

Carlos Cañete-Nicolás<sup>1</sup>  
Miguel Hernández-Viadel<sup>1</sup>  
Carmen Bellido-Rodríguez<sup>2</sup>  
Guillem Lera-Calatayud<sup>3</sup>  
Pedro Asensio-Pascual<sup>1</sup>  
Juan F. Pérez-Prieto<sup>1</sup>  
Roman Calabuig-Crespo<sup>4</sup>  
Carmen Leal-Cercós<sup>1</sup>

# Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves

<sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

<sup>2</sup>Médico Forense  
Instituto Médico Forense  
Valencia

<sup>3</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital de la Ribera  
Valencia

<sup>4</sup>Servicio de Psiquiatría  
Hospital Dr Peset  
Valencia

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) pretende mejorar la adherencia al tratamiento y, por tanto, prevenir las recaídas y el deterioro de las personas con enfermedad mental grave.

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.

En la mayoría de los países de nuestro entorno, se han producido cambios legislativos que regulan su aplicación. En la actualidad no existe en España una normativa legal, sin embargo, es posible su aplicación en el ámbito local de algunas ciudades españolas.

En este artículo se pretende hacer una revisión del TAI en los países de nuestro entorno y España.

**Palabras clave:**  
Tratamiento Ambulatorio involuntario, Enfermedad mental grave, Normativa legal, Seguimiento intensivo comunitario

*Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):27-33*

## Involuntary outpatient treatment (IOT) for severe mental patients: current situation in Spain

Involuntary Outpatient Treatment (IOT) expects to improve treatment compliance and, therefore, prevent the impairment of patients with severe mental illness, as well as the risk for them and others.

Besides IOT introduction defenders and opponent's states, scientific literature offers contradictory results. Legislative changes have been taken in the vast majority of

our neighbouring countries in order to regulate IOT application.

There is no legal regulation in Spain; however, OIT application is possible in certain Spanish cities. This article reviews IOT in Spain and surrounding countries.

**Key words:**  
Involuntary outpatient treatment, Severe mental illness, Legal rules, Intensive community services

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento ambulatorio involuntario (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. Especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

Algunos pacientes a menudo presentan también problemas de abuso de tóxicos y no toman la medicación de forma correcta, lo que contribuye a un empeoramiento de su enfermedad psiquiátrica e incluso a la aparición de conductas disruptivas o violentas.

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.

En países de nuestro entorno se utilizan este tipo de intervenciones o mandatos judiciales para asegurar la cumplimentación del tratamiento de pacientes con enfermedad mental grave.

Los estudios sobre la eficacia del TAI presentan resultados contradictorios<sup>1</sup>. En los estudios observacionales<sup>2-9</sup> se en-

Correspondencia:  
Carlos Cañete Nicolás  
Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia  
Avd. Blasco Ibáñez, 17. Valencia  
CP: 46011. España  
Teléfono: +34 963862600 Fax: +34 963860073  
Correo electrónico: carloscañetenicolás@hotmail.com

cuenta de forma mayoritaria 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 (tamaño pequeño de las muestras y 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 (que recibieron servicios intensivos pero sin orden judicial). Hay sólo 2 estudios de este tipo, uno realizado en la ciudad de Nueva York<sup>10</sup> y el otro en Carolina del Norte<sup>11-15</sup>. Los resultados son contradictorios. En el estudio de Nueva York<sup>10</sup> no se encuentran diferencias significativas en las tasas de rehospitalización, arrestos, enfermos sin hogar u otros resultados entre el grupo con TAI y el grupo control. Por otro lado, los resultados del estudio de Carolina<sup>11</sup> indican que las personas con trastornos psicóticos y mal pronóstico se beneficiarían de los servicios mentales intensivos y un tratamiento obligatorio sostenido, reduciendo el número de recaídas<sup>14</sup>, conducta violenta<sup>12</sup>, victimización<sup>15</sup> o arrestos<sup>11</sup>. En la Tabla 1 se resumen estos resultados sobre la experiencia y eficacia del TAI.

