

# ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE: TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Rosario Lineros Linero  
Álvaro Moleón Ruiz







# **ACTUALIZACIONES EN PSIQUIATRÍA LEGAL Y FORENSE: TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO**

**Rosario Lineros Linero**

Médico. Unidad de Salud Mental.  
Hospital Juan Ramón Jiménez - Huelva

**Álvaro Moleón Ruiz**

Médico. Unidad de Salud Mental.  
Hospital Juan Ramón Jiménez - Huelva

**EDITA:** FUNDACIÓN DOCENTE ALERGOL (ORDEN 18/12/2000. BOE Nº 12 DE 13-01-2001)

**ISBN:** 978-84-09-21609-3

Sevilla, Junio de 2020

**COPYRIGHT:** FUNDACIÓN DOCENTE ALERGOL

Queda prohibida la reproducción, distribución, comercialización, transformación, y en general cualquier otra forma de explotación, por cualquier procedimiento, de todo o parte de los contenidos de esta obra sin autorización expresa y por escrito de su autor.

Impreso en España.



## Rosario Lineros Linero

(Sevilla 1991)

Cursa los estudios de Grado en Medicina en la Universidad de Cádiz (promoción de 2015). Su formación postgrado se centra principalmente en la salud mental infanto-juvenil, parcela en la que ha completado el Máster en Práctica Clínica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y el Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente por la Universidad de Barcelona. Por otro lado, es Especialista Universitario en Psiquiatría Forense por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Desde 2016 hasta la actualidad, desarrolla su actividad profesional en el Servicio de Psiquiatría del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, primero como Médico Residente y a partir de 2020, como Especialista en Psiquiatría.

En 2018 comienza su carrera en la divulgación de artículos científicos en

revistas, habiendo publicado su primer artículo " Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria" en la Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Así como dos publicaciones de libros en lengua inglesa: " Some aspects of Schizophrenia" en 2018 y "Concepts in autism. Magnetic resonance. Protection of the brain in radiotherapy." en 2019.



### **ALVARO MOLEÓN RUIZ**

(Sevilla, 1991)

Cursa los estudios de Grado en Medicina en la Universidad de Sevilla (promoción de 2015). Su formación postgrado, además de la titulación internacional en psicofarmacología “*Master Psychopharmacology Program*” (Neuroscience Education Institute), se centra en la salud mental infanto-juvenil, parcela en la que ha completado el Máster en Práctica Clínica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y el Experto Universitario en Psiquiatría del niño y del adolescente por la Universidad de Barcelona, y, principalmente, en el ámbito de la psiquiatría forense, dónde es Máster en Ciencias Forenses y Derecho Sanitario y Especialista Universitario en Psiquiatría Forense por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Desde 2016 hasta la actualidad, desarrolla su actividad profesional en el Servicio de Psiquiatría del Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva, primero como Médico Residente y a partir de 2020, como Especialista en Psiquiatría.

En 2020 comienza su carrera en la divulgación de artículos científicos en revistas, habiendo publicado su primer artículo “*Opinión de los psiquiatras sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario*” para la Revista Española de Sanidad Penitenciaria.



## PREFACIO

La Psiquiatría Legal y Forense es una subespecialidad que va adquiriendo con el paso de los años más relevancia en el día a día de los psiquiatras a nivel mundial. Uno de los temas relacionados con ella que más controversia lleva creando desde larga data entre los propios profesionales involucrados es el Tratamiento Ambulatorio Involuntario.

Este libro que aquí comienza intenta esclarecer esta cuestión presente en el día a día de la salud mental del siglo XXI que, por diversos motivos, sigue sin encontrar un consenso entre los diversos sectores afectados. Su base principal se encuentra en trabajos pretéritos sobre esta temática realizados por los autores, sobre la que se ha realizado un profundo análisis de las publicaciones divulgadas contemporáneamente por diversos autores del ámbito nacional e internacional.

Aunando ambos pilares, se ha conseguido dar forma a una monografía que surge de la ilusión de los autores de publicar en común una obra que supusiera el broche a la finalización de la primera etapa de su carrera profesional, su Residencia en Psiquiatría en el Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez de Huelva en la que siempre fueron de la mano desde sus inicios en 2016 a su conclusión en 2020.

Han sido cuatro años que marcarán sus vidas tanto personal como profesionalmente. El inolvidable recuerdo que se llevan de este periodo no hubiera sido posible sin las enseñanzas, el apoyo y el cariño de cada uno de sus compañeros y tutores clínicos, tanto los que están como los que ya se fueron.

Especial mención merecen sus tutoras de Residencia, Lourdes Hernández y María Ramírez, quienes, desde el momento que llegaron a Huelva, se volcaron con ellos para ayudarles a progresar laboralmente, aconsejándoles en cada momento y animándoles a que siguieran formándose con el fin de convertirse en dos buenos especialistas.

Gracias de corazón a todos.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN/ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL TEMA .....</b>	<b>13</b>
<b>Concepto de Tratamiento Ambulatorio Involuntario y su efectividad.....</b>	<b>13</b>
<b>Antecedentes Internacionales.....</b>	<b>20</b>
<b>Antecedentes en España.....</b>	<b>24</b>
<b>Situación actual en España.....</b>	<b>28</b>
<b>Propuesta de la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses     para regular el TAI.....</b>	<b>31</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>37</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>49</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>51</b>

## **Relación de abreviaturas utilizadas en el texto**

AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría

CTO: Community Treatment Order

FEAFES: Confederación Española de Agrupación de Familiares y Enfermos Mentales

IOT: Involuntary Outpatient Treatment

LEC: Ley de Enjuiciamiento Civil

SAPLYCF: Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses

SEP: Sociedad Española de Psiquiatría

SEPL: Sociedad Española de Psiquiatría Legal

TAI: Tratamiento Ambulatorio Involuntario

## RESUMEN

**Introducción:** El *Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)* es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad, que pretende mejorar la adhesión al tratamiento de las personas con enfermedad mental grave sin conciencia de enfermedad, en los que el abandono terapéutico supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y/o auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. La aplicación del TAI no está exenta de polémica y, por tanto, la necesidad o no de su regulación legislativa en España es un tema controvertido desde hace varios años que encuentra tanto defensores como detractores.

**Objetivo:** Recoger la opinión de los psiquiatras clínicos y Médicos Internos Residentes en Psiquiatría acerca del Tratamiento Ambulatorio Involuntario y su regulación legislativa.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio de carácter descriptivo. La población de estudio está compuesta por 42 profesionales clínicos de la salud mental (32 psiquiatras y 10 Médicos Internos Residentes en Psiquiatría), los cuales estaban ejerciendo en alguno de los dispositivos de los que se compone el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva al inicio del estudio (marzo de 2018). Se realizó una encuesta personal en formato papel constituida por diez cuestiones sobre el TAI a cada uno de los miembros de la muestra.

**Resultados:** El 85,7% de los clínicos conoce la iniciativa actual de intentar llevar a cabo la regulación legislativa del TAI, estando de acuerdo con dicha regulación el 92,8% de ellos. En este sentido, un 83,3% está en contra de que estén reguladas medidas más coercitivas para el paciente psiquiátrico como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI. Por otra parte, un 78,6% de los profesionales de la salud mental cree que el TAI es beneficioso para los pacientes, mientras que un 95,2% piensa que también es beneficioso para las familias de éstos. Por otro lado, el 78,6% de los clínicos no considera estigmatizante la aplicación del TAI a los enfermos mentales graves.

**Conclusión:** La gran mayoría de los clínicos ve necesaria la regulación legislativa del Tratamiento Ambulatorio Involuntario en España, al considerarlo beneficioso para el enfermo mental grave y su familia.

**Palabras clave:** Tratamiento ambulatorio involuntario, tratamiento psiquiátrico involuntario, trastornos mentales, jurisprudencia, psiquiatría forense.

## ABSTRACT

**Introduction:** *Involuntary Outpatient Treatment (IOT)* is a kind of compulsory outpatient treatment, whose aim is to improve the adherence to the treatment in people with severe mental illness and with no awareness of disease. In these cases, therapeutic abandonment involves a high risk of relapse, with appearance of disruptive and/or hetero-aggressive behavior, repeated hospitalizations and frequent emergencies. The application of IOT is not an issue without contention. Therefore, the need of legislative regulation in Spain has been a controversial subject for several years, and there are both advocates and opponents.

**Objective:** The objective of this study is to bring together the opinion of clinical psychiatrists and resident doctors in Psychiatry on the Involuntary Outpatient Treatment and its legislative regulation.

**Methods:** This study is descriptive in nature. The study population consists of 42 clinical professionals in Mental Health (32 psychiatrists and 10 Resident Doctors in Psychiatry). At the beginning of this study (March 2018), some of these professionals were working in the Psychiatry Department's facilities of the University Hospital Complex of Huelva. A personal survey in paper form consisting of ten questions about IOT was carried out to each member of this study.

**Results:** 85.7% of clinicians know the current initiative that tries to carry out the legislative regulation of IOT, and 92.8% of them agree to such regulation. In this sense, 83.3% of them are against the fact that more coercive measures for the psychiatric patients such as the involuntary commitment or the civil incapacitation are regulated and IOT is not. On the one hand, 78.6% of the professionals in Mental Health believe that IOT is beneficial for the patients. Moreover, 95.2% of them think that is beneficial for their relatives, too. On the other hand, 78.6% of clinicians do not consider that the application of IOT to mentally-ill patients is stigmatizing.

**Conclusion:** The vast majority of clinicians think that the legislative regulation of Involuntary Outpatient Treatment is necessary in Spain, and they think this treatment is beneficial not only for the patient but also for their family.

**Keywords:** Involuntary outpatient treatment, involuntary treatment psychiatric, mental disorders, jurisprudence, forensic psychiatric.

## INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL TEMA

### Concepto de Tratamiento Ambulatorio Involuntario y su efectividad

El *Tratamiento Ambulatorio Involuntario*<sup>1,2,3</sup> (TAI), *forzado o judicializado* es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario 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 los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y/o auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

*Fuller y cols.*<sup>4</sup> indicaron su similitud en cuanto a la libertad condicional, con el fin de buscar una mejoría en la adherencia del paciente a un plan de tratamiento y calidad de vida.

Las obligaciones más frecuentemente exigidas a los individuos que se encuentran bajo un TAI son tomar la medicación prescrita y mantener contacto con el equipo de Salud Mental<sup>5</sup>. Otras restricciones que pueden ser impuestas son la realización de análisis de sangre, para comprobar la adherencia al tratamiento o la ausencia de cumplimiento psicofarmacoterapéutico, determinadas condiciones de residencia, abstinencia a drogas y alcohol y la realización de determinadas actividades ocupacionales.

En España, en la actualidad, no está regulada legalmente la posibilidad de aplicar un tratamiento involuntario en el ámbito comunitario, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países de nuestro alrededor. De este modo, en nuestros días, la aplicación del TAI en nuestro país continúa dependiendo de la discrecionalidad de la magistratura.

El TAI puede instaurarse en el curso de la ejecución penal o en el ámbito civil con distintas finalidades (Tabla 1).



<b>FINALIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspensión condicional del internamiento</li> <li>• Tratamiento ambulatorio como alternativa terapéutica</li> <li>• Permisos de ensayo o prueba</li> <li>• Tratamiento preventivo</li> </ul>

**Tabla 1: Finalidad del TAI**

Referente a la efectividad del TAI, en la literatura se recogen estudios observacionales (de primera generación) y estudios randomizados (de segunda generación) desarrollados tanto a nivel nacional como internacional.

En los estudios observacionales<sup>6-10</sup> se encuentra de forma mayoritaria una disminución en el número de urgencias, número de ingresos y días de estancia en el hospital. Sin embargo, estos estudios tienen limitaciones metodológicas importantes (el reducido tamaño de las muestras y la ausencia de grupos de comparación) que disminuyen la confianza en sus resultados. Dentro de este tipo de estudios cabría destacar:

- A nivel internacional, el estudio de *Fuller y cols*<sup>4</sup> en 2017, el cual objetivó una evidencia de la efectividad clínica del TAI al observarse una disminución en las admisiones en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, la duración de los ingresos, las visitas a Urgencias, los arrestos policiales, el abuso de sustancias y conductas violentas. También se observó una disminución de los gastos sanitarios en estos pacientes y una mayor adherencia al tratamiento. La mayoría de los pacientes que recibieron el TAI (81%) reconoció su utilidad.
- A nivel nacional, destacan los estudios desarrollados en:
  - País Vasco (1997-2003). Incluyó a 45 pacientes que recibieron TAI con diagnóstico de psicosis, historia previa de ingresos múltiples y riesgo auto o heteroagresivo. Concluyeron que el TAI solo es efectivo en pacientes diagnosticados de psicosis en los que sirve como herramienta para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que antes se negaban a asistir.

- Comunidad Valenciana (2007-2014). Todos estos estudios fueron llevados a cabo por *Hernández-Viadela y Lera Calatayud* acompañados de su equipo de colaboradores. En su primer estudio<sup>11</sup>, publicado en 2007, realizado sobre 38 pacientes psicóticos sometidos al TAI, concluyeron de forma similar al estudio vasco, afirmando que el TAI puede funcionar en pacientes diagnosticados de esquizofrenia para introducirlos en recursos terapéuticos ya existentes a los que antes se negaban a asistir. Años más tarde, en 2014, presentaron un estudio<sup>12</sup> desarrollado con la misma metodología, pero con un tamaño de muestra mayor (n=140), llegando a las mismas conclusiones.

En los estudios randomizados, se compara mediante reparto aleatorio, pacientes con TAI frente a un grupo control. Hay también estudios desarrollados tanto a nivel nacional como internacional, encontrándose resultados contradictorios y limitaciones metodológicas en algunos de ellos:

- A nivel internacional:
  - Constan trabajos centrados en la efectividad del TAI que datan de finales de siglo XX y primeros años del XXI. Así, *Steadman y cols*<sup>13</sup> no encuentran 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. Por su parte, *Swartz y cols*<sup>14</sup> sugieren en 1999 que una orden de TAI mantenida (180 días o más), cuando se combina con servicios de salud mental intensivos, puede incrementar la adherencia al tratamiento y reducir el riesgo de recaídas, conducta violenta, victimización o arrestos. Al igual que *Swartz, Kampman y cols*.<sup>15</sup> desarrollaron un estudio de segunda generación en 2003 concluyendo que el TAI reduce claramente la necesidad de hospitalización en un subgrupo de pacientes con esquizofrenia que tienen problemas de cumplimiento y recaída recurrente.

- Más recientemente, en 2017, se publicaron diversos estudios referentes a la efectividad del TAI: *Schneeberger y cols.*<sup>16</sup> desarrollaron un estudio sobre 184 pacientes esquizofrénicos en el que el TAI se asoció con una menor gravedad de los síntomas psicóticos en todos los puntos de seguimiento, debido a un aumento del uso de los servicios de salud mental por estos pacientes, mientras que *Swartz* volvió a publicar al respecto junto a sus colaboradores<sup>17</sup>, concluyendo que mediante el TAI pueden reducirse los actos de violencia leves, pero no hay evidencia de que puedan reducirse las acciones graves de violencia (lesiones o uso de armas). También en este año, *Segal y cols.*<sup>18</sup> comenzaron a publicar los resultados de la eficacia del TAI en su estudio australiano, cuya muestra la formaban 11.424 pacientes que recibieron un TAI y 16.161 controles. Estos resultados los han ido desvelando en sucesivas publicaciones<sup>18-20</sup> desde 2017 a 2019, concluyendo que la instauración del TAI se asocia a una disminución de las estancias hospitalarias en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas, un menor riesgo de mortalidad a través del acceso facilitado a la atención médica (ganancia de 3.8 años de vida entre los hombres y 2.4 años entre las mujeres), una modesta mejoría de la calidad de vida y una reducción de la victimización y del riesgo a perpetrar un delito contra las personas. Este último hallazgo fue publicado en 2019 en su trabajo más reciente<sup>20</sup> asociando de esta forma el TAI con una mayor protección tanto para el que lo recibe como para los demás, convirtiendo esta herramienta terapéutica en una herramienta protectora para los enfermos mentales más graves y para los que los rodean.
  
- En la línea de estos recientes trabajos con resultados positivos en que lo que respecta a la efectividad del TAI, hay estudios

novedosos donde se encuentran resultados favorables en pacientes que reciben TAI:

- En el de *Riley y cols.*<sup>21</sup>, desarrollado en Noruega, los pacientes que recibieron tratamiento con antipsicóticos durante toda la extensión del TAI tardaron más tiempo en reingresar en la Unidad de Hospitalización de Agudos que aquellos a los que se les impuso un tratamiento con neurolépticos únicamente durante una parte de todo el periodo que constituía el TAI. De esta forma, se registró de forma significativa un menor número de días totales de ingreso en Unidad de Hospitalización y un número más reducido de días de ingreso en cada internamiento.
- *Harris y cols.*<sup>22</sup> obtiene que disminuye el número de rehospitalizaciones a corto plazo (si se inicia en los primeros seis meses) y a largo espacio temporal (se mantiene más 24 meses.) Así, este estudio demuestra una disminución en las hospitalizaciones y en la estancia media durante el ingreso. Este último aspecto (disminución de estancia hospitalaria media) va en consonancia con los resultados del estudio noruego<sup>21</sup>.
- *Kisely*<sup>23</sup> desarrolló un estudio en minorías étnicas de Australia junto a sus colaboradores donde encuentran que no existe diferencia en el número de días de internamiento, pero sí hallan resultados positivos en lo tocante a las rehospitalizaciones, siendo más baja la tasa en pacientes en los que se ha instaurado el TAI. De esta forma, se puede observar como en este trabajo ocurre al contrario que en el estudio Noruego, donde no disminuyen significativamente los ingresos pero sí la estancia media de esos ingresos.

- A nivel nacional, destaca el estudio presentado en la Comunidad Valenciana 2010 por *Hernández-Viadela y cols.*<sup>24</sup> que, a diferencia de los esperanzadores resultados en sus estudios observacionales, en este trabajo no encontraron diferencias significativas en la utilización de los servicios de salud mental (número de urgencias e ingresos y estancias medias) entre pacientes que han recibido TAI y grupo control.

Dentro de este tipo de estudios, hay que hacer especial mención a la revisión *Cochrane*<sup>25</sup> presentada en primer lugar en 2012 y, posteriormente, en 2017. En la primera revisión, únicamente se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados en los que participaron enfermos mentales graves. Esta revisión está basada en dos estudios de 12 meses. Participaron 416 pacientes, la mayoría de ellos mujeres. Se analizaron distintos ítems (reingresos hospitalarios, adherencia terapéutica, arrestos policiales...), pero en ninguno de ellos se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el que recibía TAI. En la revisión más reciente<sup>26</sup>, no se observó una diferencia clara en el uso del servicio sanitario, el funcionamiento social o la calidad de vida de las personas que reciben TAI en comparación con la atención voluntaria. Sin embargo, se evidenció que las personas que recibieron TAI tenían menos probabilidades de ser víctimas de delitos que las que recibían atención voluntaria, lo que iría en consonancia con lo redactado por *Segal y cols.* en su último trabajo<sup>20</sup>.

Otros estudios acerca del TAI son de carácter cualitativo y tratan de recoger la opinión de pacientes, familiares y profesionales sobre este tipo de tratamiento.

*Borum y cols.*<sup>27</sup> estudian las opiniones sobre el TAI de 306 pacientes que están a la espera de que se les aplique esta medida. Encuentran que más del 75% de los pacientes consideran que con el TAI es más probable mantener las citas del centro de salud mental, tomar la medicación prescrita y que les puede ayudar a mantenerse fuera del hospital, lo cual es presumiblemente un deseo de todas las partes.

