

Informe sobre la Revisión de la Literatura

Resultados de la Encuesta Regional de Desinstitucionalización

Matías Irarrázaval MD MPH

Director Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud
Chile



**Pan American
Health
Organization**



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Objetivo

- Reunir evidencia sobre la experiencia de desinstitucionalización en la región de las Américas y la identificación de prácticas que favorecen el proceso.
- En forma específica la evaluación busca responder las siguientes preguntas:
 1. Cuáles han sido los facilitadores y las barreras en la reducción de los servicios institucionalizantes en salud mental y la expansión de los servicios de salud mental comunitarios en la región de las Américas.
 2. Qué resultados y servicios promovidos por el proceso de desinstitucionalización han sido adoptados por los diferentes países de la región de las Américas.
 3. Qué actividades se recomiendan para continuar los procesos de desinstitucionalización y por qué motivos.



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Cuestionario: Antecedentes y estructura

- Adaptado y traducido de *Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey* de la OMS y Fundação Calouste Gulbenkian
- **Preguntas demográficas y sobre el trabajo:**
 - Edad
 - Genero
 - País donde trabajó
 - Años trabajando en servicios de salud
 - Títulos/formación académica
 - Organización y cargo



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Questionario:

Antecedentes y estructura

- **Preguntas abiertas:**
 - Métodos más efectivos
 - Qué funcionó en su trabajo?
 - Métodos menos efectivos
 - Qué no resultó?
- **Clasificación de la utilidad de varios métodos (Escala Likert de 5 puntos)**
- **Todas las preguntas permiten comentarios adicionales**



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Participantes

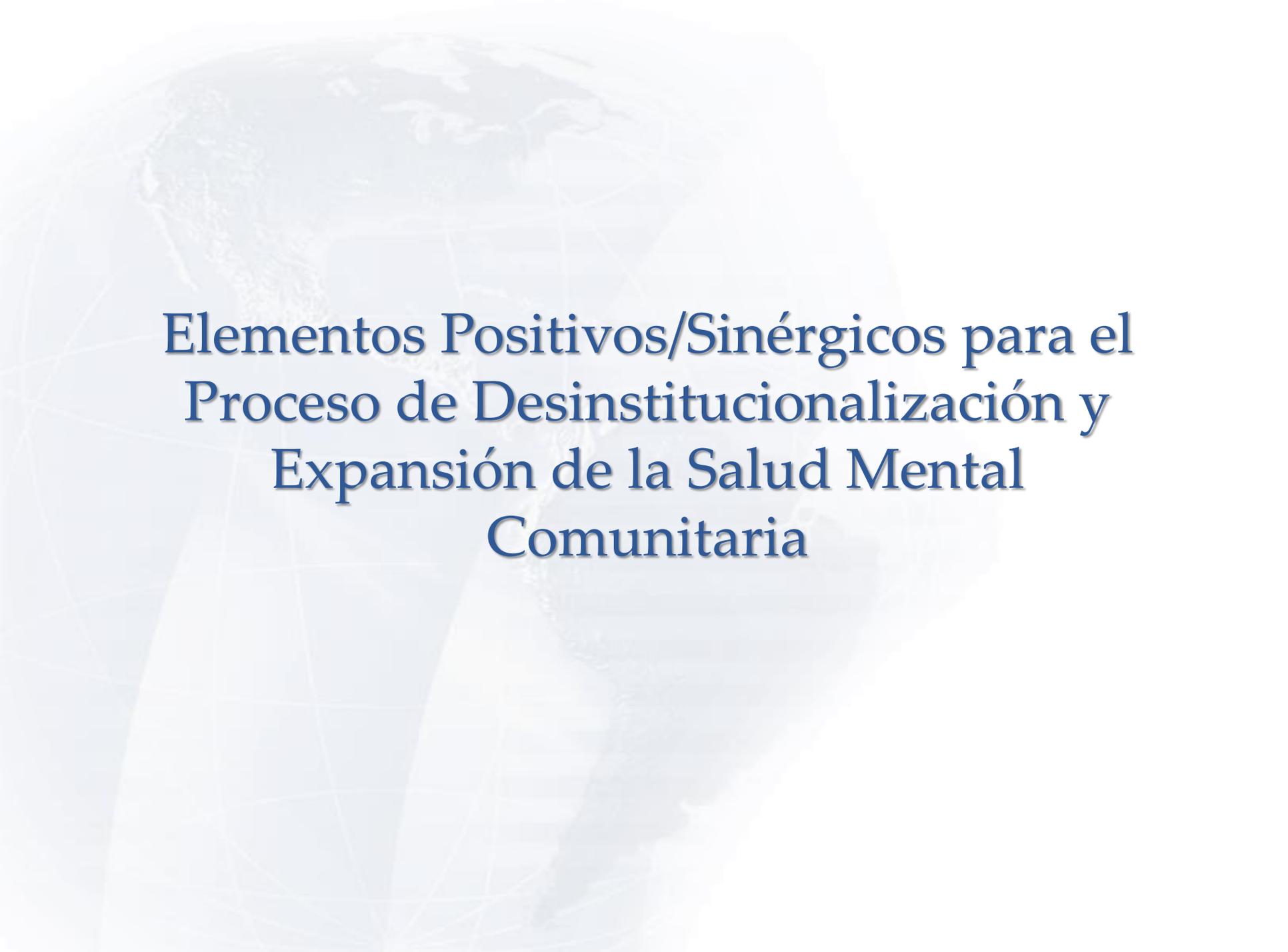
- Enviado a 67 personas
- Respuesta 34 (57%)
- 52% mujeres / 48% hombres

País	Iniciadas		Cualitativas contestadas		Cuantitativas contestadas	
	N	%	N	%	N	%
Argentina	7	15%	7	16%	4	12%
Brasil	11	23%	9	21%	8	24%
Chile	4	9%	4	9%	3	9%
Colombia	1	2%	1	2%	0	0%
Costa Rica	3	6%	3	7%	2	6%
Cuba	2	4%	2	5%	2	6%
Ecuador	1	2%	1	2%	1	3%
Guatemala	1	2%	1	2%	1	3%
Perú	6	13%	5	12%	5	15%
República Dominicana	10	21%	9	21%	8	24%
Santa Lucía	1	2%	1	2%	0	0%
Total	47		43		34	

ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS

El material analizado fue recolectado en el siguiente formato:

- Las cuatro preguntas propuestas para ser contestadas en forma de discurso espontáneo se formularon en forma dirigida hacia aspectos positivos
 - eficaces / logrados (preguntas L y M)
 - hacia aspectos negativos: han fallado/no resultaron (preguntas N y O).
- A su vez, cada pregunta estaba asociada a ciertos métodos o actividades mencionadas por el encuestador en preguntas anteriores, dirigiendo así las respuestas.
- Dado lo anterior, el proceso de análisis de datos se realiza con una doble lógica: deductiva–inductiva.
- El proceso deductivo utilizó las categorías propuestas por el encuestador y, a su vez, las subcategorías e ideas nucleares se construyeron inductivamente desde los relatos, siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada.



**Elementos Positivos/Sinérgicos para el
Proceso de Desinstitucionalización y
Expansión de la Salud Mental
Comunitaria**

Sostenedores Esenciales

1. **Leyes y Políticas** (CR,2,15; Cub,43,44; Ch,26,27; P,3, 31,42; Ar,37,33,40; G,48; RD,21,46; SL,12; Co,32 Br,6, 7,24,35)

- Para iniciar y sostener los procesos de desinstitucionalización
- Se deben traducir en reglamentos y especificaciones técnicas

“La política del Ministerio de Salud Pública de fortalecer atención primaria y visibilizar la salud mental como parte importante y necesaria en la atención integral” (RD,46).

“Elección de un gobierno municipal y federal, democráticos y populares, comprometido con las luchas sociales, la salud pública y la reforma psiquiátrica” (Br,41).

“Elaboración de normas y protocolos que legitimen las transformaciones en curso” (Ar,40).

Sostenedores Esenciales

2. Presupuesto asociado y recursos económicos

- Debería ser flexible dentro del área para adaptarse a situaciones que surjan como oportunidades o necesidades puntuales.
- La rehabilitación y reinserción requiere de apoyo personalizado y multiprofesional sostenido, con seguimiento de largo plazo, lo que implica un alto costo

“Instalación con fondos de la Dirección de Salud mental” (P,31).

“La posibilidad de adaptar recursos provenientes del nivel central de acuerdo con las realidades y necesidades locales” (Ch,29).

“Expansão de serviços comunitários - elaboração de atos normativos que assegurem financiamento, modelo de assistência e recursos humanos para implantação de serviços comunitários de saúde mental” (Br,7).

Sostenedores Esenciales

3. Voluntad política, compromiso y liderazgo

- Sostenido e independiente de los gobiernos.
- El compromiso y liderazgo también es indispensable

“Liderazgo que motiva, impulsa y organiza la desinstitucionalización” (Ar,40)

“O avanço na saúde mental comunitária, nas cidades brasileiras onde esse avanço foi mais efetivo, dependeu fortemente do compromisso dos gestores municipais em implantar serviços” (B,22).

“El Hospital Psiquiátrico inicia su proceso de reducción progresiva y continuada, a partir de la consolidación en su interior de un núcleo directivo y profesional transformador, que pese a una gran resistencia interna logra avanzar gracias a su compromiso, a su trabajo sistemático, y al apoyo de las autoridades del área sanitaria” (Ch,26).

(Ar,37,40; Ch,26,27,28; Ar,40; Br,7,22,24,35,36,37; Cr,19,15; RD, 21,46; P,31).

4. Asimilación del nuevo del paradigma de salud mental comunitaria (SMC)

- Transversal, multisectorial y multiprofesional
- Consistente y alineado con el modelo familiar
- Persiste el modelo tradicional

“la salud mental debe ser tratada como cualquier problemática de salud en consonancia con lo que dice la ley de salud mental” (A, 5).

“Desarrollo de formación de posgrado, cursos y pasantías de agentes nacionales e internacionales y especialización en salud mental comunitaria” (Ar,37).

“Los nuevos profesionales sobre todo do los estudiantes de medicina hacer sus prácticas de psiquiatría en atención primaria” (E,47).

“Las alianzas estratégicas con las sociedades especializadas en psiquiatría y psicología fueron indispensables para hacer posible todo el cambio de paradigma” (RD,46).

5. Formación/Capacitación en el modelo (competencias técnicas y actitudinales)

- Capacitación transversal en el modelo comunitario
- Capacitar en desestigmatización a actores de la comunidad

“Capacitación de equipos de distinto nivel de complejidad en salud mental y psiquiatría comunitaria con distintas metodologías. (Ej. diplomados e-learning dictados por la Universidad de Chile). Capacitación de personas de la comunidad como agentes de salud mental (en nuestro caso en campus sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile)” (Ch,28).