En estudios cualitativos que recogen la opinión de las personas implicadas en este tipo de tratamiento, se encuentra que de forma mayoritaria los familiares de pacientes con TAI y los psiquiatras que atienden a estos pacientes consideran beneficiosa la medida judicial, encontrando una mejoría clínica del paciente<sup>16, 17</sup>. Incluso una parte de los propios pacientes (sometidos al tratamiento involuntario ambulatorio) consideran esta medida necesaria para asegurar el tratamiento y evitar medidas más coercitivas como el ingreso involuntario<sup>16, 18-21</sup>.

Por otro lado, en el año 2009 se realizó una evaluación de la eficacia del programa TAI en el estado de Nueva York<sup>22</sup> donde se encuentran resultados favorables con una disminución del número de ingresos y una mayor adherencia al tratamiento, sin consecuencias negativas para los pacientes (estigma, coerción y satisfacción con el tratamiento).

En este artículo se pretende hacer una revisión sobre la situación del TAI en diferentes países y España en particular.

## TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN OTROS PAÍSES

En Estados Unidos, más de la mitad de los estados tiene alguna forma de tratamiento obligatorio en la comunidad siendo utilizado aproximadamente en 3 de cada 100.000 habitantes de la población general, en el 9,8% de los nuevos ingresos de pacientes ambulatorios y el 7,1% de los pacientes ambulatorios<sup>23</sup>. Estudios canadienses y australianos acerca del TAI indican una prevalencia de uso de 5-15 por cada 100.000 habitantes de la población general.

Básicamente hay 2 tipos de intervención: Altas supervisadas y Tratamiento Obligatorio en la Comunidad.

### Altas supervisadas o salidas de ensayo

Se trata de permitir la salida del hospital de un paciente bajo la condición de cumplir el tratamiento en la comunidad. Sólo es aplicable en aquellos pacientes que han estado ingresados con carácter involuntario en el hospital. El incumplimiento de las condiciones acordadas en el plan terapéutico, por rechazo o por cumplimiento deficiente por parte del paciente puede justificar su reingreso hospitalario.

Algunos investigadores han encontrado que este tipo de intervenciones reducen el tiempo de ingreso en el hospital y el número de conductas agresivas<sup>24</sup>. Este modelo es seguido en países europeos como Alemania, Francia, Inglaterra y Gales, Bélgica, Luxemburgo, Portugal e Israel. En Alemania se contempla la suspensión del internamiento hasta 6 meses y en el caso francés se prevén salidas de ensayo bajo supervisión médica con una duración inicial de 3 meses, que son renovables. En EEUU y Canadá también se plantea la suspensión condicionada del internamiento<sup>25</sup>. En todos ellos se propone la salida del paciente del hospital con la condición de seguir un plan terapéutico en la comunidad durante un período de tiempo variable según los países (3-6 meses) y que puede prorrogarse.

En Inglaterra y Gales, con la nueva ley de salud mental (Mental Health Act 2007), desaparecen las altas supervisadas y éstas son sustituidas por el tratamiento comunitario supervisado. Las órdenes de tratamiento comunitario sólo son posibles en aquellos pacientes que han sido ingresados involuntariamente en el hospital y cuando el clínico responsable se plantea para el paciente permisos de salida del hospital de más de 7 días. A diferencia de las altas supervisadas, a las que sustituye, el tratamiento comunitario supervisado permite a pacientes que no necesitan continuar tratamiento en el hospital ser dados de alta y seguir el tratamiento en la comunidad, pero con el poder de hacerle volver al hospital si es necesario. Esto es diferente de los permisos de salida, que siguen estando indicados para permitir salidas a corto plazo del hospital como parte del manejo general de un paciente hospitalizado. La duración de estas órdenes de tratamiento comunitario es de 6 meses, prorrogables por períodos de un año. Estas no incluyen el poder de dar un tratamiento por la fuerza en la comunidad, excepto en casos de urgencia<sup>26, 27</sup>.

