incluso Bickley H et al ^[4] afirman en su estudio que el 55% de los suicidios ocurren en la primera semana tras el alta, de los cuales el 49% todavía no había asistido a la primera visita ambulatoria ^[4].

En cuanto a los factores de riesgo para el suicidio encontrándose en concordancia con estudios anteriores, los pacientes jóvenes entre 15 y 24 años predominando el sexo femenino, las hospitalizaciones prolongadas y/o pacientes con trastornos de la personalidad predominantemente así como también esquizofrénicos son más propensos al suicidio ^[17].

Otros estudios mostraron que un periodo corto de hospitalización estaba más relacionado con los episodios suicidas, probablemente por la inadecuación de las altas dadas antes del restablecimiento completo del paciente.

Así mismo la edad avanzada y los eventos adversos recientes eran favorecedores del paso al acto.

Por el contrario la no adherencia al tratamiento y el vivir solo o estar desempleado no representaba un mayor riesgo ^[4].

En lo cual ambos estudios están de acuerdo es que un seguimiento inmediato, estricto e intensivo tras el alta de una duración mínima de un año es necesario para este tipo de pacientes.

- f) *Los reingresos*: de las cuales ya se hizo hincapié anteriormente, son uno de los mayores problemas encontrados tras el alta de los pacientes con enfermedades psiquiátricas y representan el mayor gasto para el sistema de salud mental. Los estudios más clásicos enfatizan la importancia de las dificultades de gestión del tratamiento, la falta de recursos y la ausencia de un seguimiento posterior al alta y la importancia de estos ^[6,9] (un programa de transición inferior a 6 meses tiene más probabilidades de reingreso) ^[5]. Sin embargo, dentro de los factores de riesgo de readmisión, los estudios más recientes ^[18] enfatizan en la influencia de factores diferentes a los de la falta de visita ambulatoria sino que señalan tres factores desde los más destacados como son los siguientes:

- La historia psiquiátrica anterior. A mayor número de problemas en el pasado relacionados con la enfermedad, mayor riesgo de readmisión.

- La duración de la hospitalización. Una hospitalización mayor a 28 días representaba un factor protector de reingreso, sin embargo una estancia inferior mostraba un mayor número de reingresos durante la primera semana tras el alta.

- El estado civil. Los pacientes solteros, separados o viudos se relacionan con una tasa más elevada de reingreso ^[6] durante el periodo de 8 a 30 días tras el alta ^[18].

Esto influencia también las dificultades de adherencia al tratamiento que se asocia a mayor riesgo de hospitalización ^[6].

- No se encontró una influencia significativa en relación con los factores sociodemográficos o los diagnósticos de los pacientes ^[18].

Mientras que otros estudios observaron que la gravedad de la enfermedad y las características sociodemográficas estaban relacionadas con un mayor reingreso ^[6].

Así mismo el seguimiento ambulatorio durante la primera semana tras el alta mostraba una mayor probabilidad de readmisión entre los días 8 y 30 ^[18].

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

A pesar de que la tendencia global se dirige hacia la necesidad e importancia de un seguimiento tras el alta de los pacientes psiquiátricos, los resultados obtenidos en esta revisión son muy variables y discordantes debido a las grandes limitaciones de los estudios analizados.

Si bien la única revisión sistemática existente sobre el tema concluye que un programa de continuidad asistencial de transición inferior a 6 meses lleva a un aumento de la probabilidad de readmisión del paciente ^[5], por lo que apoya positivamente que el seguimiento tras el alta es necesario, los hallazgos negativos aparecen frecuentemente en el resto de estudios y a pesar de que se trate de trabajos de menor calidad, su peso es todavía bastante elevado.

Así mismo podemos observar la gran diferencia de reacción entre pacientes con distintas patologías, de las cuales en esta revisión nos centramos en la depresión mayor y los trastornos psicóticos. Esto puede ser explicado gracias a los diferentes modos de actuación de cada enfermedad. La predominancia de los síntomas afectivos en la depresión mayor conlleva que el seguimiento tras el alta mediante apoyo y mayor duración de la hospitalización sean factores positivos para una mejor adhesión al tratamiento, mientras que en los trastornos psicóticos la pérdida de contacto con la realidad provoque una mayor dificultad para obtener resultados satisfactorios.

