

## ¿CUÁL ES EL EFECTO DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE EN COMPARACIÓN A LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA CERRADA?

La desinstitucionalización se refiere al cambio en la atención de personas con enfermedad mental, desde el hospital a entornos comunitarios. La intervención denominada **servicios residenciales o vida independiente** son un medio para lograrla.

Esta síntesis de evidencia busca evaluar la efectividad y consideraciones de implementación de servicios residenciales para personas con enfermedad mental grave.

### Mensajes claves de los resultados

#### CALIDAD DE VIDA

Los servicios residenciales en comparación a los que permanecen en atención cerrada, podrían hacer poca o ninguna diferencia sobre la dimensión ambiental, psicológica, de relaciones sociales, física y satisfacción general (escala WHOQOL-BREF), sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.

#### SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE Y SALUD MENTAL

Los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente la psicopatología general síntomas negativos y positivos, si se compara con el grupo que permanece en atención cerrada. Además, podrían mejorar ligeramente la salud mental, si se compara con el grupo que permanece en atención cerrada. La certeza de la evidencia es MUY BAJA.

#### FUNCIÓN SOCIAL

Desde la perspectiva de los cuidadores y el paciente, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y expectativas en las actividades sociales y de tiempo libre, respecto al grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.

#### CONTACTOS SOCIAL Y EVALUACIÓN DEL ENTORNO

Al 1er y 5to año, el número promedio de amigos y confidentes del grupo de servicios residenciales podría ser levemente mayor respecto al grupo de atención cerrada. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA. Los servicios residenciales podrían aumentar el número personas que desean permanecer el lugar en el que se encuentran. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.

### Este documento se encuentra disponible en

Página web Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia ([etesa-sbe.minsal.cl](http://etesa-sbe.minsal.cl))

### ¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención, que se realiza en plazos más acotados en una revisión sistemática.

### ✓ Este resumen incluye:

- **Pregunta y contextualización**
- **Resumen de evidencia:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones.
- **Métodos y resultados**

### ✗ No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Datos de la realidad local de Chile en el tema abordado
- Lista de stakeholders involucrados en el tema en cuestión
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.

### Se utilizaron 3 revisiones sistemáticas

### ¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el Departamento de Salud Mental de DIPRECE, SSP.

## ANÁLISIS Y DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA PREGUNTA EN FORMATO PICO

**Población:** personas con enfermedades mental crónicas graves.

**Intervención:** servicios residenciales de largo plazo.

**Comparación:** atención cerrada a largo plazo en hospitales psiquiátricos.

**Desenlaces (outcomes):** Calidad de vida, sintomatología, salud mental, función social, contactos sociales, deseos de permanecer en el lugar.

## INTRODUCCIÓN

La desinstitucionalización generalmente se refiere al cambio en la atención de personas con enfermedad mental, desde el hospital a entornos comunitarios. La intervención denominada **servicios residenciales y/o vida independiente** son un medio para lograrla. Estas intervenciones se definen como viviendas con soporte de salud mental residencial de largo plazo que entrega respuestas a las necesidades sociales de sus residentes. Se ubican en áreas residenciales normales y dependiendo del impacto de la enfermedad sobre la funcionalidad de los pacientes, pueden incluir supervisión clínica en diferentes grados. Éstas van desde el cuidado permanente a la visita esporádica de un equipo o profesional.

Dentro del Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, se incluye como estrategia del objetivo N°8, completar el proceso de desinstitucionalización de las personas residentes en hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía en convenio. Se espera, como meta, que al año 2025 el 100% de las personas que vivían en los hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía, residan con sus familias o en dispositivos comunitarios autorizados, de acuerdo con sus necesidades(1).

Esta síntesis de evidencia busca evaluar la efectividad y consideraciones de implementación de la implementación de servicios residenciales para personas con enfermedad mental grave en comparación a la atención cerrada para esta misma población.

### ¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la implementación de políticas de desinstitucionalización.

### Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto de los efectos que tendría la desinstitucionalización sobre personas con enfermedad mental crónica grave. Se presentan los principales hallazgos encontrados en la evidencia recopilada, además de algunas consideraciones sobre la implementación relacionadas a la intervención estudiada.

### ¿Cómo fue preparado este resumen?

Para la búsqueda de revisiones sistemáticas se utilizaron como palabras claves “*Independent Living*”, “*Community Dwelling\**”, “*Deinstitutionalization*”, “*Home Care Service*”

### En qué bases de datos se buscó

- [MEDLINE](#)
- [EMBASE](#)
- [Health System Evidence](#)
- [EPISTEMONIKOS](#)

### Criterios de inclusión

Servicios residenciales para personas adultas con enfermedad mental grave crónica con antecedentes de hospitalizaciones de al menos 6 meses

### Criterios de exclusión

Estudios que se centraban en población con discapacidades cognitivas, en situación de calle, con trastornos alimenticios, por abuso de sustancias. Además, se excluyeron las intervenciones de hospitalización breve, dado que no necesariamente estaban asociadas a un servicio residencial.

## RESUMEN DE HALLAZGOS

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas (RS) sobre servicios residenciales para personas adultas con enfermedad mental grave en procesos de desinstitucionalización. La búsqueda se realizó en las bases de datos MEDLINE, EMBASE, Health System Evidence y EPISTEMONIKOS.

Se incluyeron aquellas RS que evaluaron los resultados en salud de personas que hayan estado al menos 6 meses en hospitalización cerrada, donde el grupo intervención fuera enviado a alguna modalidad de servicios residenciales y en que el grupo comparador fuera al mismo grupo intervención, pero antes de ser dado de alta de la hospitalización cerrada o fuera un grupo equivalente que permaneció hospitalizado. No se establecieron criterios de exclusión en un inicio.

Una vez ejecutada la búsqueda, el equipo técnico solicitante de esta síntesis decidió excluir aquellas RS que se centraban exclusivamente en personas con discapacidades cognitivas, en situación de calle, con trastornos alimenticios, o con abuso de sustancias. Además, se excluyeron las intervenciones de hospitalización breve, dado que no necesariamente estaban asociadas a un servicio residencial.

No se aplicaron restricciones en base al idioma. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes. La evaluación del texto completo y la extracción de datos fue realizada por un revisor.

Se encontraron inicialmente 293 RS. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se descartaron 290 estudios por disenso o duplicados, seleccionándose 3 RS (2–4) publicadas entre los años 2013 y 2018. Por su parte, las RS seleccionadas incluyen 130 estudios primarios. Sobre estos estudios primarios se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión de las RS, incluyéndose 12 estudios primarios (5,6,15,16,7–14), de los cuales 2 son de diseño Ensayos Controlados Aleatorizados (ECAs) (14,15) y 10 son Cohorte prospectivas (5–13,16).

Para estimar el efecto de los outcome relevantes, se decidió priorizar las mediciones de los ECA, en caso contrario se utilizaron las mediciones de los estudios de Cohorte. De este modo los efectos se basan en las mediciones de 4 estudios (5,11,14,16), las cuales fueron utilizadas para construir las tablas a continuación. Estos estudios estaban contextualizados en países que habían implementado políticas nacionales de desinstitucionalización, por lo que las personas habían permanecido al menos 1 año en atención cerrada antes de iniciada a la investigación, y en algunos casos pasaron décadas. El grupo intervención (desinstitucionalizado o que ingresaron a servicios residenciales) fueron trasladados a hogares grupales donde estaba disponible personal de salud en caso de ser necesario, y en los que se realizaban actividades recreativas o de terapia ocupacional. El grupo control (que permaneció en atención cerrada) estaba

### Sobre la certeza de la evidencia (GRADE)

⊕⊕⊕⊕

**Alta:** Esta investigación entrega una muy buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es baja

⊕⊕⊕○

**Moderada:** Esta investigación entrega una buena indicación del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es moderada.

