



ORIGINAL

## Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria

Miguel Hernández-Viadel\*, Carlos Cañete Nicolás, Juan Francisco Pérez Prieto, Guillem Lera Calatayud y Manuel Gómez Beneyto

Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

Recibido el 21 de septiembre de 2009; aceptado el 1 de marzo de 2010  
Disponible en Internet el 11 de mayo de 2010

**PALABRAS CLAVE**

Tratamiento  
ambulatorio  
involuntario;  
Eficacia

**Resumen**

**Objetivo:** Valorar si los pacientes psiquiátricos con tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) reducen el uso de los servicios de salud mental en comparación con un grupo de control no sometido a esta medida judicial.

**Método:** Se comparó al grupo de pacientes con TAI ( $n=38$ ) con un grupo de control ( $n=38$ ) seleccionado del grupo de pacientes que fueron hospitalizados con carácter involuntario durante el mismo periodo. En el grupo control se ha incluido a pacientes con variables sociodemográficas, características clínicas e historia psiquiátrica similares a las del grupo con TAI. Se comparó el número de urgencias e ingresos y las estancias medias en el hospital durante un seguimiento de 6 meses tras el inicio de la medida judicial o el alta hospitalaria de los casos de control.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en la utilización de los servicios de salud mental (número de urgencias e ingresos y estancias medias) entre el grupo con TAI y el grupo de control.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio ponen en duda la eficacia del TAI para reducir el uso de los servicios hospitalarios.

© 2009 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**

Involuntary  
outpatient treatment;  
Efficacy

**Evaluation of the efficacy of involuntary outpatient treatment in reducing the use of mental health services in hospital**

**Abstract**

**Objective:** To determine whether psychiatric patients in involuntary outpatient treatment (IOT) show reduced use of mental health services in hospital compared with a control group not subject to a judicial order.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mhv4@comv.es](mailto:mhv4@comv.es) (M. Hernández-Viadel).

**Method:** We compared a group of patients in IOT (n=38) with a control group (n=38), selected from involuntarily hospitalized patients during the same period. Patients in the control group had similar sociodemographic, clinical and psychiatric characteristics to the group with IOT. We analyzed the number of emergencies, inpatient admissions and length of hospital stay during a follow-up period of 6 months after the beginning of the judicial order in the IOT group or after hospital discharge in the control group.

**Results:** No significant differences were found between the IOT and the control group in hospital use (number of emergencies, inpatient admissions and mean length of hospital stay).

**Conclusions:** These results question the efficacy of IOT to reduce the use of hospital services.

© 2009 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento no voluntario extrahospitalario que pretende asegurar el cumplimiento terapéutico de los pacientes que sufren una enfermedad mental grave sin tener conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone alto riesgo de recaída, con aparición de conductas disruptivas y violentas u hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes<sup>1</sup>.

El TAI en personas con enfermedad mental grave es una práctica habitual en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia, Alemania, Australia, Nueva Zelanda e Israel. En general, no se incluye el poder para administrar de forma obligada la medicación, excepto en Australia, donde sí se puede incluir. Estudios canadienses y australianos acerca del TAI indican una prevalencia de uso de 5–15 cada 100.000 habitantes. En Estados Unidos, se utiliza en aproximadamente 3/100.000 habitantes, en el 9,8% de los nuevos ingresos y en el 7,1% de los pacientes ambulatorios<sup>2</sup>.

La legislación española, actualmente, sólo prevé la posibilidad del internamiento en un centro o la incapacidad civil para las personas que ven gravemente alterada su vida por una enfermedad psíquica y no tienen conciencia de ello. En octubre de 2004, la Asociación Nacional de Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental (FEAFES), a través de los representantes políticos, 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 ambulatorio<sup>3</sup>.

En Valencia, el Juzgado de Primera Instancia n.º 13 aplica el TAI desde 2003, basándose en el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, elaborado por el Consejo de Europa en 1997. En su artículo 7, sobre la protección de las personas que sufren trastornos mentales, se reconoce que la persona que sufre un trastorno mental grave podrá ser sometida, sin su consentimiento, «a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud»<sup>4</sup>. En la resolución judicial se establece el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable de él, 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 es

de 18 meses e incluye la administración obligatoria de medicación en el ámbito extrahospitalario.