### Tratamiento obligatorio en la comunidad

Además de las altas supervisadas o salidas de ensayo, existen otras dos situaciones donde se plantea la aplicación de las órdenes de tratamiento:

- TAI como alternativa al internamiento. De aplicación

Tabla 1		Revisión sobre la experiencia y la eficacia del TAI		
ESTUDIOS PRIMERA GENERACIÓN				
ESTUDIO	SUJETOS	DISEÑO	RESULTADOS	
Zanni, G., & deVeau, L. (1986)	42	Estudio pre-post TAI (1 año seguimiento)	Disminuyen nº ingresos	
Fernandez, G., & Nygard, S. (1990)	4179	Estudio pre-post TAI (durante 1000 días)	Disminuyen nº ingresos, estancia media	
Munetz, M. R., Grande, T., Kleist, J., & Peterson, G. A. (1996)		Estudio pre-post TAI (1 año seguimiento)	Estancia media menor y más días con empleo	
Geller, J., Grudzinskas, A., et al.(1998)	26	Estudio casos-control retrospectivo (seguimiento 6 meses)	Disminuyen ingresos y estancia media	
Durst R, Teitelbaum A et al (1999)	326	Estudio retrospectivo. 1 año de seguimiento. Se considera tratamiento exitoso si hay tratamiento continuado durante 6 meses o el ingreso es voluntario	El TAI fue exitoso en 43,3 % casos, sin éxito en el 32,5 % (ingreso involuntario) y éxito parcial 22,1%	
Bursten (1986)	221	Compara no ingresos con un grupo control	No hay diferencias	
Hiday, V., & Scheid-Cook, T. (1989)	69 con TAI vs 84 ingresados en hospital involuntariamente	Estudio comparativo y retrospectivo de la cumplimentación y asistencia de los 2 grupos (6 meses seguimiento)	Los pacientes con TAI es más fácil que cumplimenten tratamiento y utilicen servicios comunitarios	
Preston NJ, Kisely S al. (2002)	228 con TAI vs 228 controles	Estudio casos-control retrospectivo (seguimiento 1 año)	No hay diferencias en ingresos El TAI no reduce el uso de servicios de salud	
ESTUDIOS SEGUNDA GENERACIÓN				
ESTUDIO	SUJETOS	DISEÑO	RESULTADOS	
Steadman, H. J., Gounis, K., et al. (2001)	78 con TAI 64 grupo control	Estudio casos control prospectivo y reparto aleatorio Todos los pacientes recibieron tratamiento intensivo comunitario (gestión de casos, TAC)	No encuentra diferencias significativas en nº ingresos y estancia media	
Swartz, M. S., Swanson, J. W. et al. (1999) Swartz, M. S., Swanson, J. W. et al. (2001) Swanson, J. W., Swartz, M. S. et al. (2000) Swanson, J. W., Borum, R., et al (2001) Hiday, Swartz et al (2002)	129 con TAI 135 grupo control	Estudio casos control prospectivo y reparto aleatorio Todos los pacientes recibieron servicios de gestión de casos. Seguimiento 1 año	Puede disminuir nº ingresos y estancia media en órdenes sostenidas, combinadas con tratamientos intensivos, en pacientes psicóticos Disminuye el nº conductas violentas Disminuye nº arrestos. Disminuye probabilidad ser víctima de agresiones	

en aquellos pacientes que cumplen criterios para ambas indicaciones. Se trataría de aplicar la alternativa menos restrictiva.

- **TAI con finalidad preventiva.** De aplicación en aquellas personas que padecen una enfermedad mental grave, con antecedentes de pobre adherencia al tratamiento y que es poco probable que se comprometan voluntariamente a seguir un plan terapéutico. El abandono del tratamiento va seguido de deterioro o recaídas frecuentes, con riesgo de agresividad para sí mismo o los demás. En este sentido es probable que el paciente se beneficie con el tratamiento ambulatorio. Se trata de órdenes de tratamiento para aquellas personas, que padeciendo una enfermedad mental grave, no reúnen los criterios para un ingreso involuntario.