⊕⊕○○

**Baja:** Esta investigación entrega una alguna indicación del efecto probable. Sin embargo, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es alta.

⊕○○○

**Muy baja:** Esta investigación no entrega una indicación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente es muy alta.

compuesto de otras personas de similares condiciones psiquiátricas o en el mismo grupo intervención antes de ser egresado del hospital, a este grupo también se le realizó actividades recreativas o de terapia ocupacional durante la atención cerrada.

Cada hallazgo contiene una tabla resumen con los resultados (en medidas relativas y absolutas), mostrando la certeza en la evidencia de cada uno de los outcome, de acuerdo a los establecido por GRADE (Ver recuadro Certeza de la evidencia GRADE).

## HALLAZGO 1. ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la CALIDAD

Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
<b>WHO-QOL* Ambiental</b> <i>a los 2 años</i>	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>23,0</b> Puntaje promedio	<b>24,1</b> Puntaje promedio	<b>DM 1,1 más alto</b> (2,85 menor a 5,05 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Los servicios residenciales en comparación a los que permanecen en atención cerrada, podrían hacer poca o ninguna diferencia sobre la dimensión ambiental, psicológica, de relaciones sociales, física y satisfacción general (de la escala WHOQOL-BREF), sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA
<b>WHO-QOL Psicológica</b> <i>a los 2 años</i>	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>15,9</b> Puntaje promedio	<b>17,9</b> Puntaje promedio	<b>DM 2,0 más alto</b> (1,14 menor a 5,14 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
<b>WHO-QOL Relaciones Sociales</b> <i>a los 2 años</i>	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>10,0</b> Puntaje promedio	<b>8,4</b> Puntaje promedio	<b>DM 1,6 menor</b> (3,16 menor a 0,04 menor)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
<b>WHO-QOL Física</b> <i>a los 2 años</i>	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>19,8</b> Puntaje promedio	<b>21,4</b> Puntaje promedio	<b>DM 1,6 más alto</b> (1,4 menor a 4,6 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
<b>WHO-QOL Satisfacción general de la Vida</b> <i>a los 2 años</i>	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>5,8</b> Puntaje promedio	<b>5,9</b> Puntaje promedio	<b>DM 0,1 más alto</b> (1,06 menor a 1,26 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	

\* WHOQOL-BREF tiene 26 preguntas distribuidas en cuatro dominios: medio ambiente (8 ítems) psicológico (8 ítems) relaciones sociales (3 ítems), salud física (7 ítems), 2 ítems individuales que miden la calidad de vida general, dando un total de 26 ítems. Una puntuación alta indica una mejor calidad de vida. Escala de 0 a 100.

**El riesgo en el grupo de intervención** (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

**GRADE:** Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia media.

- La evaluación de la calidad de los estudios fue calificada como "alta". La evaluación la realizó la RS (4) a través de la escala "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies". A pesar de ello, se baja dos niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, ya que el estudio primario no explicita el mecanismo de aleatorización, la forma de ocultar la secuencia y no se indica que haya cegamiento de los clínicos.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia ya que el intervalo de confianza considera tanto un escenario de beneficio como de riesgo de los servicios residenciales.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por el número pequeño de la muestra.

## HALLAZGO 2 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la SINTOMATOLOGÍA DEL PACIENTE Y SALUD MENTAL?

Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
PANSS *Psicopatología general 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>49,9</b> Puntaje promedio	<b>42,1</b> Puntaje promedio	<b>DM 7,8 menor</b> (11,78 menor a 3,82 menor)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente la psicopatología general síntomas negativos y positivos, si se compara con el grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
PANSS Síntomas negativos 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>30,4</b> Puntaje promedio	<b>23,5</b> Puntaje promedio	<b>DM 6,9 menor</b> (10,78 menor a 3,02 menor)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
PANSS Síntomas positivos 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>17,6</b> Puntaje promedio	<b>13,6</b> Puntaje promedio	<b>DM 4,0 menor</b> (6,98 menor a 1,02 menor)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
GHQ-12 ** 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>3,1</b> Puntaje promedio	<b>1,6</b> Puntaje promedio	<b>DM 1,5 menor</b> (3,35 menor a 0,35 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente la salud mental, si se compara con el grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.

\* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Es una prueba formada por 30 ítems que se puntúan de 1 “ausente” a 7 “extremo presente”. A mayor puntaje, mayor severidad de los síntomas. Las puntuaciones oscilarán entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 a 112 para la psicopatología general. Los **síntomas positivos** se conocen como positivos porque son comportamientos adicionales que generalmente no se ven en las personas sanas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, trastorno del movimiento. Los **síntomas negativos** se refieren a abstinencia social, dificultad para mostrar emociones o problemas para funcionar normalmente.

\*\* 12-Item General Health Questionnaire (GHQ- 12): Se utilizó la puntuación dicotómica (0-0-1-1), rango de puntuación: 0 a 12. Mayor puntuación, mayor grado de sintomatología emocional.

**El riesgo en el grupo de intervención** (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

**GRADE:** Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia media.

- La evaluación de la calidad de los estudios fue calificada como “alta”. La evaluación la realizó la RS (4) a través de la escala “Quality Assessment Tool for Quantitative Studies”. A pesar de ello, se baja dos niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, ya que el estudio primario no explicita el mecanismo de aleatorización, la forma de ocultar la secuencia y no se indica que haya cegamiento de los clínicos.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia ya que el intervalo de confianza considera tanto un escenario de beneficio como de riesgo de los servicios residenciales.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por el número pequeño de la muestra.

### HALLAZGO 3 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en la FUNCIÓN SOCIAL?

	Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave
			Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia		
Calificación del cuidador/a (R)	Nivel de desempeño de actividades socialmente esperadas – LPSA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>19,9</b> Puntaje promedio	<b>28,1</b> Puntaje promedio	DM 8,2 más alto (4,01 más alto a 12,39 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	Desde la perspectiva de los cuidadores, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y expectativas en las actividades sociales y de tiempo libre, respecto al grupo que permanece en atención cerrada, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
	Nivel de expectativas para el desempeño de actividades sociales - LEPSA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>15,1</b> Puntaje promedio	<b>19,4</b> Puntaje promedio	DM 4,3 más alto (1,23 más alto a 7,37 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
	Nivel de actividades de tiempo libre - LPFA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>15,7</b> Puntaje promedio	<b>21,6</b> Puntaje promedio	DM 5,9 más alto (1,96 más alto a 9,84 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
	Nivel de satisfacción con las actividades de tiempo libre -LSFA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>23,0</b> Puntaje promedio	<b>28,4</b> Puntaje promedio	DM 5,4 más alto (0,29 más alto a 10,51 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
Calificación del sujeto (S)	Nivel de desempeño de las actividades socialmente esperadas - LPFA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>17,7</b> Puntaje promedio	<b>24,9</b> Puntaje promedio	DM 4,9 más alto (0,89 más alto a 8,91 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Desde la perspectiva de las personas, los servicios residenciales podrían mejorar ligeramente el desempeño y expectativas en las actividades de tiempo libre y socialmente esperadas, respecto al grupo que permanece hospitalizado, sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.
	Nivel de expectativas para el desempeño de actividades sociales - LSPSA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>21,6</b> Puntaje promedio	<b>26,1</b> Puntaje promedio	DM 4,5 más alto (1,73 menor a 10,73 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	
	Nivel de desempeño en las actividades de tiempo libre - LPFA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>24,7</b> Puntaje promedio	<b>29,6</b> Puntaje promedio	DM 7,2 más alto (2,27 más alto, a 12,13 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,c</sup>	
	Nivel de autosatisfacción de las actividades de tiempo libre – LSFA 2 años	Nº de participantes: 28 1 ECA (14)	<b>18,8</b> Puntaje promedio	<b>22,9</b> Puntaje promedio	DM 4,1 más alto (1,64 menor a 9,84 más alto)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	