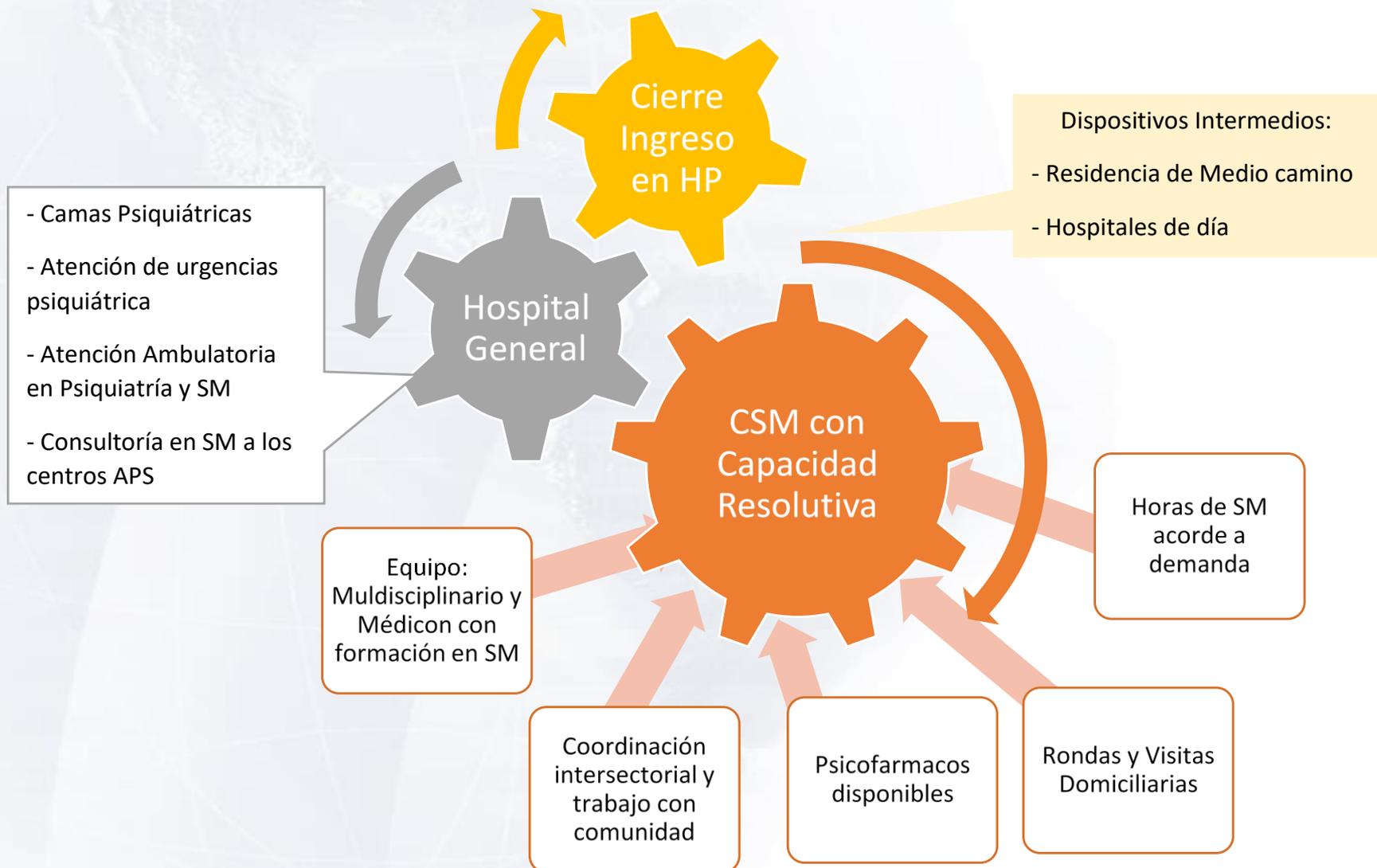
“se inició la capacitación del recurso humano en atención primaria. Inicialmente, dirigido a los médicos familiares o generales que estuvieran en una posición fija” (RD,46).

“Capacitación a los trabajadores de la salud en la atención de la urgencia: intervención en crisis y reinserción social” (A,40).

“Apoyar ONGs capacitar familias, cuidadores, comunidad y red de salud” (CR,15).

(A,37, 40; Br,30; C,32; CR,19; Ch,28,29; CR,15, 19; E,47; P,17; RD, 8,11,21,46; SL,12)

Dispositivos “vivos, presentes y cercanos”



Dispositivos “vivos, presentes y cercanos”

1. Centros de Salud Mental Comunitario

- Participativos
- “Fuerte” en su comunidad: resolutivo y autónomo (E,47) (C,32; P,17; RD,9; Cu, 44; A,40; E,47)
- Realización de visitas y rondas domiciliarias (A,13; Br,7; C,32)
- Atención multiprofesional (C,32; E,47; RD,16,34; Ch,28; CR,2; Cub,44).
- Trabajo Intersectorial y con la comunidad (A,37,40; Br,35,41; Ch,26,27,29; C,32; Br,30; CR,2; RD,8,34)

(A,5,33; B,30,35,38,41; Ch,26,27,28; C,32; Cub,43,44; E,47; P,3,17,31,42,45; RD,9, 11, 16, 34)

2. Hospital General con Unidad de Salud Mental y Psiquiatría

(A,40 Ch,29, Cub,43; Cub,44; G,48; P,31; P,45; CR,2)

- Inserto en red
- Incluye atención de urgencia, hospitalización, servicio de salud mental y psiquiatría, consultorías en salud mental, psiquiatría de enlace