En estos casos, el juez autoriza al médico para aplicar un tratamiento en la comunidad sin el consentimiento del paciente y sin necesidad de que el paciente haya estado ingresado.

Países como Estados Unidos, Canadá, Australia o Nueva Zelanda han desarrollado normas legislativas para regular la aplicación de estas medidas.

Para la autorización del TAI es preceptiva la celebración de una audiencia, tras la cual el tribunal decidirá si se cumplen o no los criterios para su aplicación. La autorización del TAI no se dictará sin que previamente se proponga un plan terapéutico escrito que incluya los medios asistenciales para llevarlo a cabo ("servicios de supervisión" o "equipo de tratamiento comunitario asertivo"). Este plan deberá ser explicado por un médico al tribunal. Cualquier modificación del programa terapéutico requiere la aprobación del tribunal, salvo que dicho cambio estuviera previsto en la autorización inicial.

En la mayoría de los estados norteamericanos el TAI no incluye el poder para la administración forzosa de la medicación en la comunidad. En Australia sí puede incluir el poder para imponer la medicación en la comunidad, sin recurrir al ingreso hospitalario<sup>23, 28</sup>.

## TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN ESPAÑA

### Propuestas de regulación legislativa

La aplicación del TAI no está exenta 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<sup>29</sup>.

En octubre del 2004 se presentó en el Congreso de los Diputados<sup>30, 31</sup> a petición de FEFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales), una propuesta de modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos 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: *"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 FEFES pretendía ser una medida que permitiera a familiares y profesionales asegurar la cumplimentación terapéutica en enfermos mentales graves, con alto riesgo de recaída si abandonaban el tratamiento. Además trataba de evitar intervenciones más radicales, como el ingreso hospitalario y la incapacidad civil.

La polémica acerca de la idoneidad de este tipo de medidas ha surgido en España, al igual que en otros países, con defensores y detractores. Así, la Sociedad Española de Psiquiatría<sup>30, 31</sup> y la Sociedad Española de Psiquiatría Legal<sup>32</sup> se han manifestado a favor del cambio legislativo. Por el contrario, la Asociación Española de Neuropsiquiatría<sup>33</sup> se ha manifestado en contra y ha dado mayor peso a los potenciales inconvenientes, defendiendo la necesidad de desarrollar programas de seguimiento intensivo comunitario y el desarrollo de la Ley General de Sanidad. Finalmente y ante la falta de consenso, esta propuesta legislativa fue retirada del parlamento.

En octubre de 2006 aparece una nueva propuesta legislativa. El gobierno presentó un Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria<sup>25, 34</sup>, que incluía en su capítulo IX sobre "la autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos". A diferencia de la propuesta del 2004 que la medida judicial siempre partía del conocimiento del facultativo, este nuevo proyecto permitía acudir directamente al juzgado sin la previa propuesta razonada del especialista. Finalmente, tras su debate en el Congreso de los Diputados, el articulado sobre la regulación de "los tratamientos no voluntarios" fue de nuevo suprimido y retirado del Congreso.

## Práctica del TAI

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 se plantea que es útil en algunos enfermos, ya que previene el empeoramiento de su enfermedad.

Sin embargo, la frecuencia de este tipo de prácticas es cada vez menor, debido a la mayor concienciación de la sociedad española en general y de los médicos en particular de la importancia por el respeto de los derechos de los pacientes (basados en el principio de autonomía y su aplicación mediante el consentimiento informado). Así, de acuerdo con la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, se reconoce en sus principios básicos que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento del paciente y que todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento.

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 familiar con la esperanza de que se le pueda imponer una medicación.

En los últimos años se están realizando experiencias de TAI en diferentes ciudades españolas (San Sebastián, Barcelona, Alicante, Valencia), con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica de personas con enfermedad mental grave y evitar los extremos del ingreso hospitalario o la incapacidad civil.