*Swartz y cols.*<sup>28</sup> estudian en pacientes, familiares, clínicos y población general, las preferencias por diferentes situaciones en el tratamiento de personas con esquizofrenia. Encuentran que los cuatro grupos de estudio tienen puntos de vista similares, dando mayor importancia a evitar una hospitalización involuntaria y episodios de violencia y conflictos interpersonales. La evitación del TAI fue relativamente de poca importancia, lo que sugiere que su evitación es menos preocupante comparada con las otras situaciones

y que las personas entrevistadas estarían dispuestas a aceptarlo para mejorar el pronóstico en ciertas personas con esquizofrenia.

En otro trabajo de *Swartz y cols.*<sup>29</sup> se estudia la coerción percibida por los pacientes sometidos a TAI. Los mayores niveles de coerción aparecen entre pacientes con periodos más prolongados de TAI, sujetos de raza afroamericana, con problemas por abuso de sustancias, pobre conciencia de enfermedad y sintomatología grave. Los menores niveles de coerción se asociaban a un estado civil de casado o vivir en pareja, un mayor insight y un mejor funcionamiento social. Los resultados apuntan que el TAI se asocia con coerción pero que, en parte, esta coerción también está relacionada con el esfuerzo del responsable del manejo del caso por corregir la falta de adherencia al tratamiento.

Por otro lado, *Crawford y cols.*<sup>30</sup> entrevistan a 109 pacientes dados de alta del hospital en los cinco meses previos y les preguntan acerca del lugar de preferencia para recibir tratamiento obligatorio. El 48% preferiría ser tratado en su casa, el 40% en el hospital y el 13% en un centro comunitario. La razón más frecuente para preferir el tratamiento obligatorio domiciliario fue el evitar la tensión y a veces el ambiente hostil de las unidades de ingreso hospitalarias.

Al igual que en el caso anterior, encontramos el grupo de trabajo de *Kennedy y colaboradores*<sup>31</sup> que señala la inclinación a favor del TAI desde el punto de vista de los profesionales de salud mental. En el estudio se aporta la opinión del staff de enfermería y, aunque los resultados no muestran una evidencia firme sobre la eficacia del TAI, señalan que el equipo de Enfermería de Salud Mental que trata con este perfil de pacientes se muestra conforme con la aplicación del TAI y lo considera beneficioso para el paciente y la familia.

A nivel nacional, dentro de estos estudios descriptivos, destaca el presentado en 2007 por *Hernández-Viadela y cols.*<sup>32</sup>, en el cual se expone la opinión de los pacientes, familiares y psiquiatras referente a la aplicación del TAI. Así, obtuvieron como resultado que entre el 80% y el 90% de los psiquiatras y familiares y el 54% de los pacientes, opinaron que el TAI era una medida beneficiosa para el propio paciente.

## Antecedentes Internacionales

A nivel europeo, hay que destacar la recomendación del *Comité de Ministros del Consejo de Europa* de octubre de 2004, la cual recoge el problema del tratamiento ambulatorio involuntario y se caracteriza por no ser vinculante. En la misma, se recogen los requisitos que debería de tener todo paciente subsidiario de poder recibir el TAI (Art. 18 y 20):

- Existencia de un trastorno mental.
- Riesgo real de daño grave para su salud o para otros.
- No disponibilidad de otro medio menos intrusivo y que pueda aportar los cuidados necesarios.
- Se ha tomado en consideración la opinión del paciente.
- La decisión debe tomarse por tribunal o instancia competente.

Actualmente, a diferencia de España, en gran parte de los países de la Unión Europea (Italia, Portugal, Francia, Bélgica, Alemania, Suecia...), siguiendo las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa, el TAI se encuentra regulado en la legislación. Por su parte, en el Reino Unido, el TAI también se encuentra regulado por el *Acta 2007 de Salud Mental*<sup>33</sup>.

Por otro lado, el TAI también se encuentra regulado en la mayoría de los países más desarrollados de otros continentes (EE. UU., Canadá, Australia, Nueva Zelanda...) y en alguno menos desarrollado como Israel. Sin embargo, son varios los autores que recalcan que existen grandes diferencias tanto en la incidencia y prevalencia del TAI (pese a que existe una tendencia paulatina internacional al alza), como en su legislación entre estos países en los que se encuentra regulado en la actualidad<sup>5,32,34</sup>.

En relación con la regulación legislativa<sup>5</sup>, en algunos países como Canadá, Reino Unido, Noruega, Suecia y Dinamarca, el TAI puede ser iniciado directamente por los clínicos, mientras que en otros países como EE. UU. son normalmente iniciados por las cortes.

En los EE. UU., sus inicios datan de los años 60-70 como una forma menos restrictiva y alternativa a la hospitalización, para aumentar la autonomía de los pacientes y para reducir la hospitalización involuntaria. El segundo periodo, a partir los años 90, pretende responder al denominado “*revolving door syndrome*” (síndrome de la puerta giratoria) en el que se producen múltiples readmisiones hospitalarias y deficiencias de tratamientos en la comunidad en muchos enfermos que habían sido dados de alta tras su paso por el hospital. De este último periodo data la denominada *Ley Kendra*.

La *Ley Kendra*<sup>35</sup> fue aprobada en el Estado de Nueva York en 1999. Esta ley lleva el nombre de Kendra Webdale, una joven mujer que fue arrojada al metro de esa ciudad por un hombre (Andrew Goldstein) que padecía esquizofrenia con mala adherencia terapéutica y con un amplio historial de ingresos psiquiátricos y conductas violentas. Con la mencionada Ley, se instaura en el Estado de New York el tratamiento ambulatorio involuntario. Los criterios de inclusión de la Ley Kendra fueron:

1. Edad mayor de 18 años y padecer una enfermedad mental grave.
2. Es improbable que sobreviva en la comunidad sin supervisión, basado en una determinación clínica.
3. Tiene un historial de incumplimiento terapéutico para su enfermedad mental, lo cual ha causado 2 hospitalizaciones por enfermedad mental durante los 3 años precedentes o ha llevado a cabo, al menos, un acto de violencia contra sí mismo o contra los demás, durante los 4 años precedentes.
4. Es improbable que acepte el tratamiento recomendado en el plan de tratamiento.
5. Necesidad y expectativa de beneficio con el TAI.

*La Oficina de Salud Mental de Nueva York* publicó un estudio en 2005 mostrando los resultados favorables del TAI desde su instauración (1999). Registraron una disminución de la incidencia en un 87% en encarcelaciones, un 83% en los arrestos, un 77% las hospitalizaciones psiquiátricas y un 74% en las personas que vivían sin techo.

Por su parte, en 2002 surge en el Estado de California la *Ley Laura*<sup>36</sup> de forma similar a la Ley Kendra. Laura Wilcox era una joven de 19 años que fue asesinada por Scott Harlan Thorpe de 41 años, enfermo mental crónico que se resistió a ser sometido a tratamiento a pesar de los intentos de su familia. A partir de entonces empezó a ser regulado el tratamiento ambulatorio involuntario en dicho estado.

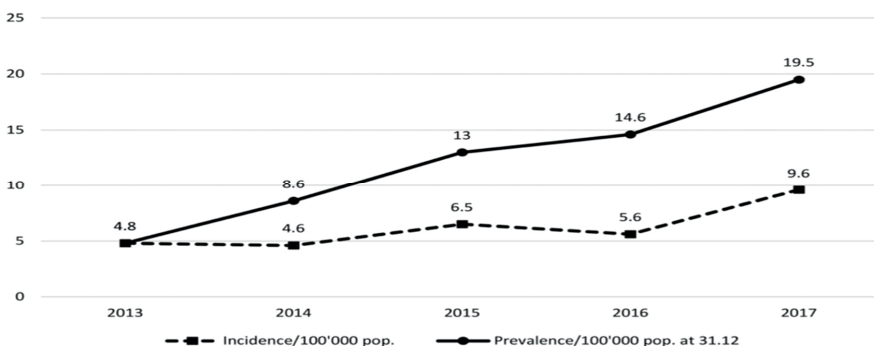


Hoy en día, la gran mayoría de los estados que componen los EE. UU. (42/50) tienen leyes que permiten el TAI, aunque no son homogéneas. Parten de la premisa de que nadie debería ser ingresado en el hospital si el tratamiento puede llevarse a cabo en la comunidad.

En Canadá, actualmente disponen de hasta *12 Actas de Salud Mental*<sup>37</sup> distintas que regulan el TAI. En todas ellas, el concepto es el de tratamiento en “el entorno menos restrictivo”. En este país, el TAI se puede establecer por ley como condición para ser dados de alta del hospital o directamente ordenado por sentencia judicial sin pasar por el hospital.

Por su parte, en Nueva Zelanda se encuentra regulado a través de los artículos 28 y 29 del *Acta de 1992 sobre Salud Mental*<sup>38</sup>, mientras que Australia dispone de TAI desde hace más de 20 años, aunque es en la década de los años 90 cuando proliferaron las reformas de CTOs<sup>39</sup> (*Community Treatment Order*). En Israel, está regulado a través de la *Ley de Tratamiento de Enfermos Mentales de 1991*<sup>40</sup>.

Uno de los últimos países en regularse legislativamente el TAI es Suiza<sup>5</sup>, dónde está regulado desde 2013, aumentando su incidencia y prevalencia progresivamente desde entonces (Figura 1). En este país centroeuropeo son los psiquiatras quienes solicitan el TAI y las autoridades tutelares quienes determinan si un paciente es subsidiario de recibirlo. En Suiza en la legislación del TAI no se permite medicación forzada, por lo que la colaboración de la persona es esencial para implementar la medida.