3. Cierre de Ingresos a los hospitales psiquiátricos

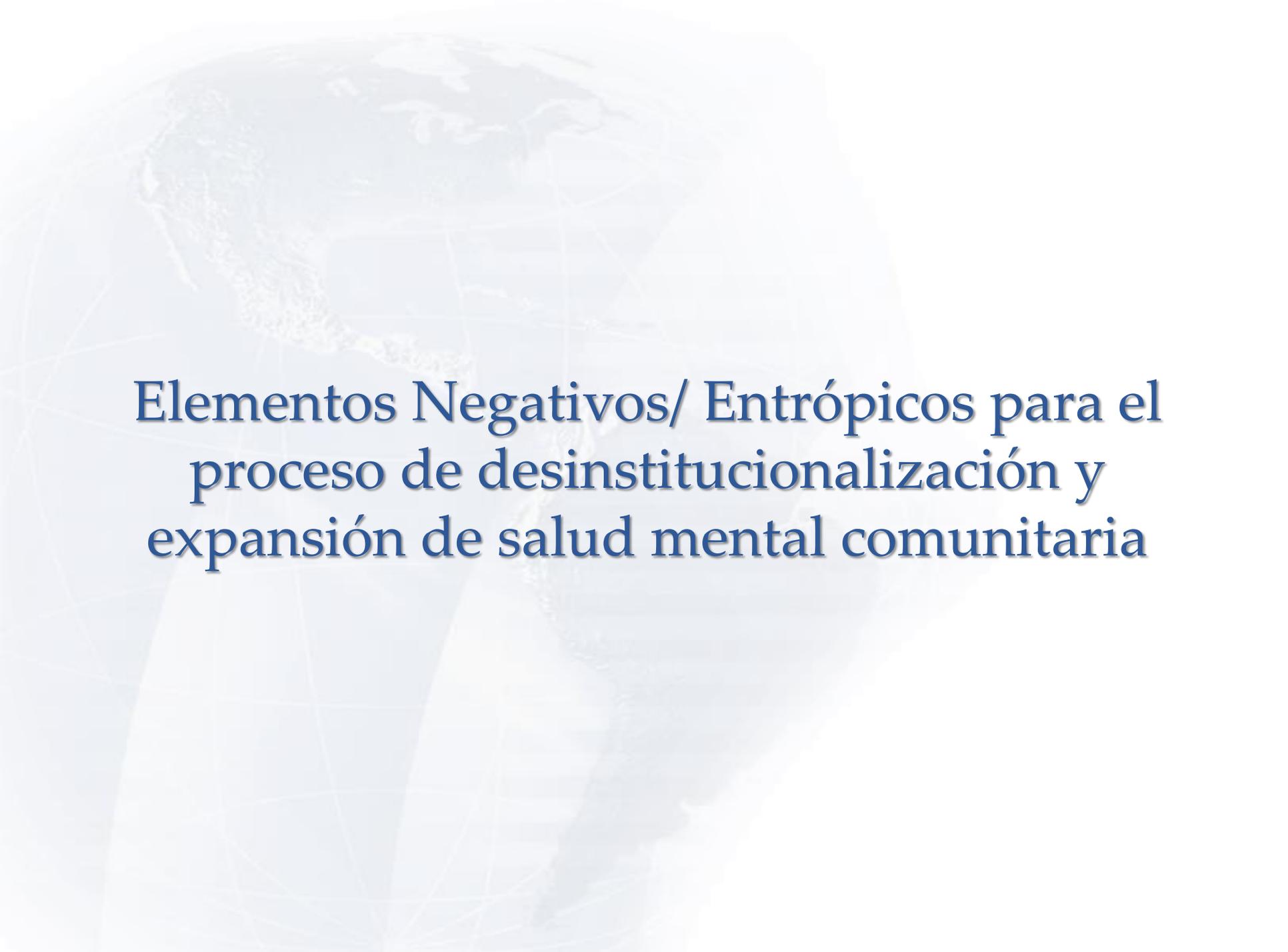
(Br,7,24,36,38,41; RD,8,34,46; CR,2; P,3,45; A,37; Ch,26,28; Cub,43,44; G,48)

- Preparación de los pacientes institucionalizados para el egreso
- Contacto con la familia de pacientes institucionalizados
- Articular/crear red de servicios ambulatorios de salud
- Trabajo con la comunidad del paciente

4. Crear y apoyar dispositivos de “cuidado intermedio”

(A4,20,37; B,7,30,35,38,41; Ch,26,28,29; P,45) (CR,2; P,42; Br,30,36, 41; RD,9, 39)

- Residencias de medio camino o residencias protegidas y hospitales de día
- Falta de financiamiento



**Elementos Negativos/ Entrópicos para el
proceso de desinstitucionalización y
expansión de salud mental comunitaria**

Macro Obstaculizadores