Así mismo otra de las causas de la gran divergencia de los resultados es la limitación de los estudios analizados, que presentan diseños muy diferentes. Al mismo tiempo la presencia de pequeñas muestras en una gran parte de ellos, la no discriminación de los distintos perfiles clínicos dentro de cada trastorno, así como las diferencias sociodemográficas y económicas entre ellos lleva a inconsistencias en los resultados y la imposibilidad de generalización de los mismos.

Los estudios revisados estaban realizados en su mayoría en EEUU, en donde la organización y financiación del sistema de salud es muy diferente a la mayoría del resto de países y por ello las dificultades económicas cobran tanta importancia en el seguimiento de los pacientes psiquiátricos, así mismo los trabajos realizados en Corea del Sur muestran que las tasas de suicidio son mayores en la población general de base, por lo que ambas limitaciones imposibilitan la generalización de los resultados a países europeos.

Esto nos permite revelar la gran necesidad de llevar a cabo más investigación en los pacientes con distintos trastornos psiquiátricos de manera independiente en este campo de estudio de la continuidad asistencial del paciente psiquiátrico tras ser dado de alta que se puedan generalizar a la mayor parte de la población, ya que por el momento es un tema poco estudiado, sobre todo en los países europeos.

Sería muy interesante profundizar en el seguimiento de los pacientes en hospitales de día tras el alta, ya que se pudo observar la buena adherencia a este tipo de seguimiento y los buenos resultados obtenidos. En nuestra experiencia los profesionales que trabajan en el H. de Día priorizan sus pacientes en dependencia de sus programas de tratamiento. En ocasiones cuando éstos tienen que ver con pacientes con trastornos no psicóticos, la resultante es que los pacientes con trastorno mental grave y agudo quedan en un segundo plano.

Tras más de cuatro décadas de desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria, los estudios de la OMS han producido una extensa base conceptual acerca de dispositivos intermedios de salud mental. A pesar de todo ello existe un gran desequilibrio entre las necesidades asistenciales de los pacientes y la provisión de servicios comunitarios para el tratamiento de los pacientes con trastorno mental grave y agudo. Investigadores españoles del CIBERSAM han identificado en la bibliografía internacional tres modelos de atención psiquiátrica intensiva: Atención Intensiva y Continuada de Día (H. de Día); Atención Asertivo Comunitaria y el Tratamiento Agudo

Domiciliario (que también incorpora programas de Resolución de Crisis). Ellos proponen la incorporación de un “subsistema de Atención Aguda intensiva e Integrada” que integre de forma combinada y efectiva los elementos clave de estos tres modelos terapéuticos en la patología mental aguda y grave ^[19].

La investigación clínica documentando la discontinuidad asistencial tanto en los pacientes dados de alta de UHA como de los que se desvinculan de las USM son cruciales para la petición de ampliar la cartera de servicios en materia de Salud Mental. Esta revisión pretende ser continuada con un estudio longitudinal de pacientes dados de alta en los años 2014 y 2015 de nuestra Unidad de Hospitalización para que se documente nuestra realidad asistencial actual.

Para el desarrollo de nuevos modelos es preciso una apuesta veraz de la administración en dotar de equipamientos a los Servicios de Salud Mental. A nuestro nivel autonómico la red de dispositivos intermedios está muy poco desarrollada y la incorporación de nuevos modelos terapéuticos debería convertirse en una prioridad en la estrategia actual de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- [¹] Moreno J.O, López Bastida, J, Montejo-González A.L, Osuna-Guerrero R, y Duque-González B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10 (4), 361-369.
- [²] Dixon L,Goldberg R, Iannone V, Lucksted A et al. Use of a Critical Time Intervention to Promote Continuity of Care After Psychiatric Inpatient Hospitalization. *Psychiatric Services* 2009 60:4, 451-458.
- [³] Barekattain M, Maracy MR, Rajabi F, Baratian H. Aftercare services for patients with severe mental disorder: A randomized controlled trial. *J Res Med Sci*. 2014 Mar;19(3):240-5.
- [⁴]Bickley H, Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: a case-control study. *Psychiatr Serv*. 2013 Jul 1;64(7):653-9.
- [⁵]Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, Seitz DP. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013 Mar;202(3):187-94.
- [⁶] Grinshpoon A, Lerner Y, Hornik-Lurie T, Zilber N, Ponizovsky AM. Post-discharge contact with mental health clinics and psychiatric readmission: a 6-month follow-up study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2011; 48:262-267.
- [⁷] Larivière N, Desrosiers J, Tousignant M, Boyer R. Revisiting the psychiatric day hospital experience 6 months after discharge: how was the transition and what have clients retained?. *Psychiatr Q*. 2010 Jun;81(2):81-96.
- [⁸] Pfeiffer PN, Ganoczy D, Zivin K, McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC. Outpatient follow-up after psychiatric hospitalization for depression and later readmission and treatment adequacy. *Psychiatr Serv*. 2012 Dec;63(12):1239-42.
- [⁹] Lee SY, Kim KH, Kim T, Kim SM, Kim JW, Han C et al. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. *Psychiatry Investig*. 2015 Oct;12(4):425-33.

