

# Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con enfermedad mental grave

Miguel Hernández Viadel, Juan Francisco Pérez Prieto, Carlos Cañete Nicolás, Guillem Lera Calatayud y Teresa Roche Millán

Centro de Salud Mental Malvarrosa. Valencia. España.

**El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) pretende mejorar la adhesión al tratamiento y, por tanto, prevenir el deterioro de las personas con enfermedad mental grave y el peligro para sí mismas y los demás. Además de las posiciones manifestadas a favor y en contra con la introducción del TAI, los estudios publicados en la literatura médica obtienen también resultados contradictorios. La mayoría de los estudios observacionales encuentran una mejoría de los pacientes; sin embargo, las limitaciones metodológicas disminuyen la confianza en los resultados. Se han publicado 2 estudios aleatorizados en los que sólo se encuentra mejoría cuando la medida involuntaria se acompaña de servicios comunitarios de seguimiento intensivo. En este artículo se hace una revisión sobre el tema del TAI, incluida la situación actual en España.**

*Palabras clave:*

Tratamiento ambulatorio involuntario. Enfermedad mental grave. Seguimiento intensivo.

## **Involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders**

**Involuntary outpatient treatment is believed to increase adherence, thereby preventing deterioration and harm to people with severe mental illness or to others. Involuntary treatment remains controversial. In addition to arguments for and against the introduction of involuntary outpatient treatment, the results of published studies are contradictory. Most observational studies report patient improvement, although methodological limitations cast doubt on these results. Two randomized studies suggest that outpatient commitment is only effective when linked to the provision of intensive community services. In this article we review this topic, including the current situation in Spain.**

*Key words:*

Involuntary outpatient treatment. Severe mental disorder. Intensive community services.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es denominado en la literatura de formas diferentes: tratamiento ambulatorio obligatorio, tratamiento ambulatorio forzado o judicializado, órdenes de tratamiento y tratamiento obligatorio en la comunidad.

El TAI es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

Estas personas a menudo tienen también problemas de abuso de alcohol u otras sustancias y fallan al tomar su medicación psicotrópica tal como ha sido prescrita, lo cual contribuye a un empeoramiento episódico de su enfermedad psiquiátrica e incluso a la aparición de conductas disruptivas o violentas. Desgraciadamente, por varias razones, incluso cuando el tratamiento es posible, algunos no cumplen con el régimen terapéutico.

Dado que los síntomas de estas enfermedades, cuando no son tratados, pueden causar al paciente incapacidad para cuidar de sí mismo o conductas peligrosas para sí mismo o los demás, en otros países se han utilizado intervenciones coactivas o mandatos judiciales para asegurar la cumplimentación. Países como Gran Bretaña, Estados Unidos, Canadá, Australia o Nueva Zelanda han desarrollado normativas legislativas para regular la aplicación de estas medidas.

En nuestro país y en el mes de marzo de 2005 se presentó en el Congreso de los Diputados (Diario Sesiones Comisión Justicia, 2005), a petición de FEAFES (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de

Correspondencia: Dr. M. Hernández Viadel.  
Centro de Salud Mental de la Malvarrosa.  
Avda. Malvarrosa, 10. 46011 Valencia. España.  
Correo electrónico: mhv4@com.v.es

deración Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales), una propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

La aplicación del TAI no está exento de polémica, con defensores que consideran que es una forma de conseguir la cumplimentación terapéutica y la consiguiente mejoría clínica del paciente, y opositores que encuentran en este tipo de medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y que conllevan un aumento de la coerción y el estigma del paciente psiquiátrico (tabla 1).

En este artículo se pretende hacer una revisión sobre el tema del TAI, de su aplicación en otros países y en el nuestro, y de los datos disponibles acerca de si la intervención propuesta es realmente efectiva; es decir, si un paciente en el que se realizan este tipo de medidas mejora la cumplimentación y el resultado terapéutico respecto a los que reciben tratamiento ambulatorio convencional<sup>1-4</sup>.

## TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN OTROS PAÍSES

El tratamiento ambulatorio involuntario de personas con enfermedad mental grave es utilizado en otros países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda e Israel. En Estados Unidos, más de la mitad de los estados tiene alguna forma de tratamiento obligatorio en la comunidad.

Estudios canadienses y australianos acerca del TAI indican una prevalencia de uso de 5-15 por cada 100.000 habitantes de la población general. En Estados Unidos es utilizado aproximadamente en 3 de cada 100.000 habitantes de la población general, el 9,8% de los nuevos ingresos de pacientes ambulatorios y el 7,1% de los pacientes ambulatorios continuos<sup>2</sup>.