1. **Leyes y Políticas** (Br 18, 35, 38; Ch 26; C 32; CR 15, Cub 43, 44, 47; Ar 40, P 31).

- Situación política y económica del país
- Ausencia de leyes
- Lobby de interesado

2. **Presupuesto reducido e inestable**

(Br 7, 33, 41; Ar37, 40, Ch 27, 28, 29, C 32, Cub 47, P 3, 31, CR 15, Cub 44, 48, RD 39).

- Falta de garantía
- Demora en la liberación de recursos comprometidos

3. **Mantención de la estigmatización de pacientes de SM**

(Ar 40, Ch 27, 28, CR 15, 19, 2). .

- *“los vecinos de las nuevas estructuras de habitación o habitacionales, suelen rechaza a las personas con un padecimiento mental, lo que requiere un trabajo intenso con ellos, para su involucramiento positivo” (A, 40).*

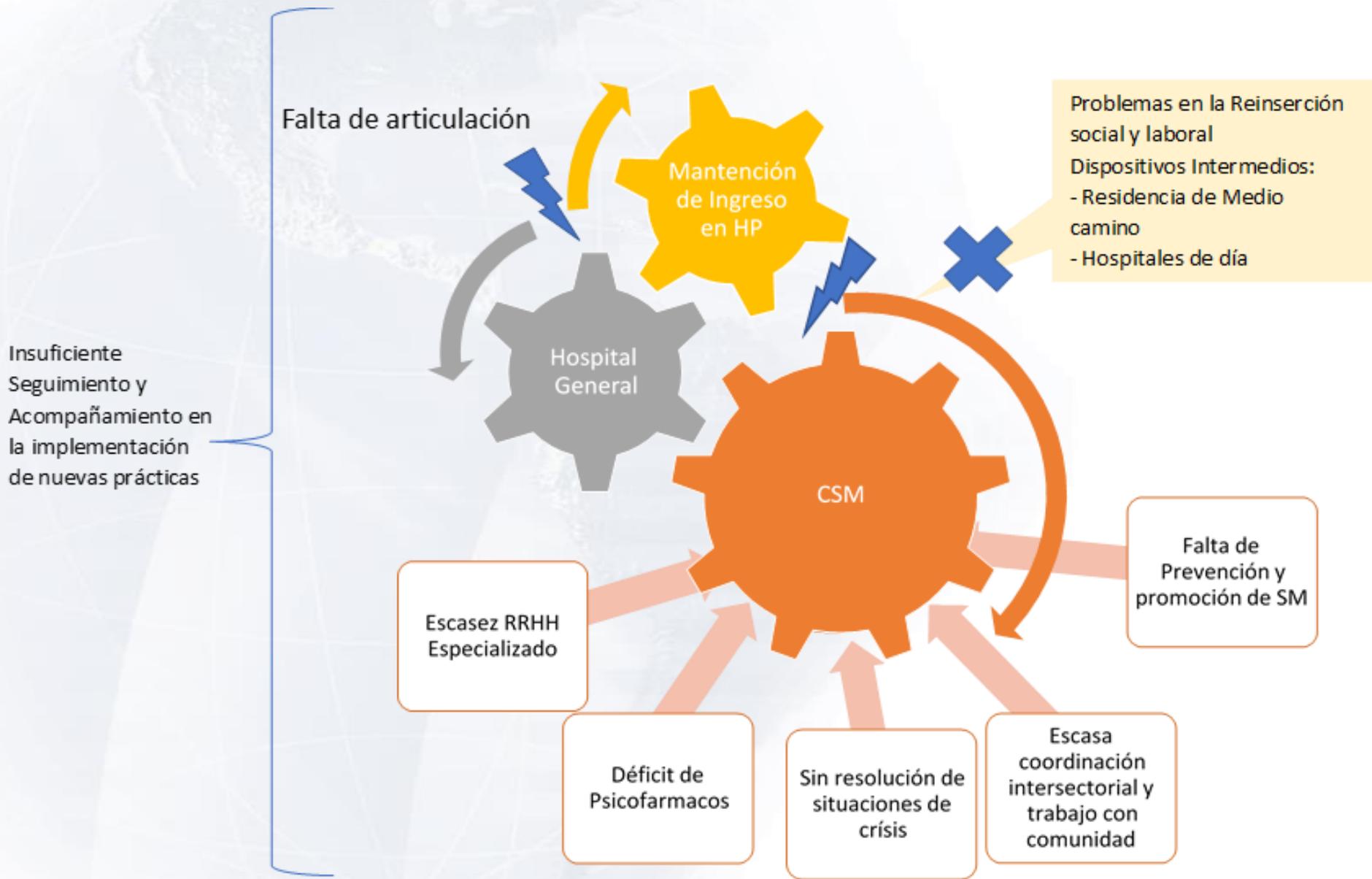
Estancamiento/Obstrucción desde el Sistema de Salud