## Datos sobre la efectividad del TAI

En la literatura médica se recogen dos tipos de estudios<sup>5</sup>:

- En los estudios observacionales<sup>6–10</sup>, se encuentra de forma mayoritaria una disminución en el número de urgencias, el número de ingresos y los días de estancia en el hospital tras la introducción del tratamiento obligatorio en la comunidad. Sin embargo, presentan limitaciones metodológicas importantes (el pequeño tamaño de las muestras y la ausencia de grupos de comparación) que disminuyen la confianza en los resultados.
- En los estudios aleatorizados, se compara a pacientes con TAI con un grupo control<sup>11–16</sup>. Los resultados obtenidos son contradictorios. Hay pocos estudios de este tipo: Steadman et al<sup>11</sup> en Nueva York no encontraron 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 judicial). 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. Otro estudio, realizado por Swartz et al<sup>17–21</sup> en la Universidad de Duke, señala que una orden de TAI seguida 180 días o más, cuando se combina con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos. En estos trabajos 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 de 180 días o más.

## Objetivo

El objetivo de nuestro estudio es aportar información acerca de la eficacia de esta medida judicial para disminuir la atención hospitalaria, expresada como el número de urgencias, de ingresos y de estancias en el hospital.

Al igual que otros estudios que pretenden evaluar la efectividad del TAI, se ha utilizado como medida de

resultado el uso de los servicios hospitalarios (urgencias, ingresos y días de estancia). Se considera que si el TAI incrementa la adherencia al tratamiento y, por lo tanto, previene las recaídas, se espera que, con la aplicación de esta medida legal, la frecuencia de urgencias e ingresos y la estancia media de los ingresos disminuyan.

## Método

Se trata de un estudio de casos y controles retrospectivo, donde se compara el grupo de pacientes con TAI con un grupo de control. El grupo de pacientes con TAI corresponde a la población de pacientes de la ciudad de Valencia incluidos en TAI hasta el momento de iniciarse este estudio (octubre de 2005).

El grupo de control corresponde a una muestra de la población de pacientes que han tenido al menos un ingreso con carácter involuntario en la unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Clínico de Valencia durante el periodo comprendido entre noviembre de 2003, fecha en que se incluyó al primer paciente con TAI, y octubre de 2005 cuando se inició el presente estudio. Se considera ingreso índice el ocurrido durante ese periodo. En caso de más de un ingreso hospitalario durante ese tiempo, se considera ingreso índice el primero de ellos.

El grupo de control está formado por pacientes con variables sociodemográficas, características clínicas e historia psiquiátrica similares a las del grupo de casos de TAI. Las variables sociodemográficas incluidas son edad, sexo y residencia urbana (viven en la ciudad de Valencia). Las características clínicas son diagnóstico y evolución crónica, es decir, al menos 2 años de evolución de la enfermedad. En la historia psiquiátrica se incluye el número de urgencias e ingresos en los 6 meses previos al ingreso índice, similares a los del grupo de casos de TAI.

En el estudio se compara el número de urgencias e ingresos y las estancias medias en el hospital entre el grupo con TAI y el grupo de control, durante un seguimiento de 6 meses tras el inicio de la medida judicial o el alta hospitalaria de los casos de control.

De cada paciente se recogieron los datos de edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV, motivos del TAI o del ingreso hospitalario, número de ingresos, número de urgencias psiquiátricas y duración media de la estancia hospitalaria de los ingresos.

### Aspectos éticos y origen de la financiación

El estudio se diseñó y se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las leyes éticas relacionadas con la profesión médica. El estudio se desarrolló con independencia de cualquier influencia institucional y no recibió ninguna financiación externa.

## Resultados

La media de edad del grupo de pacientes con TAI era  $41,5 \pm 11,6$  y  $41,4 \pm 10,2$  en el grupo de control ( $p=0,9$ ). Por edades, los dos grupos están compuestos por 38 pacientes, 26 varones y 12 mujeres.

Los diagnósticos de los pacientes aparecen en la [tabla 1](#). Más de dos tercios corresponden al diagnóstico de trastorno esquizofrénico.