Hay 2 tipos de intervención diferentes:

– Disposiciones de licencia prolongada o alta supervisada. Se han utilizado en Inglaterra y Gales. Se trata de

dar el alta hospitalaria condicionada al cumplimiento del tratamiento. No incluye el tratamiento obligatorio. Permite al psiquiatra reingresar al paciente en el hospital contra su voluntad si no cumple el tratamiento. Sólo es aplicable a los pacientes que han sido dados de alta del hospital. Algunos investigadores han encontrado que reducía el tiempo en el hospital y el grado de peligrosidad<sup>1</sup>.

– Tratamiento obligatorio en la comunidad. El juez autoriza al médico para aplicar un tratamiento en contra de la voluntad del paciente, esté ingresado o no. En la mayoría de los estados norteamericanos no se incluye el poder para administrar la medicación obligatoriamente en la comunidad. En Australia sí puede incluir el poder para imponer la medicación en la comunidad.

## Datos sobre la efectividad del tratamiento ambulatorio involuntario

En la literatura médica se recogen 2 tipos de estudios<sup>5</sup>: estudios observacionales o de primera generación y estudios aleatorizados o de segunda generación.

En los estudios observacionales<sup>6-16</sup> de forma mayoritaria se encuentra una disminución en el número de urgencias, el número de ingresos y los días de estancia en el hospital. Sin embargo, tienen limitaciones metodológicas importantes (el tamaño pequeño de las muestras y la ausencia de grupos de comparación) que disminuyen la confianza en los resultados.

En los estudios de segunda generación se compara, mediante reparto aleatorio, a pacientes con TAI frente a un grupo control. Hay sólo 2 estudios de este tipo, uno realizado en la ciudad de Nueva York<sup>6</sup> y el otro en Carolina del Norte dirigido por investigadores de la Universidad de Duke<sup>7-10</sup>. Estos estudios encuentran resultados contradictorios.

Steadman et al<sup>6</sup> no han hallado diferencias significativas en las tasas de rehospitalización, arrestos, calidad de vida, síntomas psiquiátricos, enfermos sin hogar u otros resultados entre el grupo con TAI y el grupo control (los que recibieron servicios intensivos, pero sin orden judi-

TABLA 1. Polémica sobre tratamiento ambulatorio involuntario

Argumentos a favor del TAI	Argumentos en contra del TAI
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos restrictivo que repetidos ingresos y menos radical que la incapacidad civil</li> <li>2. Evita recaídas y reingresos</li> <li>3. Evita abandono del tratamiento en pacientes incapacitados</li> <li>4. Estabiliza la vida de personas con enfermedad mental grave</li> <li>5. Mejora desarrollo personal y mejora la convivencia familiar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mayor énfasis en el control, la restricción y la amenaza</li> <li>2. Alternativa a tratamientos intensivos en la comunidad (manejo de casos o tratamiento asertivo en la comunidad)</li> <li>3. Afecta negativamente a la alianza terapéutica</li> <li>4. Aleja al paciente de los servicios sanitarios</li> <li>5. Aumenta la discriminación y el estigma social</li> <li>6. Inhibición de los profesionales salud mental que delegarían en el juez</li> </ol>

TAI: tratamiento ambulatorio intensivo.

cial). Sin embargo, las limitaciones del estudio (muestra pequeña, grupos de comparación no equivalentes, ausencia de cumplimiento de la orden judicial) pueden afectar a los resultados.

El estudio de Duke sugiere que una orden de TAI mantenida (180 días o más), cuando es combinada con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adhesión al tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos, como recaídas<sup>10</sup>, conducta violenta<sup>8</sup>, victimización<sup>11</sup> o arrestos<sup>7</sup>. De acuerdo con estos autores, los 2 factores principales asociados con la disminución de las recidivas y la mejoría de resultados entre las personas con enfermedad mental grave parece ser un tratamiento intensivo y mantener el seguimiento durante un período de tiempo sostenido. En este estudio, los resultados sólo fueron mejores para aquellos bajo orden judicial que recibieron servicios de salud mental intensivos. Si la orden judicial sin tratamiento intensivo tiene algún efecto es una cuestión pendiente de respuesta.

Este estudio también presenta una serie de limitaciones que pueden afectar a la generalización de los resultados del estudio: la población del estudio ha recibido más servicios ambulatorios (7 contactos por mes) que los habituales (0-3 por año), la muestra se limitó a pacientes dados de alta del hospital, por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población, y no se aleatorizó la diferente duración del TAI, por lo que las conclusiones acerca de la importancia de la duración del tratamiento deben ser consideradas con cautela.