- 1. Persistencia del modelo médico tradicional de salud mental en profesionales de SM y de salud en general**
(CR 2, 19, 15; Br 41, 24; SL 12, Br 30, C 32, RD 34).
- 2. Visualización/consideración “poco realista” de la complejidad de la desinstitucionalización de pacientes de SM y de la SMC**
- 3. Persistencia del modelo de hospitales monovalentes** (Ch 26, E 47, 48; P 45, RD 34, 46, CR 15, 19, Ar 37, 40).
- 4. Centros APS sin capacidad de dar respuesta a atención en SM, CSM no resolutivo** (Ch 26, E 47, 48; P 45, RD 34, 46, CR 15, 19, Ar 37, 40).
 - Escasez e inestabilidad de recursos humanos
 - Centros de APS poco adaptados a pacientes de salud mental

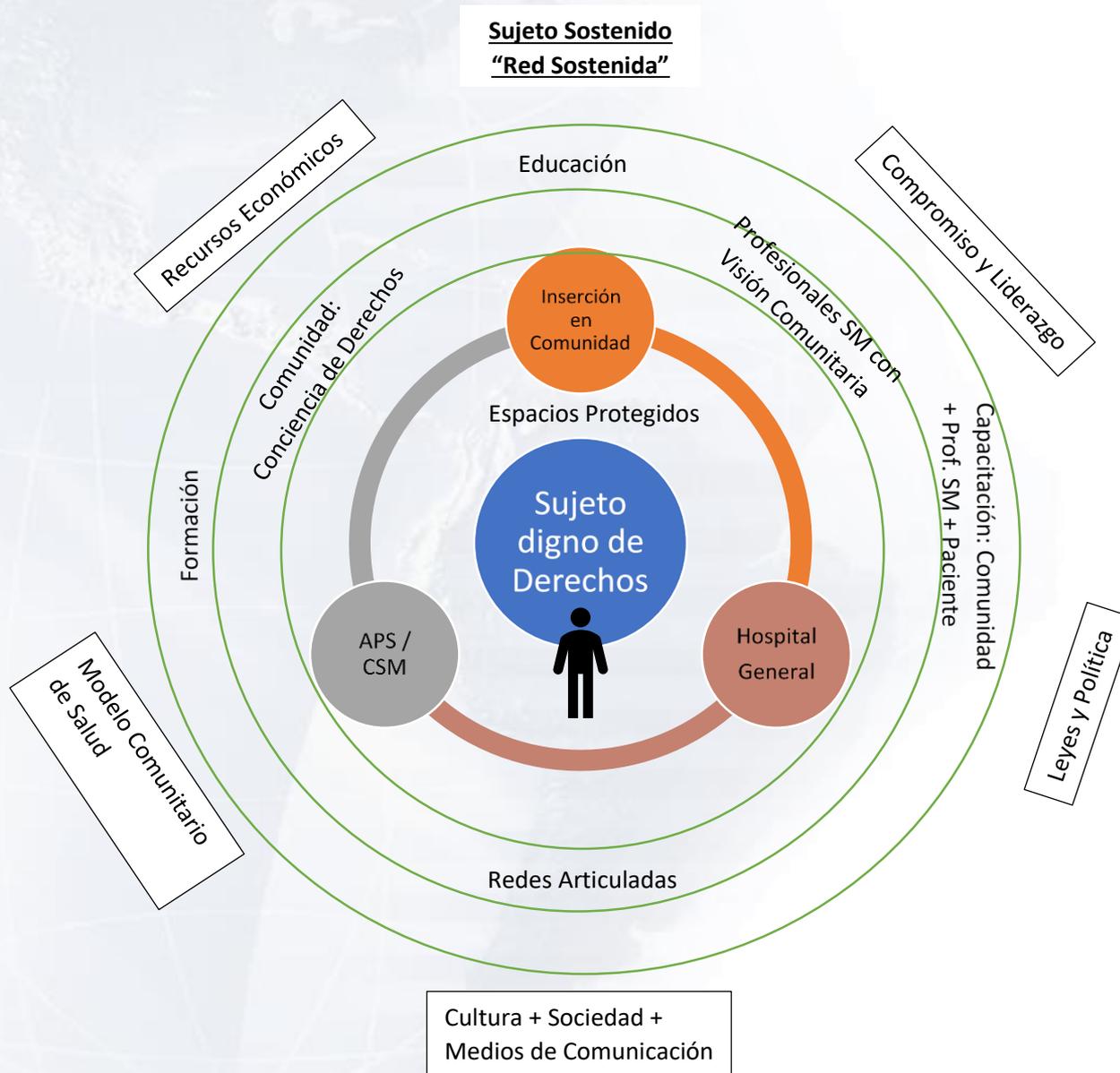
Acciones que no funcionaron

- 1. Escaso acompañamiento o seguimiento de la implementación de las nuevas prácticas** (P 17, 42, RD 21, 46, SL 12, C 32)
- 2. Escasez de prevención y promoción sobre el nuevo modelo de salud comunitaria** (Ch 29, CR 2, P 3, RD 11, 16)
- 3. Mantenimiento de ingreso de pacientes a hospitales psiquiátricos** (Ar 37, P 3, Br 35, 38; Ch 26)
- 4. Articulación insuficiente** (C 32, RD 21, 14, Br 38, Ar 5, 20, 37, Ch 26, 27, P 31)
- 5. Dispositivos de “cuidado intermedio” sin control de calidad** (C 32, RD 21, 14, Br 38, Ar 5, 20, 37, Ch 26, 27, P 31)
- 6. Ausencia de reinserción laboral y social plena** (Ar 4, CR 15, 2, Br 41)
- 7. Evidencia y apoyo científico insuficiente** (Ch 26, Br 38, 43, Ar 40)

Obstaculizadores



Integración de los resultados cualitativos



Métodos valorados positivamente

PARA EXPANDIR LOS SERVICIOS DE SM COMUNITARIOS:

1. Reducción de los Hospitales Psiquiátricos (eliminar camas, cerrar puerta, reducir ingresos, las camas psiquiátricas fuera de HP y transferencia del HP a residencia comunitaria)
2. Salud mental comunitaria (integración de salud mental en atención primaria, atención residencial en la comunidad, servicios diurnos, centro de salud mental comunitaria y grupos de autoapoyo)
3. Métodos globales y/o transversales (formación profesional, políticas y estrategias de planes para salud mental, la abogacía y educación pública de los profesionales de SM y legislación en SM)

Métodos valorados negativamente

PARA EXPANDIR LOS SERVICIOS DE SM
COMUNITARIOS:

1. Aquellos relacionados con la abogacía y la educación pública del gobierno y organizaciones no gubernamentales y familia de los usuarios, la atención ambulatoria de hospitales general, E-Salud Mental.

Conclusiones

- Condiciones que permiten que los métodos resulten eficaces:
 - las políticas y legislación en salud mental, recursos económicos, formación y capacitación de los profesionales en salud mental comunitaria y compromiso y liderazgo de los actores involucrados en los cambios.
- Los métodos específicos son:
 - Centro de Salud Mental Comunitario con capacidad resolutive en APS, camas psiquiátricas y urgencias en Hospital General y cierre de ingresos en hospitales psiquiátricos.
- No ha funcionado bien
 - La atención ambulatoria en hospital general, coordinación y comunicación de hospitales generales con atención primaria, E-Mental Health y la reinserción laboral y social de pacientes psiquiátricos crónicos y complejos.



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Recomendaciones

1. Cierre de ingresos de los hospitales psiquiátricos
2. Invertir en procesos de rehabilitación y preparación de egreso de pacientes reinsertables, considerando casos en los que no es posible la re inserción total,
3. Fortalecer los equipos de salud mental en hospitales generales con profesionales capacitados, para mejorar su resolución de crisis y atención ambulatoria, y mejorar coordinación con la atención primaria.
4. Desarrollo de Centros de Salud Mental Comunitarios, con capacidad resolutive, que brinde atención ambulatoria, con equipos de salud mental multidisciplinario, con disponibilidad de horas y medicamentos de acuerdo con la demanda, y con una adecuada vinculación con apoyos sociales y comunitarios.
5. Fortalecimiento del modelo de salud comunitaria, a través de la continua capacitación y la formación de profesionales nuevo y antiguos, durante toda su formación (pre y postgrado), generando investigación relevante que evidencie científica válida que respalde los beneficios de este modelo.
6. Apoyo sostenido legal y financiero, con permanentes gestiones que movilicen y sostengan los cambios hacia la desinstitucionalización y expansión de la salud mental comunitaria.



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Barreras, Facilitadores y Elementos Contextuales en los Procesos de Desinstitucionalización de Sujetos con Enfermedad Mental Grave: Una Revisión de Alcance

Matías Irarrázaval MD MPH

Director Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud
Chile



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Objetivos

- Mejorar la comprensión sobre las barreras, facilitadores y estrategias utilizadas en procesos de desinstitucionalización.
- Preguntas
 1. ¿Cuáles son las estrategias más eficaces, los facilitadores y contextos favorables y las principales barreras a los procesos de desinstitucionalización para personas con enfermedades mentales graves?
 2. ¿Qué procesos e indicadores de calidad se han utilizado para describir los procesos de desinstitucionalización de personas con enfermedades mentales graves?
 3. ¿Cuáles son las acciones de política pública más eficaces para iniciar y/o hacer avanzar los procesos de desinstitucionalización?