**El riesgo en el grupo de intervención** (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

**GRADE:** Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia media.

**R:** "relative" evaluación del paciente que hace el cuidador de salud; **S:** Sujeto: Auto-evaluación que hace el sujeto; **R-LPSA:** Relative's rating of level of performance of socially expected activities; **R-LEPSA:** Relative's rating of level of expectations for performance of social activities; **R-LPFA:** Relative's rating of level of performance of free-time activities; **R-LSFA:** Relative's rating of level of satisfaction of free-time activities; **S-LPFA:** Subject's rating of level of performance of socially expected activities; **S-LSPSA:** Subject's rating of level of self-expectation for performance of social activities; **S-LSFA:** Subject's rating of level of self-satisfaction of free-time activities; **S-LPSA:** Subject's rating of level of performance of free-time activities.

- La evaluación de la calidad de los estudios fue calificada como "alta". La evaluación la realizó la RS (4) a través de la escala "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies". A pesar de ello, se baja dos niveles de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, ya que el estudio primario no explicita el mecanismo de aleatorización, la forma de ocultar la secuencia y no se indica que haya cegamiento de los clínicos.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia ya que el intervalo de confianza considera tanto un escenario de beneficio como de riesgo de los servicios residenciales.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por el número pequeño de la muestra.

## HALLAZGO 4 ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales respecto a la atención cerrada en los CONTACTOS SOCIAL y EVALUACIÓN DEL ENTORNO?

Resultado en salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos absolutos anticipados (IC 95%)			Certeza de la evidencia GRADE	Mensaje Clave	
		Atención cerrada	Servicios residenciales	Diferencia			
Nº DE AMIGOS	Al 1er año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	<b>2,33</b> amigos promedio	<b>3,68</b> amigos promedio	<b>DM: 1,35 más</b> (IC: 0,81 más a 1,89 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Al 1er y 5to año, el número promedio de amigos y confidentes del grupo de servicios residenciales podría ser levemente mayor respecto al grupo de atención cerrada. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA.	
	Al 5to año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	<b>2,33</b> amigos promedio	<b>3,39</b> amigos promedio	<b>DM: 1,06 más</b> (IC: 0,46 más a 1,66 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>		
Nº DE CONFIDENTES	Al 1er año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	<b>1,6</b> confidentes promedio	<b>2,0</b> confidentes promedio	<b>DM 0,4 más</b> (IC: 0,02 menor a 0,82 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>		
	Al 5to año Nº de participantes: 914 (1 estudio observacional (11))	<b>1,6</b> confidentes promedio	<b>2,8</b> confidentes promedio	<b>DM 1,2 más</b> (IC: 0,7 más a 1,7 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>		
Deseo de quedarse en el lugar	6 meses -- Nº de participantes : 182 (1 estudio observacional (5))	<b>RR 1,37</b> (0,96 a 1,96)	348 personas por 1.000	<b>477</b> personas por 1.000	<b>129</b> <b>más por 1000</b> <b>personas</b> (14 menos a 334 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,e</sup>	Entre los 6 meses a 5 años, los deseos de permanecer en el lugar podrían ser mayores en el grupo de servicios residenciales que el de atención cerrada. Sin embargo, la certeza de la evidencia es MUY BAJA
	1 a 3 años Nº de participantes: 1.185 (2 estudios observacionales (11,16))	<b>RR 2,61</b> (2,14 a 3,17)	304 personas por 1.000	<b>795</b> personas por 1.000	<b>490</b> <b>más por 1000</b> <b>personas</b> (347 más a 661 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c,d,f</sup>	
	5 años -- Nº de participantes: 788 (1 estudio observacional (11))	<b>RR 2,82</b> (2,45 a 3,25)	298 personas por 1.000	<b>839</b> personas por 1.000	<b>542</b> <b>más por 1000</b> <b>personas</b> (432 más a 670 más)	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	

**GRADE:** Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia media.

\*Global Assessment Scale (GAS); Life Skills Profile; Scores for social behavior characteristics of the SAFE (self-care, impulse control, social function); Social Behavior Assessment Schedule (SBAS); Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). En todas las escalas menor puntaje implica mayor funcionalidad.