En la ciudad de San Sebastián y desde el año 1997 se está realizando una experiencia de TAI con un Juzgado de la ciudad<sup>30,31</sup>. Entre el año 1997 y 2003 se aplicó el TAI a 45 pacientes. Las conclusiones de esta experiencia son que el TAI funciona con pacientes diagnosticados de psicosis y, además, sirve para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que el paciente antes se negaba a asistir. Así pues, se considera una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes (los más graves).

En Barcelona, existen 2 juzgados especializados en temas de incapacidades e internamientos pero con puntos de vista diferentes a la hora de interpretar la normativa vigente para la aplicación de tratamientos ambulatorios no voluntarios. El juzgado nº 59, aplica esta medida desde el año 1999 como alternativa a otras más radicales, como el internamiento y a

la incapacidad civil, y por otra parte, el juzgado nº 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<sup>30,31</sup>.

En Alicante se desarrolló en 2008 un protocolo de actuación sanitaria-judicial para la aplicación del TAI. Se establece un periodo de aplicación de 18 meses y la necesidad del dispositivo sanitario de informar al juzgado cada 6 meses. La implantación de este protocolo exige la creación de un juzgado especializado en materia de salud mental.

De forma puntual, el TAI se está aplicando en otras ciudades (Gijón, Murcia) cuando el programa de tratamiento asertivo comunitario es infructuoso<sup>35</sup>.

En la ciudad de Valencia, se está aplicando el TAI desde el año 2003. De acuerdo con los datos obtenidos en el juzgado nº 13, encargado de los procesos de internamiento e incapacidad civil, actualmente hay 140 pacientes con TAI. La mayoría son varones (66%) con una media de edad de 40 años. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es la esquizofrenia (68,6%) y uno de cada tres esquizofrénicos con TAI presenta problemas por abuso o dependencia a tóxicos. En la gran mayoría de casos (79%) la solicitud del TAI se realiza durante el internamiento del paciente desde la sala de agudos del hospital como paso previo al alta. Los motivos más frecuentes para la instauración del tratamiento ambulatorio involuntario son: recaídas frecuentes por abandono de la medicación (63%), nula intención de seguir el tratamiento (24%) y conducta agresiva (13%). La mayoría de los psiquiatras que atienden a estos pacientes con TAI informan al juzgado que la evolución del paciente es de mejoría o que se encuentra estable (72%). Estos datos son similares a los publicados anteriormente por nuestro grupo<sup>16</sup>. Aunque la impresión es que puede ser beneficiosa para algunos pacientes, se requieren más estudios sobre este tema.

Nuestro equipo de trabajo se plantea que posiblemente una parte de estos pacientes podrían responder a programas de seguimiento intensivo, como el tratamiento asertivo comunitario, sin necesidad de una intervención judicial.

Es probable que la falta o escasez de estos recursos asistenciales, incrementen la práctica del TAI por parte de los profesionales dedicados a la asistencia de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, estas órdenes judiciales no pueden sustituir a ningún tratamiento, ni sustituir la falta o escasez de recursos asistenciales necesarios para la adecuada asistencia de estos pacientes. El TAI no es un tratamiento en sí mismo, sino la forma en que se administra el tratamiento pautado por el clínico.

Debe ser el clínico quien tiene que evaluar y decidir cuál es el tratamiento adecuado para el paciente, aunque esta elección venga determinada por los recursos disponibles y la necesidad, en ocasiones, de dar una respuesta inmediata.

Cuestión aparte es la organización y disponibilidad de los recursos asistenciales, que queda fuera del ámbito de este trabajo. Pensamos como dice Ferreirós Marcos<sup>36</sup>, que "la regulación de los tratamientos involuntarios no da respuesta a problemas como el estigma, la dificultad de acceso a un empleo o a un sistema adecuado de recursos sanitarios y sociales".

En este sentido, consideramos más acertado hablar de "órdenes de tratamiento comunitario" que de "tratamiento ambulatorio involuntario", ya que este último término puede sugerir de forma engañosa, que alude algún tipo de tratamiento específico.