Pan American
Health
Organization



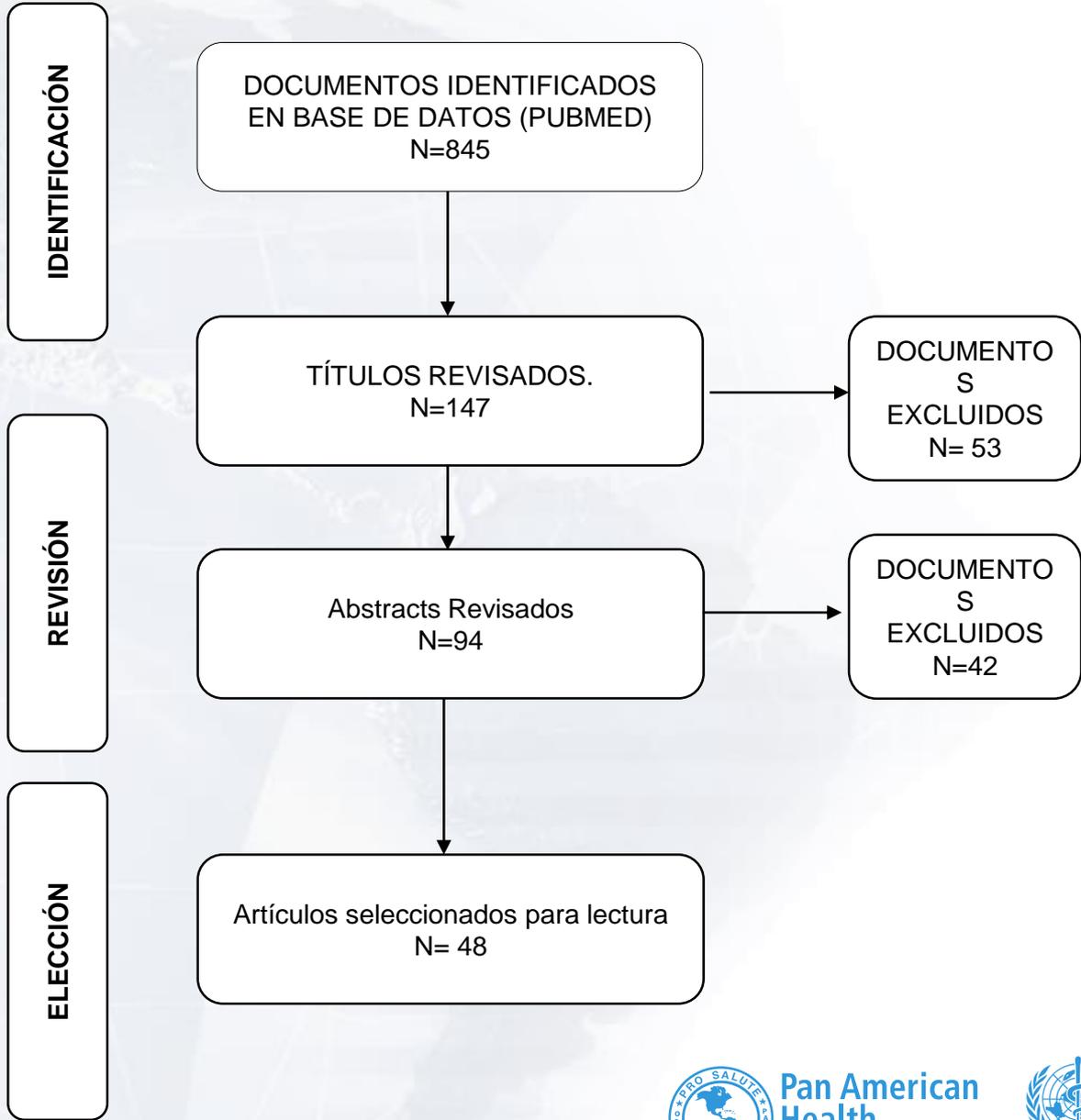
World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR THE Americas

Métodos

- Revisión de alcance (scoping review, SR)
 - “Una forma de síntesis de conocimiento que aborda una pregunta de investigación exploratoria dirigida a mapear conceptos clave, tipos de evidencia y vacíos en la investigación relacionada con un área o campo definido mediante la búsqueda, selección y síntesis sistemáticas del conocimiento existente.”
(Colquhoun, et al. J of Clin Epi. 2014, 67, p. 1292-94)

Desinstitucionalización	Enfermedad mental grave	Barreras y facilitadores
"Deinstitutionalization"[Mesh] "Community Mental Health Services"[Mesh] "Primary Health Care"[Mesh] "hospitals, psychiatric"[Mesh])	'severe mental illness' 'severe mental disorder', 'depressive disorder*', 'major depression', 'schizophrenia*', 'schizophrenic psychology*', 'schizoaffective disorder', 'bipolar disorder*'	Health services accessibility Service access Barriers Health services needs and demands Health services research Health service evaluation Quality of healthcare Healthcare delivery Healthcare utilization Treatment barriers



Barreras

Recursos económicos – financiamiento

- Presupuesto insuficiente e inespecífico para salud mental - 1, 2, 3, 7, 23, 31
- Presupuesto insuficiente para el desarrollo de alternativas comunitarias - 1
- Falta de financiamiento paralelo en proceso de transición - 1,23
- Sistemas de financieros rígidos- 2
- Crisis económicas globales (influyen toma de decisión) - 2
- Guerras/Conflictos afectan prioridades de financiamiento – 2

Recursos humanos y organizacionales

- Condiciones deficientes de trabajo en servicios públicos de salud mental- 2
- Falta de recursos humanos- 3, 13, 31
- Falta de Capacitación- 1, 3, 7, 20
- Escasa infraestructura para la supervisión comunitaria- 25, 26, 28
- Falta de sistemas de atención en la comunidad- 1
- Falta de unidades de hospitalización para pacientes nuevos- 1
- Resistencia a cambios organizacionales, legales, administrativos radicales- 2
- Fragmentación, descoordinación entre hosp. Psiquiátricos y resto de servicios- 2, 19
- Falta de vigilancia de calidad- 2
- Falta de elementos predictivos de conducta- 30.

Barreras

Marco legal, abogacía y políticas	<ul style="list-style-type: none">• Abogacía inconsistente y poco definida- 1• Inercia institucional y legal- 2• Falta de apoyo de figuras políticas clave- 3, 23, 31
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none">• Falta o debilidad de indicadores- 1
Modelos, Paradigmas y prácticas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Paradigma no estimula participación de usuarios en tratamiento- 7• Baja adherencia a tratamiento- 7• Falta de preparación para reinserción en la comunidad- 7, 16, 18• baja efectividad del tratamiento- 17• Programas mal diseñados- 25
Sujetos Institucionalizados	<ul style="list-style-type: none">• Rasgos antisociales de individuos fuerzan reinstitucionalización- 10• Deterioro o impedimento social (social impairment) de sujetos institucionalizados- 12• Rasgos de individuos que complejizan la desinstitucionalización- 26, 29• Familiares de sujetos- 26, 28
Factores Socioculturales	<ul style="list-style-type: none">• Estigma- 1,15,18, 21, 23, 24, 26, 28, 15, 21• Políticas sociales orientadas a la seguridad y control de conductas 1