\*\* La DME se utiliza cuando el desenlace ha sido medido en diferentes escalas y es difícil de interpretar clínicamente. Una regla general es que valores menores a 0,2 son de poca relevancia clínica, valores de 0,5 de relevancia moderada y 0,8 relevancia clínica importante.

**El riesgo en el grupo de intervención** (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el **efecto relativo** de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). El riesgo en el grupo de atención cerrada.

- Los estudios observacionales parten con certeza BAJA según el sistema GRADE.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, por sesgo de selección (Leff, 2000).
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que Anderson J, 1993 fue evaluado con calidad "moderada" según la escala "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies" aplicada por la revisión (4).
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que Grinshpoon, 2006 fue evaluado con calidad "alta" según la escala "Quality Assessment Tool for Quantitative Studies" aplicada por la revisión (4).
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia ya que el intervalo de confianza considera tanto un escenario de beneficio como de riesgo de los servicios residenciales.
- Se disminuye un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia, I<sup>2</sup>=49%.

---

## Consideraciones de Implementación

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis de los efectos. De manera adicional, durante la selección de títulos, resúmenes y texto completo de esta síntesis, se realizó una selección de revisiones sistemáticas que pudieran entregar antecedentes narrativos o de temas específicos respecto a la implementación de esta intervención, ver Suplemento 1.

### Consideraciones de Aplicabilidad

La evidencia aquí contemplada proviene de intervenciones realizadas en Japón, Reino Unido e Israel (5,11,14,16), en general países de altos ingresos, por lo que se pueden esperar diferencias respecto a Chile en función de los recursos que se destinan a dichos servicios residenciales. De todos modos, los estudios se plantean en un contexto de cambio e implementación de programas o políticas de desinstitucionalización.

Por otro lado, este resumen incluyó únicamente personas con enfermedad mental grave, excluyéndose personas con discapacidades cognitivas, en situación de calle, con trastornos alimenticios, o con abuso de sustancias, poblaciones que podrían requerir mayor apoyo o supervisión de personal de salud.

Además, la evidencia aquí presentada contempla como intervención hogares grupales. Existen algunas experiencias de hogares individuales con o sin apoyo de personal de salud en las inmediaciones.

Esta síntesis de evidencia consideró como desenlaces prioritarios calidad de vida, sintomatología, salud mental, función social, contactos sociales, deseos de permanecer en el lugar. Se abordaron todos los tipos de outcome, sin embargo, se identificaron diversas escalas que median los mismos outcome, lo cual podrían hacer variar las mediciones.

### Consideraciones Económicas

En uno de los estudios primarios (14) incluidos se hizo comparación de costos, donde se concluye que los gastos del grupo que se mantiene en atención cerrada fue más de tres veces mayor que el grupo de servicio residenciales. Sin embargo, estos gastos fueron calculados en Yenes ente los años 2000-2001.

### Consideraciones de Equidad

La desinstitucionalización se fundamenta en un enfoque de derechos humanos, y planteado como una política pública podría aumentar la equidad en salud, dado que daría acceso a servicio que podría reportar beneficios en salud y contribuyen a los derechos humanos de las personas. Sin embargo, en su implementación habrá que considerar generar servicios complementarios o especializados, por ejemplo, considerar el deterioro de las persona (17).

### **Consideraciones de Monitoreo y Evaluación**

Dado que la certeza la evidencia es de baja a moderada, siempre se recomienda generar sistemas de evaluaciones con indicadores de proceso y resultados, de modo de generar datos que permitan ir corrigiendo desvíos o mejorando los resultados. Además, es necesario monitorear la publicación de nueva evidencia que evalúe describir comparaciones/outcomes con baja certeza en la evidencia.