^[10]Stensrud B, Høyer G, Beston G, Granerud A, Landheim AS. “Care or control?”: a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Feb 12. [Epub ahead of print.]

^[11]Tomita A, Ph.D. and Herman D, Ph.D. M.S.W. The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness following hospital discharge. *J Nerv Ment Dis*. 2015 January ; 203(1): 65–70.

^[12]Wang HR, Song HR, Jung YE, Woo YS, Jun TY, Kim KS, Bahk WM. Continuity of outpatient treatment after discharge of patients with major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Jun;201(6):519-24.

^[13]Berger A, Edelsberg J, Sanders K, Alvir JM, Mychaskiw M, and Oster G. Medication adherence and utilization in patients with schizophrenia or bipolar disorder receiving aripiprazole, quetiapine, or ziprasidone at hospital discharge: A retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2012 Aug 2; 12: 99.

^[14]Malla A, Tibbo P, Chue P, Levy E, Manchanda R, Teehan M et al. Long acting Injectable antipsychotics: Recommendations for clinicians. *Can J Psychiatry*. 2013; 58 (5suppl 1): 30S-35S.

^[15]Tiihonen J, Haukka J, Taylor M. et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalizations for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2011; 168: 603-609.

^[16]Mellesdal L, Kroken R.A, Lutro O, Wentzel-Larsen T, Kjelby E, Oedegaard K.J et al. Self-harm induced somatic admission after discharge from psychiatric hospital – a prospective cohort study. *Eur Psychiatry*. 2014 May; 29(4):246–252.

^[17]Park S, Choi JW, Kyoung Yi K, Hong JP. Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989-2006. *Psychiatry Res*. 2013 Jul 30;208(2):145-50.

^[18]Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Mar-Apr;39:53-8.

^[19]Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012, 40 (6): 323-332.

ANEXO

1. Najim H, Jaffar K. A Completed Cycle Audit of Psychiatric Discharge Summaries. *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1:S432-4.
2. Rimstad R, Holtan A. A cross-sectional survey of patient needs in hospital evacuation. *J Emerg Manag*. 2015 Jul-Aug;13(4):295-301.
3. Shaffer SL, Hutchison SL, Ayers AM, Goldberg RW, Herman D, Duch DA, et al. Brief Critical Time Intervention to Reduce Psychiatric Rehospitalization. *Psychiatr Serv*. 2015 Nov;66(11):1155-61.
4. Hengartner MP, Klauser M, Heim G, Passalacqua S, Andreae A, Rössler W, et al. Introduction of a Psychosocial Post-Discharge Intervention Program Aimed at Reducing Psychiatric Rehospitalization Rates and at Improving Mental Health and Functioning. *Perspect Psychiatr Care*. 2015 Jul 20.
5. Abdullah-Koolmees H, Gardarsdottir H, Yazir D, Stoker LJ, Vuyk J, Egberts TC, et al. Medication Discontinuation in Patients After Discharge From a Psychiatric Hospital. *Ann Pharmacother*. 2015 Oct;49(10):1085-95.
6. Stagi P, Galeotti S, Mimmi S, Starace F, Castagnini AC. Continuity of care from child and adolescent to adult mental health services: evidence from a regional survey in Northern Italy. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Dec;24(12):1535-41.
7. Moore M, Robinson G, Mink R, Hudson K, Dotolo D, Gooding T, et al. Developing a Family-Centered Care Model for Critical Care After Pediatric Traumatic Brain Injury. *Pediatr Crit Care Med*. 2015 Oct;16(8):758-65.
8. Cossette S, Vadeboncoeur A, Frasure-Smith N, McCusker J, Perreault D, Guertin MC. Randomized controlled trial of a nursing intervention to reduce emergency department revisits. *CJEM*. 2015 Jan;17(1):13-20.
9. Flink M, Bergenbrant Glas S, Airosa F, Öhlén G, Barach P, Hansagi H, et al. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records. *Int J Med Inform*. 2015 May;84(5):355-62.
10. Cossette S, Frasure-Smith N, Vadeboncoeur A, McCusker J, Guertin MC. The impact of an emergency department nursing intervention on continuity of care, self-care capacities and psychological symptoms: secondary outcomes of a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015 Mar;52(3):666-76.
11. Allen SN, Ojong-Salako M. Pharmacist-initiated prior authorization process to improve patient care in a psychiatric acute care hospital. *J Pharm Pract*. 2015 Feb;28(1):31-4.
12. Instefjord MH, Aasekjær K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nurs*. 2014 Oct 17;13:32.