**Tabla 1** Diagnóstico del eje I (DSM-IV)

Diagnóstico (DSM-IV)	Grupo TAI, n (%)	Grupo control, n (%)
Esquizofrenia	26 (68)	27 (71)
Trastorno bipolar	5 (13)	5 (13)
Trastorno delirante	5 (13)	4 (11)
Trastorno esquizoafectivo	1 (3)	2 (5)
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	1 (3)	0
Total	38 (100)	38 (100)

**Tabla 2** Motivo principal de ingreso hospitalario

Motivo	Grupo TAI, n (%)	Grupo control, n (%)
Conducta agresiva	8 (25)	8 (21)
Incumplimiento terapéutico	22 (68,7)	7 (18,4)
Síntomas positivos	0	16 (42,1)
Intento de suicidio	0	4 (10,5)
Amenazas autoagresividad/ heteroagresividad	2 (6,2)	3 (7,9)
Total	32 (100)	38 (100)

$\chi^2=28$ ;  $p<0,001$ .

Los motivos más frecuentes de ingreso involuntario en el hospital ([tabla 2](#)) fueron el incumplimiento terapéutico en el grupo TAI y los síntomas positivos en el grupo de control, de acuerdo con el juicio clínico del psiquiatra que formulaba el ingreso.

En el momento del inicio de la medida judicial, 5 pacientes con TAI nunca habían tenido un ingreso hospitalario previo. El motivo del TAI en estos 5 casos fue conducta agresiva y nula conciencia de enfermedad. La petición de la medida judicial fue solicitada por los propios familiares ante la negativa del paciente a acudir a los servicios de salud mental. Dos pacientes habían sido diagnosticados de esquizofrenia y los otros 3, de trastorno delirante. Dados los recursos sanitarios disponibles en la actualidad, la medida judicial ha sido la única forma posible de introducir a estos pacientes en la red de salud mental. En los 6 meses de seguimiento del estudio, sólo 1 de estos 5 pacientes tuvo un ingreso hospitalario.

El número de urgencias e ingresos y las estancias medias en el hospital durante los 6 meses previos al inicio del TAI o ingreso índice no alcanzan diferencias significativas entre el grupo TAI y el grupo control ([tabla 3](#)), lo que permite estimar que son dos grupos «parecidos» en la utilización de estos servicios sanitarios.

A los 6 meses del inicio del TAI o el alta hospitalaria de los pacientes del grupo de control, se volvió a medir las mismas variables (urgencias, ingresos, estancia media) y los resultados se presentan en la [tabla 4](#). Como se puede observar, en los dos grupos hay una disminución importante de estas variables al comparar los datos con los resultados de los 6 meses anteriores ([tabla 3](#)); sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar los dos grupos de estudio tras 6 meses de seguimiento ([tabla 4](#)).

**Tabla 3** Utilización de los servicios hospitalarios de salud mental durante los 6 meses previos al inicio del TAI o ingreso índice

	Grupo TAI, n (moda)	Grupo control, n (moda)
Urgencias	1,86 (2)	2 (2)
Número de ingresos	1,1 (1)	1,23 (1)
Estancia media en unidad de agudos (días)	26	25,7
Pacientes que ingresaron, n	33	38
Estancia media de los que ingresaron (días)	29,9	25,7

**Tabla 4** Utilización de los servicios hospitalarios de salud mental durante los 6 meses siguientes al inicio del TAI o ingreso índice

	Grupo TAI, n (moda)	Grupo control, n (moda)
Urgencias	0,47 (0)	0,63 (1)
Ingresos	0,23 (0)	0,15 (0)
Estancia media (días)	2,52	2,81
Pacientes que ingresaron, n	8	5
Estancia media de los que ingresaron (días)	12	21,4

## Discusión

En nuestro estudio observamos que, al igual que en la literatura médica, el TAI se aplica con mayor frecuencia a personas con esquizofrenia (70%), con conductas agresivas o violentas, nula conciencia de enfermedad e incumplimiento terapéutico<sup>17</sup>. Sólo en 1 paciente fue necesaria la intervención del juzgado para forzar el tratamiento ambulatorio en los 6 meses de seguimiento con TAI.

Swartz et al<sup>12-16</sup> llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado en el que se sometió tanto los pacientes a los que se aplicó la medida legal como al grupo de control a un seguimiento ambulatorio con «gestión de casos». Señalan que una orden de TAI mantenida más de 180 días, cuando se combina con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de resultados negativos (recaídas, conducta violenta, victimización o arrestos).

Sin embargo, otros autores (Steadman et al<sup>11</sup> y Kisely et al<sup>2,18</sup>, Pollack et al<sup>19</sup> y Preston et al<sup>20</sup>) no encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo TAI en el uso de servicios sanitarios como el número de ingresos hospitalarios, estancia media en el hospital o en el número de urgencias.