**Figura 1: Incidencia y prevalencia del Tratamiento Ambulatorio Involuntario en Suiza entre 2013 y 2017. Tomado de Silva y cols.<sup>5</sup>**

Estos distintos programas de TAI a nivel internacional tienen diferencias y similitudes. Entre las diferencias, encontramos la justificación que ha motivado su implantación (impedir el deterioro psicofísico del paciente, proteger al enfermo o al resto de la comunidad, el grado de intervención de la autoridad judicial y los servicios asistenciales, periodos de duración...) y las modalidades existentes (como liberación condicional del paciente hospitalizado, como medida menos restrictiva que la hospitalización, como interpretación preventiva...). Entre las similitudes encontramos que se trata de enfermos mentales graves con escasa adherencia al tratamiento y que presentan frecuentes recaídas e ingresos, en los cuales el TAI sería factible y beneficioso para ellos al ser el entorno menos restrictivo que el hospital.

En relación estas similitudes, encontramos que diversos estudios coinciden en el perfil de paciente que precisa de un TAI. De este modo, en el estudio suizo<sup>5</sup> el perfil de paciente vinculado a recibir un TAI fue el de varón soltero de alrededor de 40 años de edad, con diagnóstico más frecuente de “*esquizofrenia y otros del espectro de la esquizofrenia (F20-29)*”, solándose asociar con consumo perjudicial de tóxicos (principalmente alcohol). En esta muestra, los trastornos afectivos y de personalidad estuvieron menos frecuentemente relacionados con el TAI.

Esto se replica en otros estudios recientes como el de *Riley*<sup>21</sup>, donde se encuentra también a un varón joven, con trastornos relacionados con el espectro de la esquizofrenia, haber tenido su primera hospitalización hace más de 3 años, peligrosidad evidenciada con anterioridad y tener pautado tratamiento con psicofarmacoterapia depot; entre las variables relacionadas con el perfil de tratamiento involuntario ambulatorio.

*Bardell-Williams*<sup>34</sup> en su estudio encuentra un perfil similar de pacientes que precisan TAI: varón, diagnóstico de esquizofrenia y abuso de sustancia comórbido.

En el estudio de *Harris*<sup>22</sup> se hace referencia a un perfil de paciente más complejo y con peor pronóstico; así como perfil similar a los anteriores.

*Kiseley*<sup>23</sup> y su equipo realizan un estudio novedoso en cuanto al grupo de estudio, donde los resultados que obtienen es que los pacientes indígenas o pertenecientes a grupos minoritarios con cultura y lenguaje diferente parecen más propensos a acabar precisando TAI.

De este modo, en lo que respecta al perfil de paciente, parece extendido globalmente que se trata comúnmente de enfermos mentales graves con escasa adherencia al tratamiento y que presentan frecuentes recaídas e ingresos.

## Antecedentes en España

El TAI ha supuesto un debate polémico en los últimos años en España tanto a nivel jurídico como médico. La polémica, aunque venía de tiempo atrás, se hace más explícita cuando, el 19 de julio de 2004 el Grupo Parlamentario *Convergencia i Unió* y a instancias de la *Confederación Española de Agrupación de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)*, con el fin de resolver la carencia de legislación sobre el tratamiento médico-psiquiátrico obligatorio en la vía civil, presentó una proposición para modificar el vigente a fecha de hoy Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) 1/2000 que actualmente regula el internamiento, presentando un *Proyecto de Ley a las Cortes Generales*<sup>41</sup> en el que se pretendía añadir un último apartado al Art. 763, que pasaría a llamarse “*Tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*”. Los argumentos para solicitar esta modificación fueron el abandono que sufren gran parte de las personas con enfermedad mental que se niegan a asumir el tratamiento médico y que las únicas medidas de protección legal existentes en nuestro país eran el internamiento voluntario y la incapacitación civil. Para presentar este Proyecto de Ley, se apoyaron en el Artículo 7 del *Convenio de Oviedo* de 1997 sobre la Protección de las personas que sufran trastornos mentales: “*La persona que sufra un trastorno mental grave sólo 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 y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como medios de elevación de recursos*”.

El texto finalmente presentado a las Cortes Generales fue el siguiente:

“Art. 763.5. Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando

*así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, 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 del mismo, que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.*

*El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses.”*

En los debates en sede parlamentaria fue escuchada la opinión de las asociaciones científicas de mayor implantación en España en materia de psiquiatría, encontrándose a favor de dicho Proyecto de Ley la *Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)* y la *Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL)*, mientras que la *Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)* se oponía tajantemente.

En este sentido, la *Asociación Española de Neuropsiquiatría* en el documento<sup>42</sup> aprobado por su Junta Directiva en reunión de fecha 28-29 de enero de 2005 se posiciona en contra de cualquier regulación específica para enfermos mentales por ser discriminatoria y estigmatizante, dudando de la eficacia del TAI al no existir evidencia científica determinante. Otros de los argumentos que utilizaron para defender su oposición fueron que no se precisaban con claridad los criterios de inclusión, que había riesgo de generalización o que podría entrañar efectos negativos en los profesionales de la salud (inhibición, desresponsabilización...). De este modo, propone un rechazo a la modificación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, o, en todo caso, que pasara a estar integrado en la Ley de Autonomía del paciente<sup>43</sup> (Ley 41/2002), instando a la aplicación de esta ley así como a la Ley General de Sanidad y sus desarrollos posteriores.

Finalmente, dicho Proyecto de Ley no llegó a buen puerto por diversas razones de índole política y por la confrontación entre los distintos sectores profesionales.

El debate producido en España con sus dos posiciones antagónicas llegó hasta al *Defensor del Pueblo* que, tras oír a las partes, elabora un informe el 11 de noviembre 2005 que envía al Ministro de Justicia en el que se adhiere a las posturas mantenidas por la

*Asociación Española de Neuropsiquiatría* y, en general, por los que se posicionan en contra de la regulación del TAI. Este fue el texto redactado:

*“A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios, sociosanitarios, terapéuticos y de los servicios de rehabilitación y de reinserción social en el ámbito de la salud mental (hospitales de día, centros de día, unidades de crisis psicoterapéutica, una red de pisos, programas de seguimiento individualizado, equipos de visitas domiciliarias, prestaciones sociales, programas para incorporar a la vida laboral a los enfermos, etc.) y un correcto ejercicio de las acciones legales que contempla nuestro ordenamiento hacen innecesario que deba de proponerse una reforma del marco legal actual, pues las previsiones actuales permiten solicitar el auxilio judicial para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento.*

*No existe por ello ningún vacío legal, ni es preciso introducir ninguna previsión normativa nueva, puesto que el artículo 6 del Convenio de Oviedo y el artículo 9 de la Ley 41/2002 son suficientes para abordar los problemas que se suscitan cuando una persona con una enfermedad mental rechaza un tratamiento médico y con ello genera un riesgo inmediato grave para su integridad física y psíquica”.*

Sin embargo, un año después, el Gobierno en funciones, por entonces socialista, aprueba en 2006 en el Consejo de Ministros el *Proyecto de Ley de Jurisdicción voluntaria*<sup>44</sup> (*Ley 121-000109/2006 de Jurisdicción Voluntaria de 20 de octubre*), en el que se incluían una serie de artículos (Art. 84 a 87) en su Capítulo IX (“*De la autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos*”) del Título IV (“*Jurisdicción voluntaria en materia de personas*”) con el fin de regular el tratamiento ambulatorio involuntario. La principal diferencia de este Proyecto de Ley con respecto al de 2004 es que permitía acudir directamente al juzgado sin la previa propuesta razonada del especialista. El proyecto, sorpresivamente, también fue rechazado cuando se iniciaba el trámite en el Senado argumentando los siguientes motivos:

- Un derecho fundamental no puede regularse, ni tan siquiera parcialmente en una Ley ordinaria.

- Enmiendas provenientes del propio grupo parlamentario socialista, promotor de la norma, al decir que “aniquilaba la libertad del paciente”.
- Por el informe del *Defensor del Pueblo* que considera que ya estaba legislado dicho tratamiento involuntario en el art. 6 del Convenio de Oviedo y el Art. 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.
- Por las objeciones de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, que volvía a manifestarse decididamente en contra ya que a su entender no se dirigía a “los tratamientos ambulatorios psiquiátricos no voluntarios”, sino a los “tratamientos no voluntarios” en general.
- Por la propia *FEAFES*, porque en la anterior iniciativa tenía que partirse ineludiblemente de “la previa propuesta razonada del especialista”, mientras que, en la *Ley de Jurisdicción Voluntaria*, la propuesta podría iniciarla la parte implicada, incluso sin conocimiento del facultativo. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>

Por último, hace varios años, el debate en torno a la situación del TAI en nuestro país volvió a ponerse en primera plana a raíz de las sentencias número 131 y 132 del Tribunal Constitucional<sup>45</sup>, ambas de 2 de diciembre de 2010, en relación a la cuestión de inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos, planteada por el Juzgado de Primera Instancia número 8 de A Coruña. El Tribunal Constitucional terminó estimando dicha cuestión de inconstitucionalidad, constatando la peculiar situación de la regulación de la privación de libertad de los enfermos mentales en sede civil en España.

## Situación actual en España<sup>46-49</sup>

En el momento actual, en España se lleva a cabo el TAI en determinados pacientes con trastorno mental grave bajo sentencia judicial pese a que sigue sin existir una legislación explícita que regule el mismo, a diferencia de lo que ocurre en los países de nuestro entorno y de lo que ocurre en nuestra propia nación con otras medidas coercitivas más gravosas para la libertad del paciente como es el internamiento involuntario o la incapacitación civil, las cuales sí se encuentran reguladas en la legislación.