13. Somers N, Bartlett A. Women's secure hospital care pathways in practice: a qualitative analysis of clinicians views in England and Wales. *BMC Health Serv Res.* 2014 Oct 1;14:450.
14. Theodoridou A, Hengartner MP, Gairing SK, Jäger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Rössler W. Evaluation of a new person-centered integrated care model in psychiatry. *Psychiatr Q.* 2015 Jun;86(2):153-68.
15. Elliott D, Davidson JE, Harvey MA, Bemis-Dougherty A, Hopkins RO, Iwashyna TJ, et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. *Crit Care Med.* 2014 Dec;42(12):2518-26.
16. Lawn S, Hehir A, Indig D, Prosser S, Macleod S, Keller A. Evaluation of a totally smoke-free forensic psychiatry in-patient facility: practice and policy implications. *Aust Health Rev.* 2014 Sep;38(4):476-82.
17. Tsai J. Hospital discharge recommendations can be confusing for people of low socioeconomic status, and difficult to follow due to constraints or conflicting personal goals. *Evid Based Nurs.* 2015 Jan;18(1):7.
18. Trestman RL, Aseltine RH Jr. Justice-involved health information: policy and practice advances in Connecticut. *Perspect Health Inf Manag.* 2014 Jan 1;11:1e. eCollection 2014.
19. Ahmed S, Khan R, Pursglove D, O'Donoghue J, Chakraborty N. Discharges from an early intervention in psychosis service: where do patients stand after 3 years?. *Early Interv Psychiatry.* 2015 Feb;9(1):48-52.
20. Carson NJ, Vesper A, Chen CN, Lê Cook B. Quality of follow-up after hospitalization for mental illness among patients from racial-ethnic minority groups. *Psychiatr Serv.* 2014 Jul;65(7):888-96.
21. Danila O, Hirdes JP, Maxwell CJ, Marrie RA, Patten S, Pringsheim T, et al. Prevalence of neurological conditions across the continuum of care based on interRAI assessments. *BMC Health Serv Res.* 2014 Jan 22;14:29.
22. Mikkelsen EN, Petersen A, Kaae AM, Petersen H. Cross-sector problems of collaboration in psychiatry. *Dan Med J.* 2013 Sep;60(9):A4707.
23. Wallace NT, McConnell KJ. Impact of comprehensive insurance parity on follow-up care after psychiatric inpatient treatment in Oregon. *Psychiatr Serv.* 2013 Oct;64(10):961-6.
24. Lay B, Salize HJ, Dressing H, Rüsç N, Schönenberger T, Bühlmann M, et al. Preventing compulsory admission to psychiatric inpatient care through psycho-education and crisis focused monitoring. *BMC Psychiatry.* 2012 Sep 5;12:136.
25. Durbin J, Barnsley J, Finlayson B, Jaakkimainen L, Lin E, Berta W, et al. Quality of communication between primary health care and mental health care: an examination of referral and discharge letters. *J Behav Health Serv Res.* 2012 Oct;39(4):445-61.