En nuestro estudio, aunque los pacientes con TAI presentaron una reducción en el número de urgencias, número de ingresos y duración de la estancia hospitalaria en los 6 meses siguientes al inicio de la orden, esta mejoría no

fue significativamente mayor que la obtenida por los pacientes del grupo control que no estaban con TAI, después del ajuste por diagnóstico, edad, sexo y uso previo de los servicios hospitalarios.

Los resultados de este estudio ponen en duda la efectividad del TAI como medida de tratamiento obligatorio en la comunidad. Si la eficacia se define por la reducción del uso de servicios hospitalarios (número de urgencias, ingresos o estancia media en el hospital), nuestros resultados indican que esta medida legal no es más efectiva que el tratamiento extrahospitalario no obligatorio.

No obstante, la eficacia del TAI se puede estimar utilizando otras medidas de resultado, como la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento durante la aplicación de la medida o la evolución del paciente con posterioridad al uso de la medida judicial. En lo referente a la satisfacción del paciente, en un estudio anterior<sup>21</sup>, encontramos que un 80-90% de los psiquiatras y los familiares entrevistados consideran que el TAI fue una medida beneficiosa para el tratamiento del paciente. Incluso el 54% de los pacientes con TAI opinaron que éste fue una medida beneficiosa para su tratamiento.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, encontramos que, para 5 de los 38 pacientes con TAI (13%), la medida judicial fue el último recurso de los familiares para conseguir la adherencia del paciente al tratamiento ambulatorio. Es posible que otro tipo de intervenciones, como el tratamiento asertivo comunitario, pueda conseguir que algunos de estos pacientes continúen el tratamiento ambulatorio sin intervención judicial. Sin embargo, autores como O'Reilly<sup>22</sup> encuentran que alrededor del 10% de los pacientes con tratamiento asertivo comunitario siguen el plan de tratamiento sólo cuando se los obliga con el TAI.

Entre las limitaciones del estudio, además del tamaño reducido de la muestra, hay que mencionar las propias de un diseño de casos y controles. Se podría haber evitado estas dificultades empleando un diseño de ensayo clínico aleatorizado, pero desde nuestro punto de vista los obstáculos de naturaleza ética no permiten llevarlo a cabo.

## Bibliografía

1. Hernández M, Pérez FJ, Cañete C, Lera G, Roche T. Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con trastorno mental grave. *Psiq Biol.* 2006;13:183-7.
2. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient for people with severe mental disorders. *Cochrane Review.* Oxford: Biblioteca Cochrane Plus; 2005 (4).
3. Comisión de Justicia. Proposición de Ley de Modificación LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, número 206; Sesión n.º 11, 1-56; 1 de marzo de 2005.
4. Convenio de Oviedo, para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Disponible en: [www.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/convenio\\_oviedo.pdf](http://www.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/convenio_oviedo.pdf).
5. Ridgely MS, Borum R, Petrila J. The effectiveness of involuntary outpatient treatment: Empirical evidence and the experience of eight States 2001. Disponible en: [www.rand.org/publications/MR/MR1340](http://www.rand.org/publications/MR/MR1340).

6. Fernandez G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41:1001–4.
7. Geller J, Grudzinskas A. The efficacy of involuntary outpatient treatment in Massachusetts. *Admin Policy Ment Health*. 1998;25:271–85.
8. Hiday V, Scheid-Cook T. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1989;40:52–9.
9. Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*. 1996;47:1251–3.
10. Zanni G, DeVeau L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatr*. 1986;37:941–2.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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 and Behavior*. 2001;28:156–89.
16. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Can J Psychiatry*. 2004;49:585–91.
17. Hernández M, Cañete C, Lera G, Pérez FJ, Roche T. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiq Biol*. 2007;14:7–12.
18. Kisely S, Campbell LA, Preston NJ, Xiao J. Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders?—The experience of Western Australia and Nova Scotia. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29:507–15.
19. Pollack DA, Mc Farland BH, Mahler JM, Kovas AE. Outcomes of patients in a low-intensity, short-duration involuntary outpatient commitment program. *Psychiatr Serv*. 2005;56:863–6.
20. Preston NJ, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *Psychol Med*. 2005;35:1357–67.
21. Hernández-Viadel M, Lera Calatayud G, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF. Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas. *Arch Psiquiatria*. 2007;70:65–74.
22. O'Reilly RL. Community treatment orders: an essential therapeutic tool in the face of continuing deinstitutionalization. *Can J Psychiatry*. 2006;51:686–8.