Facilitadores

Recursos económicos – financiamiento	<ul style="list-style-type: none">• Recursos económicos holgados - 2• Apoyo a familiares de usuarios - 9
Recursos humanos y organizacionales	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de equipos multidisciplinarios - 20• Presencia de psicofármacos modernos - 22
Marco legal, abogacía y políticas	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de leyes de salud mental - 2• Abogacía de políticas en salud mental - 9
Modelos, Paradigmas y prácticas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Paradigma que estimula autonomía - 1• Implementación apropiada de dispositivos - 4
Sujetos Institucionalizados	<ul style="list-style-type: none">• Apoyo a familiares - 11• Psicoeducación a familiares - 26• Presencia grupos de apoyo - 27
Factores Socioculturales	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones socioculturales favorable - 1• Movimientos de abogacía usuarios - 9• Aceptación cultura l- 18

1. Fakhoury, W., & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(2), 187-192.
2. Shen, G. C., & Snowden, L. R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 47.
3. Larrobla, C., & Botega, N. J. (2000). Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(1), 22-30.
4. Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International journal of mental health systems*, 12(1), 43.
5. Westman, J., Gissler, M., & Wahlbeck, K. (2011). Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 604-606
6. Bigby, C. (2008). Known well by no-one: Trends in the informal social networks of middle-aged and older people with intellectual disability five years after moving to the community. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(2), 148-157
7. Burrell, B., & Trip, H. (2011). Reform and community care: has de-institutionalisation delivered for people with intellectual disability?. *Nursing inquiry*, 18(2), 174-183.
8. NOLAN, P., Bradley, E., & Brimblecombe, N. (2011). Disengaging from acute inpatient psychiatric care: a description of service users' experiences and views. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(4), 359-367.
9. Anderson, L. L., Lakin, K. C., Mangan, T. W., & Prouty, R. W. (1998). State institutions: Thirty years of depopulation and closure. *Mental Retardation*, 36(6), 431-443.
10. Nøttestad, J. A., & Linaker, O. M. (2001). Self-injurious behaviour before and after deinstitutionalization. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(2), 121-129.
11. Spreat, S., & Conroy, J. W. (2002). The impact of deinstitutionalization on family contact. *Research in Developmental Disabilities*, 23(3), 202-210.
12. Beadle-Brown, J., & Forrester-Jones, R. (2003). Social impairment in the "Care in the Community" cohort: The effect of deinstitutionalization and changes over time in the community. *Research in developmental disabilities*, 24(1), 33-43.
13. Nøttestad, J. A., & Linaker, O. M. (1999). Psychiatric health needs and services before and after complete deinstitutionalization of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(6), 523-530.
14. Conroy, J., Spreat, S., Yuskas, A., & Elks, M. (2003). The Hissom closure outcomes study: A report on six years of movement to supported living. *Mental Retardation*, 41(4), 263-275.
15. Yazbeck, M., McVilly, K., & Parmenter, T. R. (2004). Attitudes toward people with intellectual disabilities: An Australian perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15(2), 97-111.
16. Duhig, M., Gunasekara, I., & Patterson, S. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health & social care in the community*, 25(1), 75-82.
17. Hamelin, J. P., Frijters, J., Griffiths, D., Condillac, R., & Owen, F. (2011). Meta-analysis of deinstitutionalisation adaptive behaviour outcomes: Research and clinical implications. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(1), 61-72.
18. Gostin, L. O. (2008). 'Old' and 'new' institutions for persons with mental illness: Treatment, punishment or preventive confinement?. *Public Health*, 122(9), 906-913.
19. Friedlander, R. (2006). Mental health for persons with intellectual disability in the post-deinstitutionalization era: experiences from British Columbia. *ISRAEL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND RELATED SCIENCES*, 43(4), 275.
20. Vandevooren, J., Miller, L., & O'reilly, R. (2007). Outcomes in community-based residential treatment and rehabilitation for individuals with psychiatric disabilities: a retrospective study. *Psychiatric rehabilitation journal*, 30(3), 215
21. Yanos, P. T. (2007). Beyond "Landscapes of Despair": the need for new research on the urban environment, sprawl, and the community integration of persons with severe mental illness. *Health & Place*, 13(3), 672-676
22. Krieg, R. G. (2003). A social contract for deinstitutionalization. *Journal of social philosophy*, 34(3), 475-486.
23. Arvidsson, H., & Ericson, B. G. (2005). The development of psychiatric care after the mental health care reform in Sweden. A case register study. *Nordic journal of psychiatry*, 59(3), 186-192.
24. Thesen, J. (2001). Being a psychiatric patient in the community-reclassified as the stigmatized "other". *Scandinavian journal of public health*, 29(4), 248-255.
25. Kormann, R. J., & Petronko, M. R. (2004). Community inclusion of individuals with behavioral challenges: Who supports the careproviders?. *Mental retardation*, 42(3), 223-228.
26. O'Doherty, S., Linehan, C., Tatlow-Golden, M., Craig, S., Kerr, M., Lynch, C., & Staines, A. (2016). Perspectives of family members of people with an intellectual disability to a major reconfiguration of living arrangements for people with intellectual disability in Ireland. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 137-151.
27. Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., ... & Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC psychiatry*, 14(1), 30.
28. Fisher, K., Haagen, B., & Orkin, F. (2005). Acquiring medical services for individuals with mental retardation in community-based housing facilities. *Applied Nursing Research*, 18(3), 155-159.
29. Stark, C., MacLeod, M., Hall, D., O'Brien, F., & Pelosi, A. (2003). Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 3(1), 30.
30. Stark, C., MacLeod, M., Hall, D., O'Brien, F., & Pelosi, A. (2003). Mortality after discharge from long-term psychiatric care in Scotland, 1977-94: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 3(1), 30.
31. Stein, W. M. (2002). The use of discharge risk assessment tools in general psychiatric services in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 713-724.

Gracias

matias.irarrazaval@minsal.cl



**Pan American
Health
Organization**



**World Health
Organization**
REGIONAL OFFICE FOR THE Americas