Finalmente, queremos añadir que la ausencia de una normativa que regule de forma expresa las órdenes de tratamiento comunitario, no sólo afecta a las personas que padecen una enfermedad mental grave, sino que también afecta a las personas implicadas en su tratamiento, como familiares y cuidadores, y que constituyen el principal apoyo del paciente para su continuidad y convivencia en la comunidad.

En resumen, en la mayoría de los países desarrollados se han producido cambios legislativos que regulan la aplicación del TAI. En la actualidad no existe en España una normativa específica, sin embargo, es posible su aplicación en el ámbito local de algunas ciudades españolas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ridgely MS, Borum R, Petrila J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: empirical evidence and the experience of eight states 2001. Available in: [rand.org/publications/MR/MR1340](http://rand.org/publications/MR/MR1340).
- Zanni G, DeVea L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatr* 1986;37:941-2.
- Fernández G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1001-4.
- Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psych Serv* 1996;47:1251-3.
- Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Admin Policy Ment Health* 1998;25:271-85.
- Durst R, Teitelbaum A, Bar-El Y, Shlafman M, Ginath Y. Evaluation of Compulsory Ambulatory Treatment in Israel. *Psychiatric Services* 1999;50(5):698-700.
- Bursten, B. Posthospital mandatory outpatient treatment. *Am J Psychiatry* 1986;143(10):1255-8.
- Hiday V, Scheid-Cook T. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:52-9.
- Preston NJ, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ.com* 2002.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hernández Viadel M, Lera Calatayud G, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF. Tratamiento ambulatorio involuntario: Opinión de las personas implicadas. *Archivos de Psiquiatría* 2007;70(1):65-74.
- O' Reilly RL, Keegan DL, Elias JW. A Survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan. *Can J Psychiatry* 2000;45:79-81.
- Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1999;50(11):1489-91.
- Swartz M, Swanson J, Wagner R, Hannon M, Shumway M. Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:1139-46.
- O' Reilly RL, Keegan DL, Corring D, Shrikhande S, Natarajan D. A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006;29:516-24.
- McKenna BG, Simpson A and Coverdale J. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *International Journal of Law and Psychiatry* 2004;29:145-58.
- Swartz MS, Swanson JW, Steadman HJ, Robbins PC and Monahan J. New York State Assisted Outpatient Treatment Program Evaluation. Duke University School of Medicine, Durham, NC, June, 2009.
- 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.
- 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.
- Barrios Flores LF. Tratamiento ambulatorio involuntario. En: *Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica*. Coordinador: Otero Pérez. Madrid: Edimsa; 2008.
- Chapter 12. Mental Health Act 2007. Available in [www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/pdf/ukpga\\_20070012\\_en.pdf](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/pdf/ukpga_20070012_en.pdf).
- A guide to supervised community treatment. Available in: <http://www.obmh.nhs.uk/service-users/accessing-services/documents/mha-amendments-sct-info.pdf>
- Dawson J. Fault-lines in community treatment order legislation. *International Journal of Law and Psychiatry* 2006;29:482-94.
- Hernández Viadel M, Pérez Prieto JF, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con enfermedad mental grave. *Psiquiatría Biológica* 2006;13(5):183-7.
- 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.
31. 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.
  32. SEPL (Sociedad Española Psiquiatría Legal 2005). Posición sobre el tratamiento ambulatorio y la observación para el diagnóstico no voluntarios. Available in: [www.psiquiatrialegal.org](http://www.psiquiatrialegal.org) Psiq.
  33. AEN. Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario 2005. Available in: [www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es).
  34. Proyecto de Ley 121/000109 Jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 27 de octubre de 2006. Número 109-1.
  35. Morán-Sánchez I, De Concepción Salesa A. Psicosis alucinatoria crónica. A propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(6):372-3.
  36. Ferreirós Marcos C.E. El tratamiento ambulatorio: cuestiones legales y prácticas colecciones CERMI, Vol 24, 2006. Available in: <http://www.cermi.es>