Es un tema que lleva varias décadas creando una gran controversia tanto en el ámbito jurídico como en el psiquiátrico. A nivel jurídico, hay Magistrados que lo aplican argumentando el ya clásico “*quien puede lo más puede lo menos*”, que viene a significar que si se puede autorizar un ingreso involuntario que siempre es más restrictivo que un tratamiento ambulatorio, por lógica, éste último también debería poder autorizarse, siempre y cuando se garanticen otros principios como el de necesidad, falta de competencia del enfermo, principio de no exceso, respeto a la dignidad y derechos humanos, principio de revisabilidad, de idoneidad de medios, etc. Por el contrario, hay otros Magistrados que no lo aplican al entender que no hay cobertura legal clara para poder aplicarlo. Así, los Juzgados de 1ª Instancia de nuestro país no tienen un discurso único sobre el soporte legal del TAI, habiendo provincias como Madrid que mantienen una rotunda negativa a las peticiones que llegan desde el ámbito sanitario de someter a pacientes psiquiátricos a esta medida y otras como Guipúzcoa, donde los Juzgados acumulan sentencias concediendo la imposición de esta vía de atención. Otras provincias donde existen experiencias de aplicación del TAI son Barcelona, Sevilla, Huelva, Valencia, Alicante, Murcia o Gijón. Resulta especialmente llamativo el caso de Barcelona, con más de 800 casos registrados de TAI, donde existen dos 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 del TAI. Por un lado, encontramos el Juzgado de Primera Instancia nº 40, que entiende que, al no haber una norma escrita, ni siquiera se puede plantear el tema, y por otro lado, el Juzgado de Primera Instancia nº 59, que lleva aplicando esta medida desde el año 1999 como alternativa a otras más radicales, como el internamiento y a la incapacidad civil. De esta forma, se puede comprobar como incluso dentro de un mismo municipio, hay disparidad

de criterios a nivel jurídico en los juzgados encargados de los casos relacionados con el Tratamiento Ambulatorio Involuntario<sup>50</sup>.

Por su parte, en la Fiscalía también se encuentran expertos a favor y en contra de la aplicación del mismo.

Con respecto al ámbito psiquiátrico, las propias asociaciones psiquiátricas de referencia en el tema no coinciden en sus posturas. Así mientras que la *SEP* se sigue mostrando francamente a favor de la legislación del TAI, la *AEN* se posiciona claramente en contra. Por su parte, la *SEPL* se muestra a favor, aunque con matices.

De este modo, encontramos en nuestro país profesionales de distintos ámbitos tanto a favor como en contra de la aplicación del TAI, cuyos argumentos quedan reflejados de manera resumida en la Tabla 2.

Otra cuestión distinta es apoyar u oponerse a la regulación legislativa del TAI, independientemente de encontrarse a favor o en contra de la aplicación de este.

Así, los que se manifiestan a favor de su regulación entienden la seguridad jurídica como uno de los valores fundamentales del sistema, argumentando que es preferible tener normas, incluso discutibles, que la ausencia de estas. En este sentido, ven necesario que el derecho garantice que los enfermos psíquicos más graves y que por definición carecen de conciencia de enfermedad, sean tratados de forma “especial”. Para defender su postura, se apoyan en lo expuesto en el Art.7 del *Convenio de Oviedo*, que distingue claramente la situación del tratamiento ambulatorio forzoso del paciente psiquiátrico: “...cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud...”.

Por el contrario, los que se sitúan en contra de la regulación del TAI, argumentan que no hace falta una norma específica que regule el tratamiento involuntario ya que dicha medida ya está legalmente regulada para todo tipo de pacientes, conforme a la actual regulación del consentimiento informado, y supondría una discriminación en contra del enfermo mental hacerlo específicamente para él.



A FAVOR DEL TAI	EN CONTRA DEL TAI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo.</li> <li>• No se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales</li> <li>• Frente al ingreso: favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo.</li> <li>• Responsabiliza al clínico de la evolución del paciente.</li> <li>• Permite que se puedan evitar recaídas y reingresos</li> <li>• Mejora la calidad de vida del paciente</li> <li>• Ayuda a evitar que pacientes con alteración grave de su libertad y, por tanto, de su voluntad, abandonen el tratamiento y las consecuencias secundarias</li> <li>• Prioriza la atención a los casos más graves. Acerca los servicios a los pacientes más necesitados.</li> <li>• Es una de las consecuencias inevitables de la desinstitucionalización</li> <li>• Se basa en la obligación social de atender y ayudar a los enfermos graves, aunque no lo deseen.</li> <li>• Puede favorecer la potenciación de servicios comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se ha demostrado que sea suficientemente efectivo.</li> <li>• Convierte el tratamiento comunitario en custodial.</li> <li>• Destruye la relación terapéutica.</li> <li>• Es discriminatorio y supone un riesgo de estigmatización de pacientes y profesionales.</li> <li>• Es una medida demasiado drástica.</li> <li>• Interfiere el derecho a rechazar el tratamiento.</li> <li>• Hace énfasis en el control más que en la asistencia.</li> <li>• Se desvalorizan razones competentes para no aceptar ser tratado.</li> <li>• Intimida a los pacientes.</li> <li>• Conlleva dificultades prácticas: implementación de medidas complementarias judiciales y policiales difíciles de aplicar.</li> <li>• Al imponer, reduce la posibilidad de negociar/consensuar con el paciente.</li> <li>• Conlleva el riesgo de que sirva para ejercer control social de personas con conductas desadaptadas.</li> <li>• Podría originar que los hospitales se llenasen de pacientes no cumplidores.</li> </ul>

**Tabla 2: Argumentos a favor y en contra del TAI.**

## **Propuesta de la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses para regular el TAI<sup>47</sup>**

La *Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses (SAPLYCF)* entiende que la naturaleza y evolución del problema justifica retomar de nuevo una proposición para garantizar que los enfermos psíquicos más graves y que por definición carecen de conciencia de enfermedad sean tratados. Su objetivo principal es conseguir el bienestar del enfermo mental, de su familia y de la propia sociedad en su conjunto. De este modo, esta sociedad ha vuelto a proponer a comienzos del 2018 una nueva regulación del tratamiento psiquiátrico ambulatorio involuntario al Poder Legislativo, aportando una serie de criterios técnicos a favor de esta:

- Es una medida menos restrictiva de derechos personales que lo que se produce con el ingreso involuntario (que, si está regulado en la Ley de Enjuiciamiento Civil, 1/2000, art. 763).
- Es también una medida mucho menos radical, menos compleja y rápida que un procedimiento de incapacitación; situación ésta que puede ser evitable en muchos casos, si el enfermo toma regularmente el tratamiento prescrito; además la incapacitación tampoco solucionaría la negativa ante el tratamiento.
- Está constatado que el tratamiento involuntario ambulatorio es una medida que evita ingresos y recaídas, con la consiguiente disminución del sufrimiento personal, así como con la disminución también de costes económicos. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- La posibilidad de imponer legalmente el tratamiento evitaría en gran medida el abandono del tratamiento en los pacientes ya incapacitados. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub>
- La continuidad del tratamiento consigue una estabilización más efectiva a los enfermos graves.

- El seguimiento correcto del tratamiento no solo mejora la convivencia familiar, sino que además neutraliza las conductas violentas en el entorno familiar y en la sociedad en general.
- La posible restricción de libertad que se produce en el enfermo como algunos invocan no tiene en cuenta que estaríamos ante casos de pérdida de la salud mental y de la libertad, bienes supremos en la Constitución. Así, para poder someter a una persona a tratamiento médico-psiquiátrico hace falta su consentimiento, posterior a la información suficiente para poder decidir. La razón de ello es que tanto la salud como la vida son derechos de la personalidad y como tales sólo al alcance de la persona en el uso de su libertad individual.
- La posible ruptura de la “alianza terapéutica” que se podría producir con el TAI es difícilmente comprensible y aceptable, cuando estamos precisamente ante personas cuya capacidad de introspección es mínima o inexistente, y cuando esta alianza no puede existir al no tener conciencia de enfermedad.
- El tratamiento involuntario ambulatorio normativizado impediría la excesiva discrecionalidad judicial, que en algunos casos puede llegar a la arbitrariedad; ya que hay órganos jurisdiccionales más sensibles que otros ante este tipo de enfermedades, no habiendo unanimidad entre la magistratura a la hora de interpretar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- La imposición de un tratamiento médico en aquellos casos justificados y acreditados disminuiría la discriminación y el estigma social, ya que éste está basado esencialmente, en aquellas conductas disruptivas del enfermo mental cuando no recibe tratamiento. En este sentido, los avances en la psicofarmacología en los últimos años, hace posible tratamientos seguros, eficaces y más cómodos a nivel posológico que hace varios lustros.
- Habría una seguridad jurídica completa, como la que se produce en la autorización del internamiento involuntario (art. 763 de la LEC), sin dejar a la plena discrecionalidad de los tribunales una medida médica y no jurídica.

- Es una reforma que podría acompañar a la obligatoria del Art. 763 de la LEC declarado inconstitucional al deber ser regulado por ley Orgánica y no Ordinaria.

En su proyecto, la *SAPLYCF* expone que cuando se solicite el auxilio judicial para la administración de un tratamiento ambulatorio, habría que seguir el siguiente protocolo:

- Deberá existir siempre un informe médico que aconseje la aplicación de ese tratamiento.
- Siempre deberá constar que se ha dado al enfermo la posibilidad de cumplir voluntariamente ese tratamiento.
- Será necesario haber agotado previamente los recursos médico-asistenciales y sociales, como alternativa al tratamiento que se pretende imponer.
- La responsabilidad en la administración de un tratamiento involuntario corresponderá únicamente al personal sanitario encargado del paciente. Sólo en casos excepcionales se podrá pedir la colaboración de otros profesionales.
- En todos los casos deberá potenciarse en el enfermo el mayor grado de autodeterminación y de responsabilidad personal frente a sus decisiones, respetando en la medida de lo posible sus deseos y opiniones.
- La intervención del juez deberá ser únicamente de carácter instrumental, como autoridad competente de velar por la protección de los derechos fundamentales del paciente sometido involuntariamente a un tratamiento ambulatorio, que asegure su procedencia únicamente en los casos en que la ausencia de dicho tratamiento repercuta en perjuicio grave de su salud o de la salud de quienes le rodean.