En contraste con la escasez de estudios sobre TAI, Ridgely et al<sup>5</sup> encuentran en la literatura médica claras evidencias de que tratamientos alternativos basados en la comunidad, como el uso de programas de tratamientos asertivos en la comunidad (requiere equipos multidisciplinarios con formación cualificada en salud mental y con una elevada ratio profesional/paciente), pueden producir buenos resultados en personas con enfermedad mental grave. Dado que estas intervenciones son intensivas, son también más caras que los programas comunitarios tradicionales y podrían tener una mejor relación coste-efectividad. Hay alguna evidencia de que otras intervenciones comunitarias, como los pisos protegidos o el trabajo protegido, podrían ser también eficaces.

La pregunta sin responder por los investigadores es si el TAI produce los mismos resultados positivos que las alternativas voluntarias. No hay pruebas aleatorizadas que comparen la eficacia del TAI con el tratamiento asertivo comunitario. Simplemente, no se sabe cuál de las 2 formas de supervisión y seguimiento es más efectiva.

En el estudio de Duke no se obtienen resultados superiores a los conseguidos en estudios con tratamiento asertivo solo. Sus resultados indican que las personas con trastorno psicótico y mal pronóstico se beneficiarían

de los servicios mentales intensivos y un tratamiento obligatorio sostenido.

## Tratamiento ambulatorio involuntario en España

Aunque no hay una regulación legal específica sobre esta materia, el TAI en España es un hecho consumado: se administran gotas de haloperidol en la comida sin conocimiento del enfermo o se inyecta medicación *depot* aunque el enfermo exprese su reticencia y sin que se haya solicitado al Juzgado una autorización para obligar al paciente a un tratamiento involuntario. El impacto de estas maniobras "espontáneas" en nuestro medio no es conocido. Desde la experiencia clínica es útil en algunos enfermos, ya que previene el empeoramiento de su enfermedad

Actualmente, en nuestra legislación y para las personas que ven gravemente alterada su vida por una enfermedad y que no tienen conciencia de ello, únicamente existe la posibilidad de que sean internadas y, si no, de ser declaradas incapaces civiles. Muchas familias intentan incapacitar a su hijo con la esperanza de que se le pueda imponer una medicación.

En octubre de 2004, el grupo parlamentario de Convergència i Unió (CiU), recogiendo la iniciativa de numerosos familiares de pacientes (FEAFES), presentó en el Congreso de los Diputados una proposición para modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y permitir así la posibilidad de obligar legalmente a un determinado tipo de pacientes a recibir tratamiento ambulatoriamente. El Pleno del Congreso aceptó tomar en consideración la introducción de un quinto punto en ese artículo, con la siguiente redacción propuesta por CiU:

*"Podrá también el tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un período de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del facultativo, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal."*

*"En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable de éste, que deberá informar al juez, al menos cada 3 meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento."*

*"El plazo máximo de duración de la medida será de 18 meses."*

La propuesta de FEAFES pretende ser una medida más en manos de los médicos, que permitiría a familiares y profesionales asegurar la cumplimentación terapéutica

en aquellos enfermos mentales graves sin conciencia de enfermedad y con riesgo grave de recaída si abandonan el tratamiento, y que permitiría el tratamiento del paciente en su propio entorno y de una manera continuada, sin necesidad de intervenciones más radicales, como el ingreso hospitalario y la incapacitación civil.

La polémica acerca de la idoneidad de este tipo de medidas ha surgido, al igual que en otros países, con defensores y detractores. Así, la Sociedad Española de Psiquiatría (Diario Sesiones, 2005) y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL, 2005) se han manifestado a favor del cambio legislativo<sup>17,18</sup>. Por el contrario, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN 2005) se ha manifestado en contra y ha dado mayor peso a los potenciales inconvenientes (tabla 1), defendiendo la necesidad de desarrollar programas de seguimiento intensivo comunitario y el desarrollo de la Ley General de Sanidad.