26. Adams P, Nielson H. Evidence based practice: decreasing psychiatric revisits to the emergency department. *Issues Ment Health Nurs*. 2012 Aug;33(8):536-43.
27. Becker T, Kösters M. Psychosocial interventions in people with severe mental illness: a Bleulerian perspective. *Neuropsychobiology*. 2012;66(1):70-5.
28. Brewin CR, Andrews B, Hejdenberg J. Recognition and treatment of psychological disorders during military service in the UK armed forces: a study of war pensioners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Dec;47(12):1891-7.
29. Maples NJ, Copeland LA, Zeber JE, Li X, Moore TA, Dassori A, Velligan DI, Miller AL. Can medication management coordinators help improve continuity of care after psychiatric hospitalization? *Psychiatr Serv*. 2012 Jun;63(6):554-60.
30. Frueh BC, Grubaugh AL, Lo Sasso AT, Jones WJ, Oldham JM, Lindrooth RC. Key stakeholder perceptions regarding acute care psychiatry in distressed publicly funded mental health care markets. *Bull Menninger Clin*. 2012 Winter;76(1):1-20.
31. Carlisle CE, Mamdani M, Schachar R, To T. Aftercare, emergency department visits, and readmission in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Mar;51(3):283-293.e4.
32. Fernandes V, Flak E. Safe and effective prescribing practices at the point of discharge from an inpatient psychiatry unit. *J Psychiatr Pract*. 2012 Jan;18(1):12-9.
33. Stewart MW, Wilson M, Bergquist K, Thorburn J. Care coordinators: a controlled evaluation of an inpatient mental health service innovation. *Int J Ment Health Nurs*. 2012 Feb;21(1):82-91.
34. Huxtable CA, Roberts LJ, Somogyi AA, MacIntyre PE. Acute pain management in opioid-tolerant patients: a growing challenge. *Anaesth Intensive Care*. 2011 Sep;39(5):804-23. Review.
35. Batscha C, McDevitt J, Weiden P, Dancy B. The effect of an inpatient transition intervention on attendance at the first appointment postdischarge from a psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2011 Sep-Oct;17(5):330-8.
36. Catty J, Cowan N, Poole Z, Clement S, Ellis G, Geyer C, et al. Continuity of care for people with non-psychotic disorders. *Int J Soc Psychiatry*. 2013 Feb;59(1):18-27.
37. Boudreaux ED, Niro K, Sullivan A, Rosenbaum CD, Allen M, Camargo CA Jr. Current practices for mental health follow-up after psychiatric emergency department/psychiatric emergency service visits: a national survey of academic emergency departments. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Nov-Dec;33(6):631-3.
38. Schaefer JA, Cronkite RC, Hu KU. Differential relationships between continuity of care practices, engagement in continuing care, and abstinence among subgroups of patients with substance use and psychiatric disorders. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Jul;72(4):611-21.

39. Roggenbaum S, Christy A, LeBlanc A. Suicide assessment and prevention during and after emergency commitment. *Community Ment Health J.* 2012 Dec;48(6):741-5.
40. Cooper J, Hunter C, Owen-Smith A, Gunnell D, Donovan J, Hawton K, et al. "Well it's like someone at the other end cares about you." A qualitative study exploring the views of users and providers of care of contact-based interventions following self-harm. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011 Mar-Apr;33(2):166-76.
41. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Pietrabissa G, Molinari E. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy and Brief Strategic Therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. *Trials.* 2011 May 9;12:114.
42. Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR. Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clin Psychol Psychother.* 2012 Jan-Feb;19(1):1-13.
43. Van den Noort M, Bosch P. Schizophrenia-related outpatient treatment of Medicaid-financed patients after hospital discharge. *J Clin Psychiatry.* 2011 Jan;72(1):113; author reply 113-4.
44. Copeland LA, Zeber JE, Bingham MO, Pugh MJ, Noël PH, Schmacker ER, et al. Transition from military to VHA care: psychiatric health services for Iraq/Afghanistan combat-wounded. *J Affect Disord.* 2011 Apr;130(1-2):226-30.
45. de Miranda S, Pochard F, Chaize M, Megarbane B, Cuvelier A, Bele N, et al. Postintensive care unit psychological burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease and informal caregivers: A multicenter study. *Crit Care Med.* 2011 Jan;39(1):112-8.
46. Nair R, Bilszta J, Salam N, Shafira N, Buist A. Client evaluation of a specialist inpatient parent-infant psychiatric service. *Australas Psychiatry.* 2010 Dec;18(6):573-8.
47. Chopra P, Herrman HE. The long-term outcomes and unmet needs of a cohort of former long-stay patients in Melbourne, Australia. *Community Ment Health J.* 2011 Oct;47(5):531-41.
48. Sihvo S, Wahlbeck K, McCallum A, Sevon T, Arffman M, Haukka J, et al. Increase in the duration of antidepressant treatment from 1994 to 2003: a nationwide population-based study from Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Nov;19(11):1186-93.
49. Epstein-Lubow G, Fulton AT, Gardner R, Gravenstein S, Miller IW. Post-hospital transitions: special considerations for individuals with dementia. *Med Health R I.* 2010 Apr;93(4):125-7.
50. Sloan PA, Asghar-Ali A, Teague A, Body E, Kunik ME. Psychiatric hospitalists and continuity of care: a comparison of two models. *J Psychiatr Pract.* 2010 May;16(3):170-6.