Para concluir, afirma que basándose en los criterios técnicos antes mencionados y usando este protocolo, la regulación normativa del tratamiento ambulatorio involuntario en los enfermos psiquiátricos sería una medida altamente positiva y beneficiosa para el paciente, su familia y la propia sociedad en su conjunto, y es por ello por lo que dicha sociedad ha vuelto a proponerla al Poder Legislativo.

## **OBJETIVOS**

Recoger la opinión de los profesionales de la salud mental (psiquiatras clínicos y Médicos Internos Residentes en Psiquiatría) acerca del Tratamiento Ambulatorio Involuntario y de la regulación legislativa del mismo.



## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de carácter descriptivo. La población de estudio está compuesta por 42 profesionales clínicos de la salud mental (32 psiquiatras y 10 Médicos Internos Residentes en Psiquiatría), los cuales están, en el momento de iniciar el estudio (marzo de 2018), ejerciendo en alguno de los distintos dispositivos (Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica, Unidad de Salud Mental Comunitaria, Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil...) de los que se compone el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Se consideraron como criterios de inclusión aquellos psiquiatras clínicos y Médicos Internos Residentes en Psiquiatría de segundo, tercer y cuarto año de especialidad que están en la en el momento de comenzar el estudio desarrollando su profesión en alguno de los distintos dispositivos de salud mental de los que consta el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Como criterios de exclusión se consideraron aquellos Médicos Internos Residentes en Psiquiatría de primer año de residencia, al entender que no albergan aún los conocimientos suficientes para poder tener una opinión elaborada sobre el tema.

Mediante la realización de una encuesta personal en formato papel (Figura 2) se preguntó a los profesionales de la salud mental cara a cara por su opinión sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) y la regulación legislativa del mismo. La encuesta consta de las siguientes 10 preguntas:

1. El *Tratamiento Ambulatorio Involuntario* (TAI) está intentando regularse ¿conocías esta iniciativa?
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?
3. ¿Es aceptable en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?
4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?



7. ¿Estarías de acuerdo que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI?
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?

Las respuestas posibles en las preguntas fueron: «sí», «no», «no sé/no contesto». Se recogieron también, de forma no estructurada, opiniones de los clínicos sobre este tipo de tratamiento.

**Encuesta sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)**

A continuación, encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer su opinión sobre diversos aspectos del **Tratamiento Ambulatorio Involuntario**. Mediante este cuestionario queremos conocer lo que piensan los psiquiatras clínicos y MIR de Psiquiatría sobre este tema.

Grupo 1 Psiquiatra clínico  
 2 MIR Psiquiatría

	SÍ	NO	NS/NC
1. El <b>Tratamiento Ambulatorio Involuntario</b> (TAI) está intentando regularse ¿conocías esta iniciativa?			
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?			
3. ¿Es aceptable en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?			
4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?			
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?			
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?			
7. ¿Estarías de acuerdo que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?			
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?			
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI?			
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?			

**Figura 2: Encuesta sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario**

## RESULTADOS

Se obtiene una población de 42 profesionales clínicos de la salud mental, 32 de ellos psiquiatras y 10 de ellos Médicos Internos Residentes en Psiquiatría.

Los resultados de la encuesta fueron los siguientes (Tabla 2). Ante la pregunta de si conocían la iniciativa para intentar regular el TAI, los clínicos respondieron afirmativamente en un 85,7% de los casos (n=36), mientras que un 14,3% (n=6) desconocían este movimiento.

Sobre la cuestión de si están de acuerdo con llevar a cabo la regulación del TAI, el 92,8% (n=39) está a favor, mientras que el 2,4% (n=1) se opone a dicha regulación y un 4,8% (n=2) se abstiene a posicionarse al respecto.

En relación con la aceptabilidad de depender en nuestros días de la discrecionalidad de la magistratura para poder aplicar el TAI, el 28,6% (n=12) opinan que sí, mientras que un 45,2% (n=19) muestran su oposición, habiendo un 26,2% (n=11) que no se decantan por ninguna de las dos opciones.

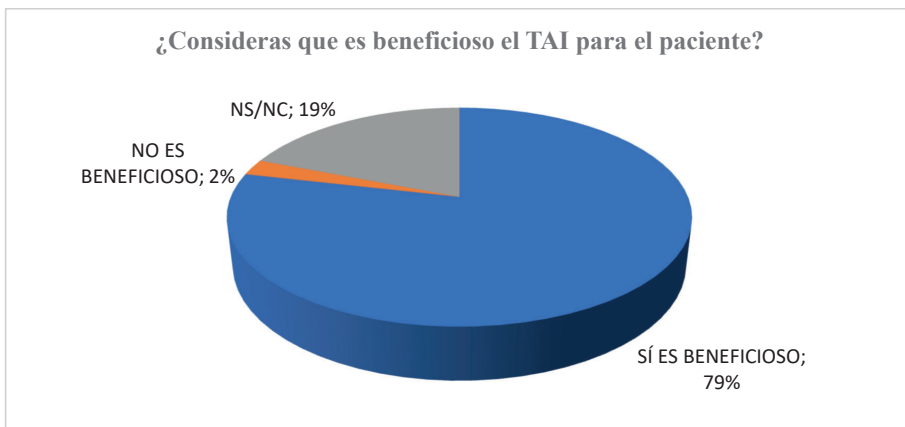
Respecto a si conocían la existencia de una regulación legislativa del TAI en la mayoría de los países de nuestro entorno, el 52,4% (n=22) afirma conocerla frente al 45,2% (n=19) que niega conocer tal hecho. Un 2,4% (n=1) no se decantó por ninguna de las dos opciones.

	SÍ	NO	NS/NC
1. El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) está intentando regularse ¿conocías esta iniciativa?	85,7% (n=36)	14,3% (n=6)	0% (n=0)
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?	92,8% (n=39)	2,4% (n=1)	4,8% (n=2)
3. ¿Es aceptable en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?	28,6% (n=12)	45,2% (n=19)	26,2% (n=11)
4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?	52,4% (n=22)	45,2% (n=19)	2,4% (n=1)
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?	78,6% (n=33)	2,4% (n=1)	19% (n=8)
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?	95,2% (n=40)	0% (n=0)	4,8% (n=2)
7. ¿Estarías de acuerdo que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?	83,3% (n=35)	4,8% (n=2)	11,9% (n=5)
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?	19% (n=8)	78,6% (n=33)	2,4% (n=1)
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo este el TAI?	4,8% (n=2)	83,3% (n=35)	11,9% (n=5)
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?	66,7% (n=28)	23,8% (n=10)	9,5% (n=4)

**Tabla 3. Resultados.**

La opinión de los clínicos referente a si creen que el TAI es beneficioso para el paciente se ilustra en porcentajes en el Gráfico 1. el 78,6% (n=33) de los profesionales de la salud mental sí considera beneficioso el TAI para el paciente, mientras un 2,4% (n=1)

piensa que no lo es. El 19% (n=8) de los clínicos no se decanta por ninguna de las dos opciones anteriores.

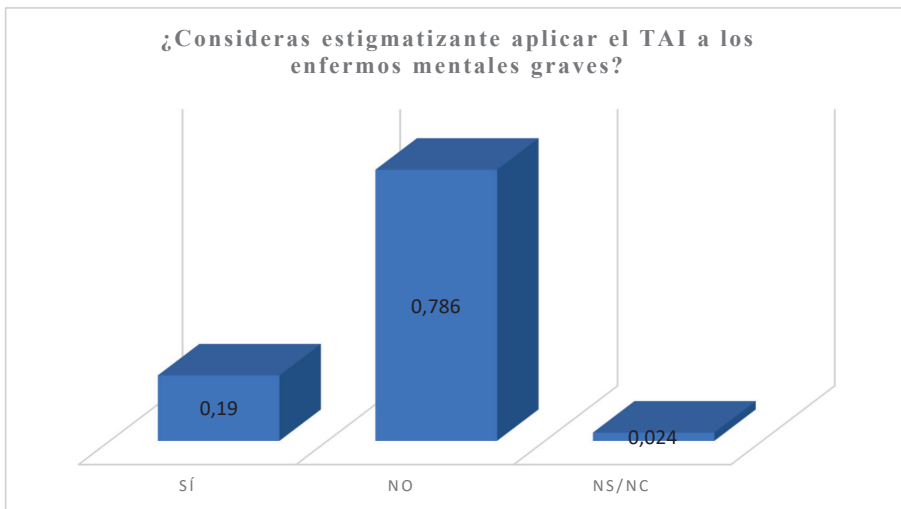


**Gráfico 1: Opinión de los clínicos sobre el beneficio para los pacientes de la aplicación del TAI.**

En lo tocante a si es beneficioso para la familia del paciente, el 95,2% (n=40) sí piensa que es beneficioso. Un 4,8% (n=2) de los clínicos no se manifiesta al respecto.

Referente al posicionamiento de los clínicos sobre la aplicación del TAI a un familiar suyo, el 83,3% (n=35) estaría a favor, mientras que un 4,8% (n=2) se opondría, habiendo un 11,9% (n=5) que no se pronuncia al respecto.

El parecer de los clínicos sobre si la aplicación del TAI a los enfermos con trastorno mental grave es estigmatizante viene reflejado en el Gráfico 2. el 19% (n=8) de los clínicos sí lo considera estigmatizante, mientras que un 78,6% (n=33) no lo ve así. El 2,4% (n=1) de los clínicos no se decanta por ninguna de las dos opciones anteriores.



**Gráfico 2: Opinión de los clínicos sobre si la aplicación del TAI sobre enfermos mentales graves es estigmatizante.**

Sobre si les parece a los clínicos adecuado que estén actualmente reguladas en nuestro país medidas más coercitivas para la libertad del enfermo mental, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI, un 4,8% (n=2) manifiesta sí parecerle adecuado, mientras que el 83,3% (n=35) piensa que no es lógico, encontrando un 11,9% (n=5) que se abstiene a responder esta cuestión.