En la ciudad de San Sebastián y desde el año 1997 se está realizando una experiencia de TAI con uno de los Juzgados de la ciudad (Diario de Sesiones 2005). Los criterios inclusión son: paciente con diagnóstico de psicosis, historia previa de ingresos múltiples, efectividad del tratamiento y riesgo autoagresivo o heteroagresivo. Desde el año 1997 hasta 2003, 45 pacientes han recibido TAI. El 60% de los casos estaba diagnosticado de esquizofrenia, el 10% de trastorno bipolar y el resto, de psicosis ligadas a tóxicos y/o trastorno de la personalidad. Fueron seguidos mediante un protocolo que se estableció con el juez. Los resultados obtenidos son que el TAI ha funcionado en aquellos casos diagnosticados de psicosis (esquizofrenia o trastorno bipolar), pero no en los casos por consumo de tóxicos o trastorno de la personalidad como diagnóstico principal. En los 7 años de seguimiento, sólo 11/45 pacientes han necesitado reingresar (25%), lo que se considera un buen dato. El número de intervenciones judiciales fue bajo durante el seguimiento de 7 años, ya que sólo en 17 ocasiones hubo que intervenir judicialmente. También se pidió opinión a los clínicos que habían intervenido en estos 45 casos.

Las conclusiones de esta experiencia son que el TAI sólo funciona con pacientes diagnosticados de psicosis y, además, sirve para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que antes se negaban a asistir. Así pues, se considera una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes. El contrapunto es si estos resultados no se conseguirían también con la instauración de programas de seguimiento intensivo, de gestión de casos o de tratamiento asertivo comunitario. En realidad, no se trataría de sustituir un tratamiento intensivo ambulatorio por el TAI, sino de complementar una intervención con la otra.

Otra experiencia similar es llevada a cabo en la ciudad de Barcelona, donde existen 2 juzgados especializa-

dos en temas de incapacidades e internamientos, pero con puntos de vista diferente a la hora de interpretar la normativa vigente para la aplicación de tratamientos ambulatorios no voluntarios. El juzgado n.º 59, que aplica esta medida desde el año 1999 como alternativa a otras más radicales, como el internamiento y a la incapacidad civil, y el juzgado n.º 40, que entiende que, al no haber una norma escrita, ni siquiera se puede plantear el tema, sin perjuicio de que si una persona empeora se solicite el internamiento psiquiátrico (Diario de Sesiones Congreso, 2 de marzo de 2005).

En la Comunidad Valenciana y concretamente en la ciudad de Valencia, siguiendo la experiencia de la ciudad de San Sebastián, se está aplicando el TAI desde el año 2003. Actualmente hay 38 pacientes con TAI y, aunque la impresión es que puede ser beneficiosa para algunos pacientes, se requieren estudios que aporten datos empíricos sobre este tema.

En resumen, en España sólo hay experiencias limitadas, como la de San Sebastián, Barcelona o Valencia, por lo que se necesitan más estudios que permitan aportar más información sobre la efectividad del TAI. Actualmente estamos realizando un estudio observacional, retrospectivo de los pacientes obligados a tratamiento ambulatorio en la ciudad de Valencia, que publicaremos tras su finalización.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *Br J Psychiatr*. 1991;158:792-9.
2. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient for people with severe mental disorders. *Cochrane Review*. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005, Número 4. Oxford.
3. Diario Sesiones Congreso Diputados Comisión Justicia, 1 de marzo del 2005. Proposición de Ley de Modificación LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Número 206, Sesión n.º 11. p. 1-56.
4. Diario Sesiones Congreso Diputados Comisión Justicia, 2 de marzo del 2005: Proposición de Ley de Modificación LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Número 209, Sesión n.º 12. p. 1-40.
5. Ridgely MS, Borum R, Petril J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: empirical evidence and the experience of eight states 2001. Disponible en: [rand.org/publications/MR/MR1340](http://rand.org/publications/MR/MR1340)
6. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, et al. Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program. *Psychiatr Serv*. 2001;52:330-6.
7. Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness? *Criminal Justice Behavior*. 2001;28:156-89.
8. Swanson JW, Swartz MS, Borum R, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ. Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 2000;176:324-31.

9. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Borum R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv.* 2001;52:325-9.
10. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1968-75.
11. Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR. Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1403-11.
12. Fernández G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry.* 1990;41:1001-4.
13. Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Admin Policy Ment Health.* 1998;25:271-85.
14. Hiday V, Scheid-Cook T. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry.* 1989;40:52-9.
15. Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psych Serv.* 1996;47:1251-3.
16. Zanni G, DeVeau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatry.* 1986;37:941-2.
17. AEN. Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario 2005. Disponible en: [www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es).
18. SEPL (Sociedad Española Psiquiatría Legal 2005). Posición sobre el tratamiento ambulatorio y la observación para el diagnóstico no voluntarios. Disponible en: [www.psiquiatrialegal.org](http://www.psiquiatrialegal.org)