51. Olfson M, Marcus SC, Doshi JA. Continuity of care after inpatient discharge of patients with schizophrenia in the Medicaid program: a retrospective longitudinal cohort analysis. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jul;71(7):831-8.
52. Larivière N, Boyer R. Revisiting the therapeutic experience in a psychiatric day hospital six months after discharge: path and perceptions of people with mental disorders. *Sante Ment Que*. 2011 Spring;36(1):75-97.
53. Bauer MS, Biswas K, Kilbourne AM. Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. *Am J Psychiatry*. 2009 Nov;166(11):1244-50.
54. Stahler GJ, Mennis J, Cotlar R, Baron DA. The influence of neighborhood environment on treatment continuity and rehospitalization in dually diagnosed patients discharged from acute inpatient care. *Am J Psychiatry*. 2009 Nov;166(11):1258-68.
55. Farrand P, Booth N, Gilbert T, Lankshear G. Engagement and early termination of contact with a community-based early intervention service for personality disorder in young adults. *Early Interv Psychiatry*. 2009 Aug;3(3):204-12.
56. Wood SK, Campbell AK, Marden JD, Schmidtman L, Blundell GH, Sheerin NJ, Davidson PM. Inpatient care to community care: improving clinical handover in the private mental health setting. *Med J Aust*. 2009 Jun 1;190(11 Suppl):S144-9.
57. Raven MC, Carrier ER, Lee J, Billings JC, Marr M, Gourevitch MN. Substance use treatment barriers for patients with frequent hospital admissions. *J Subst Abuse Treat*. 2010 Jan;38(1):22-30.
58. Mannelli P, Patkar AA, Peindl K, Gottheil E, Wu LT, Gorelick DA. Early outcomes following low dose naltrexone enhancement of opioid detoxification. *Am J Addict*. 2009 Mar-Apr;18(2):109-16.
59. Lake AE 3rd, Saper JR, Hamel RL. Comprehensive inpatient treatment of refractory chronic daily headache. *Headache*. 2009 Apr;49(4):555-62.
60. Trivedi AN, Swaminathan S, Mor V. Insurance parity and the use of outpatient mental health care following a psychiatric hospitalization. *JAMA*. 2008 Dec 24;300(24):2879-85.
61. Schaefer JA, Harris AH, Cronkite RC, Turrubiarres P. Treatment staff's continuity of care practices, patients' engagement in continuing care, and abstinence following outpatient substance-use disorder treatment. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008 Sep;69(5):747-56.
62. Ilgen MA, Hu KU, Moos RH, McKellar J. Continuing care after inpatient psychiatric treatment for patients with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 2008 Sep;59(9):982-8.
63. Discharge planning Advisor. Communication barriers, lack of coordination challenge care of behavioral health patients. *Hosp Peer Rev*. 2008 Apr;33(4):51-4.

64. Williams TL, Cerese J, Cuny J, Sama D. Outcomes of an initial set of standardized performance measures for inpatient mental health. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008 Jul;34(7):399-406.
65. Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, Martin ML, Jensen E. The Transitional Discharge Model: comparing implementation in Canada and Scotland. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007 Nov;45(11):31-8.
66. Price LM. Transition to Community: a program to help clients with schizophrenia move from inpatient to community care; a pilot study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007 Dec;21(6):336-44.
67. Rose LE, Gerson L, Carbo C. Transitional care for seriously mentally ill persons: a pilot study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2007 Dec;21(6):297-308.
68. Cameron CL, Birnie K, Dharma-Wardene MW, Raivio E, Marriott B. Hospital-to-community transitions. A bridge program for adolescent mental health patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007 Oct;45(10):24-30.
69. Kinnaird W. A systematic approach for providing concrete services and discharge planning based on using information handouts. *Soc Work Health Care.* 2007;45(4):23-41.
70. McCarthy JF, Valenstein M, Blow FC. Residential mobility among patients in the VA health system: associations with psychiatric morbidity, geographic accessibility, and continuity of care. *Adm Policy Ment Health.* 2007 Sep;34(5):448-55.
71. Rémy I. Bretonneau mobile team, a bridge between the hospital and the community. *Soins Gerontol.* 2007 Mar-Apr;(64):35-8.
72. Stahler GJ, Mazzella S, Mennis J, Chakravorty S, Rengert G, Spiga R. The effect of individual, program, and neighborhood variables on continuity of treatment among dually diagnosed individuals. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Feb 23;87(1):54-62.