Por último, respecto a su posicionamiento sobre la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada, un 66,7% (n=28) estaría a favor de su aplicación, frente a un 23,8% (n=10) que se muestra en oposición. Un 9,5% (n=4) no se posiciona.

## DISCUSIÓN

La aplicación del TAI es un tema jurídico-sanitario no exento de polémica y, por tanto, la cuestión sobre la necesidad de su regulación legislativa encuentra tanto defensores como detractores. Los defensores de su regulación consideran que, pese a reducir el grado de autonomía del paciente, es una forma de asegurar la cumplimentación terapéutica de los enfermos mentales graves con el fin de alcanzar su mejoría psicopatológica y funcional, mientras que los detractores la encuentran como una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y una discriminación del paciente psiquiátrico, a lo que unen que, hasta la fecha, no hay aun consenso a nivel científico de que este tratamiento sea efectivo.

Respecto a este último apunte, tal y como se ha comentado anteriormente en el texto, las características típicas del paciente que recibe TAI replicadas en los diversos estudios<sup>5,21,22,34</sup> (varón de mediana edad, con diversas hospitalizaciones previas al TAI, consumo de sustancias, diagnóstico de trastorno mental grave, nula conciencia de enfermedad y baja adherencia terapéutica...), quizás podrían contribuir a esta falta de consenso en la efectividad de esta modalidad terapéutica, ya que se trata de pacientes que, por lo avanzado de su patología, presentan generalmente mal pronóstico per se y que, probablemente, independientemente de la opción terapéutica utilizada, se observe una escasa efectividad. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado importantes estudios<sup>20,21,22,34</sup> en lo que se refiere a tamaño muestral y metodología que sí arrojan unos resultados mucho más positivos del TAI en lo que a efectividad se refiere.

La opinión de los propios pacientes sobre los beneficios de la aplicación del TAI ha sido recogida en varios estudios<sup>3,16,18,19,20</sup> a lo largo de los últimos años. En todos ellos, los pacientes ven beneficiosa la medida aunque la magnitud de esta mayoría diverge considerablemente de unos estudios a otros. De este modo, hay estudios como el de *Borum y cols.*<sup>27</sup> donde este porcentaje asciende hasta el 75%, mientras que hay otros como el de *Hernández-Viadel*<sup>24</sup> y *cols.* en el que tan solo algo más de la mitad de los pacientes encuestados (54%) defienden esta modalidad de tratamiento.

El principal argumento que exponen los pacientes a favor del TAI es el hecho de que se acompañe de un menor número de ingresos hospitalarios y una disminución de los días de estancia en el hospital, situación a evitar por la mayoría de ellos.

Referente a la opinión de ellos sobre un cambio en la legislación que refuerce el tratamiento forzoso ambulatorio, llama la atención el estudio de *Crawford y cols.*<sup>30</sup>, en el cual, pese a que se recoge que los pacientes prefieren recibir tratamiento involuntario en su casa con el fin de evitar la atmósfera tensa y a menudo hostil de las unidades de hospitalización, la mayoría de ellos se oponen a apoyar una modificación legislativa que refuerce el tratamiento ambulatorio involuntario.

En lo que respecta a la opinión de los profesionales de la salud mental sobre la aplicación del tratamiento forzoso ambulatorio, la bibliografía existente hoy en día es muy reducida, destacando a nivel internacional el trabajo de *Swartz y cols.*<sup>17</sup> y a nivel nacional el de *Hernández-Viadela y cols.*<sup>32</sup>, en los cuales, además de la opinión de los clínicos, también se recoge la de pacientes y familiares. En ambos casos, tanto los clínicos, como pacientes y familiares, creen que es beneficioso para el enfermo mental grave la aplicación del TAI. También, referente a este asunto, habría que mencionar el reciente estudio de *Kennedy y cols.*<sup>31</sup> donde se muestra la opinión del personal de Enfermería de Salud Mental respecto a la instauración de un TAI en pacientes del perfil típico, inclinándose este colectivo a favor de dicha medida.

Por el contrario, llama la atención la ausencia en las principales bases de datos de artículos científicos que recojan la opinión de los clínicos sobre la necesidad de llevar a cabo una regulación legislativa en España del TAI.

Con este estudio se ha pretendido conocer más detalladamente la opinión de los clínicos sobre distintos aspectos relacionados con el TAI y sobre la idoneidad de su regulación legislativa. Tras la realización de la encuesta, y la evaluación de los resultados obtenidos, hay una serie de datos que destacan.

La mayoría de clínicos (85,7%) afirma conocer la propuesta<sup>47</sup> de regulación legislativa del TAI promovida a comienzos del año 2018 por la *Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses* al Poder Legislativo, porcentaje que llama la atención dada la baja repercusión que tiene este tema en los medios de comunicación y su reducida relevancia en los programas formativos (salvo en los específicos de Psiquiatría Legal y Forense) de los diferentes congresos y simposios para médicos especialistas en psiquiatría que se celebran anualmente por el panorama nacional.

Sí se observa un menor conocimiento por parte de los clínicos acerca de la presencia de la regulación del TAI en la mayoría de las principales potencias mundiales (EE.UU., Francia, Reino Unido...), habiendo, aún así, una ligera mayoría (52,4%) que afirma conocerlo, pero existiendo un porcentaje casi tan importante (45,2%), que desconoce esta situación. Esto se explicaría por lo expuesto anteriormente en relación con el poco impacto del tema en medios de comunicación y eventos formativos para psiquiatras.

También es llamativa la gran mayoría (92,8%) de profesionales de la salud mental que están a favor de la regulación del TAI en nuestro país. Solo uno de los 42 encuestados (2,4%) se opone a la regulación del mismo. Esta gran diferencia dista mucho de la supuesta disparidad de opiniones que parece haber entre el colectivo médico en ciertos foros y entre las principales asociaciones de psiquiatría que se han posicionado al respecto (*AEN, SEP, SEPL*).

Una de las cuestiones que ha creado más disparidad de criterios es aquella sobre la aceptabilidad de depender en nuestros días de la discrecionalidad de la magistratura para la aplicación del TAI. De este modo, entre los que se posicionan, hay más que están en contra (45,2%) de esta discrecionalidad que aquellos que están a favor (28,6%), habiendo un porcentaje importante (26,2%) que no se inclina hacia ninguna de las dos opciones.

Al igual que en los estudios de *Swartz y cols.*<sup>17</sup> y *Hernández-Viadela y cols.*<sup>32</sup>, la mayoría de los clínicos (78,6%) piensa que el TAI es beneficioso para el paciente, habiendo un porcentaje aun mayor (95,2%) que piensa que también es bueno para la familia del paciente. Es destacable que no hay ningún encuestado que haya considerado que la aplicación del TAI sea perjudicial para los familiares del paciente. Estos resultados también irían en consonancia a lo publicado recientemente en el estudio de *Kennedy*<sup>31</sup>, donde se muestra la aceptación de esta medida por parte de enfermería, otro sector profesional muy vinculado terapéuticamente a los enfermos mentales más graves.

El convencimiento que tiene la mayoría del colectivo encuestado de que la aplicación de este tratamiento ambulatorio forzoso es realmente beneficioso para el paciente se observa cuando un 83,3% estaría a favor de que se le aplicara a un familiar suyo en caso de necesitarlo.



La posibilidad de que aumente la estigmatización del enfermo mental con la aplicación del TAI es uno de los puntos asociados a este tipo de tratamiento que más debate crea entre los distintos profesionales.

Los defensores del TAI opinan que el estigma social está basado esencialmente, en aquellas conductas disruptivas del enfermo mental cuando no recibe tratamiento y que, por tanto, con la aplicación del TAI, estas alteraciones conductuales disminuirían con la consecuente reducción del estigma.

Por otro lado, los detractores del TAI creen que la obligación de recibir tratamiento destinada únicamente para los pacientes psiquiátricos incrementaría la estigmatización. La muestra a estudio se decanta en su amplia mayoría (78,6%) porque la aplicación del TAI no es estigmatizante para los enfermos mentales graves. En este sentido, destacar lo expuesto por un psiquiatra clínico de la muestra que se posicionaba como claro defensor del TAI *“lo que realmente aumenta el estigma de nuestros pacientes son situaciones como las que vivimos frecuentemente cuando llegan descompensados al Servicio de Urgencias traídos por las Fuerzas de Orden Público agitados y vociferando”*.

Por otro lado, la gran mayoría (83,3%) no ve lógico que actualmente en nuestro país estén reguladas medidas que atentan en mayor grado contra la libertad del paciente como el internamiento involuntario o la incapacitación y no el TAI, argumentando alguno de ellos, por ejemplo, que *“no tiene sentido que esté regulada una medida más restrictiva de derechos personales como el ingreso involuntario y no el TAI”*. Solamente dos clínicos de los encuestados (4,8%) sí lo ven lógico, habiendo un porcentaje reseñable (11,9%) que no se posiciona al respecto.

Referente a la conveniencia de sustituir una medida de seguridad por el TAI en ciertos pacientes que han cometido algún delito con su capacidad cognitiva y volitiva alterada, y en los que la bibliografía existente<sup>51</sup> y la evidencia clínica hacen dudar de los posibles beneficios de internar en un centro, como por ejemplo un paciente oligofrénico en hospital psiquiátrico penitenciario, la mayoría de los clínicos (66,7%) piensan que es más conveniente la aplicación del TAI a que sea sometido a una medida de seguridad, habiendo un porcentaje no desdeñable (23,8%) que opina que la medida de seguridad sigue siendo la mejor opción en estos casos.

En síntesis, estos resultados refuerzan los obtenidos anteriormente por *Swartz y cols.*<sup>17</sup>, *Kennedy y cols.*<sup>31</sup> y *Hernández-Viadela y cols.*<sup>32</sup> en relación a la opinión que tienen los profesionales de la salud mental acerca de los beneficios que presenta el TAI para el paciente y su familia y, además, muestran la inclinación ideológica de la mayoría del colectivo médico hacia la necesidad de una regulación del tratamiento forzoso ambulatorio que equipare la legislación en España a la de la mayoría de los países de nuestro entorno, para que así se pueda disponer de una seguridad jurídica completa que ampare al médico y al paciente, y no dependa de la discrecionalidad de la magistratura como actualmente.