---

## Información Adicional

### Citación sugerida

Ibarra-Castillo, Carolina ¿Cuál es el efecto de los servicios residenciales para personas con enfermedad mental grave en comparación a la hospitalización psiquiátrica cerrada? Octubre 2020. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia; Departamento ETESA/SBE; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

### Palabras Clave

Independent Living; Community Dwelling\*; Deinstitutionalization; Home Care Service; Rapid Evidence Synthesis.

### Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por Paula García Celedón, profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia

## Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2017-2025. 2017.
2. Macpherson R, Rhys T, Chilvers R, David C, Elliott H. Twenty-four hour care for schizophrenia. *Cochrane Libr* [Internet]. 2009 Apr 15 [cited 2020 Jul 20]; Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004409.pub2/full>
3. Kunitoh N. From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients [Internet]. Vol. 67, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. *Psychiatry Clin Neurosci*; 2013 [cited 2020 Jul 20]. p. 384–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890091/>
4. McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. Mental health supported accommodation services: A systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2018 May 15 [cited 2020 Jul 20];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29764420/>
5. Grinshpoon A, Naisberg Y, Weizman A. A six-month outcome of long-stay inpatients resettled in a hostel. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2006;30(2):89–95. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/a5799f886bdbbcf480bb5eaccd7232d518695b3f>
6. Hobbs C, Tennant C, Rosen A, Newton L, HM L, Tribe K, et al. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 2-year clinical evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2000;34(3):476–83. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/d345e67c37e460e396153371ae1aefd536bbf657>
7. Hobbs C, Newton L, Tennant C, Rosen A, Tribe K. Deinstitutionalization for long-term mental illness: a 6-year evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2002;36(1):60–6. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/a6170c9c378caa6edbf37e60353677d70fc7adb>
8. Meehan T, Stedman T, Robertson S, Drake S, King R. Does supported accommodation improve the clinical and social outcomes for people with severe psychiatric disability? The Project 300 experience. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2011;45(7):586–92. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/a35f14c9878cb98f63cff87067261a6190d4aa0a>
9. PM F, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J, RL P. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2009;60(9):1198–202. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/60bcb8a7fec2ece214f35cbe8cabd0bdb4001c1a>
10. Chan GWL, Ungvari GS, Shek DTL, Leung J. Impact of Deinstitutionalisation on the Quality of Life of Chinese Patients with Schizophrenia: A Longitudinal Pilot Study. *Hong Kong J Psychiatry* [Internet]. 2003 [cited 2020 Mar 20];13(4):2–5. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2004-20314-001>

11. Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2000;176:217–23. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/7210d89c9e4beb2b6c76f840aa230c83e16f5b99>
12. RL O, JF B, Baer L, AL J. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatr Serv* [Internet]. 1995;46(1):73–8. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/54a38d610a8d6e041abb23ee44ccb386918351f7>
13. Crosby C, Barry M, FitzGerald M, Fergus C. Psychiatric rehabilitation and community care: resettlement from a North Wales Hospital. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2007 Jun 8 [cited 2020 Mar 20];1(6):355–63. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2524.1993.tb00238.x>
14. Chan H, Inoue S, Shimodera S, Fujita H, Fukuzawa K, Kii M, et al. Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: Randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2007;61(5):515–21. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/d4287f90929e7c356fd4b58b7b790fc63827c714>
15. Hyde C, Bridges K, Goldberg D, Lawson K, Sterling C, Faragher B. The evaluation of a hostel ward. A controlled study using modified cost-benefit analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1988;151:805–12. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/f82ad6791e993743830b3ffa0836e7693fce2448>
16. Anderson J, Dayson D, Wills W, Gooch C, Margolius O, O’Driscoll C, et al. The TAPS Project. 13: Clinical and social outcomes of long-stay psychiatric patients after one year in the community. *Br J Psychiatry Suppl* [Internet]. 1993;(19):45–56. Available from: <http://www.epistemonikos.org/documents/4ef992e2adbd1dab39999066b6a893489da110a2>
17. Kallert TW, Leisse M, Winiiecki P. Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *J Public Health (Bangkok)*. 2007 Jan 19;15(1):29–42.