Para finalizar, es necesario subrayar que el reducido tamaño de la muestra del estudio que se ha realizado y el ámbito local de la realización de la encuesta, pueden afectar a la generalización de los resultados obtenidos, por lo que son necesarios más estudios sobre este tema.



## CONCLUSIONES

1. El Tratamiento Ambulatorio Involuntario es una posibilidad a considerar en un pequeño porcentaje de pacientes con trastorno mental grave (fundamentalmente psicóticos) con escasa conciencia de enfermedad y baja adherencia al tratamiento, así como descompensaciones frecuentes.
2. El Tratamiento Ambulatorio Involuntario debe ser un complemento. No sustituye ningún tipo de tratamiento.
3. Pese a que en los últimos años se han desarrollado estudios con tamaños muestrales importantes que revelan la efectividad del TAI, no existe aún consenso a nivel científico de que el Tratamiento Ambulatorio Involuntario sea efectivo.
4. La inmensa mayoría de los clínicos ve necesario el desarrollo de una normativa clara y taxativa que ampare al médico y paciente en caso de Tratamiento Ambulatorio Involuntario, tal y como ya existe con medidas más coercitivas para el enfermo mental grave como son el internamiento involuntario o la incapacitación civil.
5. La gran mayoría de profesionales de la salud mental creen que es beneficioso el Tratamiento Ambulatorio Involuntario tanto para el paciente como para sus familiares, siempre y cuando se cumplan los requisitos para su aplicación.
6. Una amplia mayoría de clínicos no considera estigmatizante la aplicación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario a los enfermos mentales graves.
7. Se necesitan más estudios con muestras de pacientes más amplias y desarrollados en otras regiones del territorio nacional o internacional para comprobar si se replican estos resultados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Portero G. Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. *Cuad Med Forense* 2010; 16(1-2): 87-97.
2. O'Brien AJ, McKenna BG, Kydd, RR. Compulsory community mental health treatment: Literature review. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 1245-55. [17] [5EP]
3. Moleón Ruiz Á, Fuertes Rocañín JC. Opinión de los psiquiatras sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2020;22(1):41-48.
4. Fuller Torrey E, Snook J. Assisted Outpatient Treatment Enters the Mainstream. *Psychiatric Times*. Vol 34, Issue 4. Abril, 2017.
5. Silva, B., Golay, P., Boubaker, K., Bonsack, C., & Morandi, S. Community treatment orders in Western Switzerland: A retrospective epidemiological study. *Int J Law Psychiatry.* 2019; 67, 101509. doi:10.1016/j.ijlp.2019.101509
6. Fernández G, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hosp Community Psychiatry.* 1990; 41(9):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(1):52-9.
9. Munetz MR, Grande T, Kleist J, Peterson GA. The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv.* 1996;47(11):1251-3.
10. Zanni G, DeVea L. Inpatient stays before and after outpatient commitment. *Hosp Community Psychiatry.* 1986;37(9):941-2.

11. Hernández-Viadela M, Cañete Nicolasa C, Lera Calatayud G, Pérez Prieto JF, Roche Millán T. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatr Biol* 2007; 14:7-12.
12. Lera Calatayud G, Hernández-Viadela M, Bellido-Rodriguez C, Cañete Nicolás C, Asensio-Pascual P, Calabuig-Crespo R, Leal-Cercós C. Involuntary outpatient treatment in patients with severe mental illness: A one-year follow-up study. *Int J Law Psychiatry*. 2014 May-Jun;37(3):267-71.
13. 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(3):330-6.
14. 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(12):1968-75.
15. Kampman O, Illi A, Poutanen P, Leinonen E. Four-year outcome in non-compliant schizophrenia patients treated with or without home-based ambulatory outpatient care. *Eur Psychiatry*. 2003 Feb;18(1):1-5.
16. Schneeberger AR, Huber CG, Lang UE, Muenzenmaier KH, Castille D, Jaeger M, Seixas A, Sowislo J, Link BG. Effects of assisted outpatient treatment and health care services on psychotic symptoms. *Soc Sci Med*. 2017 Feb;175:152-160.
17. Swartz MS, Bhattacharya S, Robertson AG, Swanson JW. Involuntary Outpatient Commitment and the Elusive Pursuit of Violence Prevention. *Can J Psychiatry*. 2017 Feb;62(2):102-108.
18. Segal SP, Hayes SL, Rimes L. The Utility of Outpatient Commitment: I. A Need for Treatment and a Least Restrictive Alternative to Psychiatric Hospitalization. *Psychiatr Serv*. 2017 Dec 1;68(12):1247-1254

19. Segal SP, Hayes SL, Rimes L. The Utility of Outpatient Commitment: II. Mortality Risk and Protecting Health, Safety, and Quality of Life. *Psychiatr Serv*. 2017 Dec 1;68(12):1255-1261;

20. Segal, S. P., Rimes, L., & Hayes, S. L. The utility of outpatient commitment: Reduced risks of victimization and crime perpetration. *European Psychiatry*. 2019; 56, 97–104. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.001

21. Riley, H., Sharashova, E., Rugkåsa, J., Nytingnes, O., Christensen, T. B., Austegard, A. A., Løvsletten, M., Lau, B., & Høyer, G. Out-patient commitment order use in Norway: incidence and prevalence rates, duration and use of mental health services from the Norwegian Outpatient Commitment Study. *BJPsych open*, 2019; 5(5), e75. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.60>

22. Harris, A., Chen, W., Jones, S., Hulme, M., Burgess, P., & Sara, G. Community treatment orders increase community care and delay readmission while in force: Results from a large population-based study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018; 000486741875892. doi:10.1177/0004867418758920

23. Kiseley S. et al. Efficacy of compulsory community treatment and use in minority ethnic populations: A statewide cohort study. *ANZJP*. 2019; 1–13 DOI: 10.1177/0004867419877690

24. Hernández-Viadela M, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF, Lera Calatayud G, Gómez Beneyto M. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2010; 3 (2): 50-54.

25. Kisely SR, Campbell La, Preston NJ, Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders review. *The Cochrane Library* 2012, Issue 10



26. Kisely SR, Campbell LA, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar 17;3:CD004408
27. Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary out-patient commitment. *Psychiatr Serv.* 1999;50(11): 1489-91.
28. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Hannon MJ, Burns BJ, Shumway M. Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1139-46.
29. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2002;30:207-17.
30. Crawford MJ, Gibbon R, Ellis E, Waters H. In hospital, at home, or not at all. A cross-sectional survey of patient preferences for receipt of compulsory treatment. *Psychiatric Bull.* 2004;28:360-3.
31. Kennedy C. Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders. *Issues in Mental Health Nursing.* 2019; 1–2. doi:10.1080/01612840.2019.1600359
32. Hernández-Viadel M, Lera Calatayud G, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF. Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas. *Psiqu. Biol.* 2007; 70:65-74.
33. Mental Health Act 2007. Disponible en: [http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga\\_20070\\_012\\_en\\_1](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/ukpga_20070_012_en_1)

34. Bardell-Williams M. et al. Rates, determinants and outcomes associated with the use of community treatment orders in young people experiencing first episode psychosis. *Int J Law Psychiatry*. 2019; 62, 85–89/<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.007>
35. Kendra's Law. An Interim Report on the Status of Assisted Outpatient Treatment. New York State Office of Mental Health, 2003. Disponible en URL: [http://www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra\\_web/in\\_terimreport.](http://www.omh.state.ny.us/omhweb/kendra_web/in_terimreport.) <sup>[1]</sup><sub>SEP</sub>
36. A Guide to Laura's Law (2003). Retrieved August 11, 2005, Disponible en: <http://www.psychlaws.org/State%20Activity/California/Guide%1ELauras%1ELaw%1EAB1421.htm>.
37. Gray JE, O'Reilly RL. Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms. *International Journal of Law and Psychiatry* 2005; 28: 13-22.
38. McKenna BG, Simpson AIF, Coverdale JH. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29:145-58.
39. Brophy LM, Reece JE, McDermott F. A cluster analysis of people on Community Treatment Orders in Victoria, Australia. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 469-81.
40. Ajzenstadt M, Aviram. U, Kalian M, Kanter A. Involuntary outpatient commitment in Israel: Treatment or control? *Int J Law Psychiatry* 2001; 24: 637-57.
41. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Proposición de Ley de 19 de Julio de 2004. No 101-1.
42. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/>
43. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

44. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Proyecto de Ley 121/000109 Jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil. 26 de octubre de 2006 109-1.

45. Sentencia TC 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. «BOE» núm. 4, de 5 de enero de 2011, páginas 106 a 112

46. Fuertes Rocañín JC. Manual de psiquiatría forense para jueces y fiscales. Editorial Aranzadi. 1ª Ed. 2017

47. Fuertes Rocañín JC, Rodríguez Lainz JL, Fuertes Iglesias C, Naranjo Rodríguez J. Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. La Ley 263/2018.

48. García Vicente, F. Ponencia en el foro medicina y derecho sociedad. Tratamiento involuntario del enfermo mental: un problema sin resolver. Zaragoza. 2014.

49. Santander Cartagena, F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero. Cuad Psiquiatr Comunitaria 2006: Vol. 6, Nº 1, pp. 47-54.

50. 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 nº 12. p. 1-40.)

51. Cervelló Donderis V. Tratamiento Penal y Penitenciario del Enfermo Mental. Asociación Madrileña de Rehabilitación Social. Valencia. 2002, págs. 2-3.







**Rosario Lineros Linero**  
Médico Unidad de Salud Mental  
Hospital Juan Ramón Jiménez  
Huelva



**Álvaro Moleón Ruiz**  
Médico Unidad de Salud Mental  
Hospital Juan Ramón Jiménez  
Huelva