

Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)

Leyre Notario Barandiaran^a, Javier Sánchez Asurmendi^a y Saray Garrido González^b

^aEstudiantes 5.º curso de Licenciatura de Farmacia Universidad Miguel Hernández-San Juan, Alicante

^bEstudiante de 2.º año, Técnico de Farmacia y Parafarmacia, escuela de formación profesional de la Cruz Roja, Alicante

Tutor: Emilio Pol Yanguas, doctor en Farmacia

A raíz de la lectura de un artículo publicado en la revista *El Farmacéutico Joven*¹ en el mes de marzo decidimos realizar una revisión sobre los artículos que abarcan el tema del tratamiento ambulatorio involuntario, especialmente en nuestro país, para poder ver los diferentes puntos de vista y sacar conclusiones sobre los datos recopilados por los distintos artículos.

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)^{2,3} 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 las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. También se le denomina tratamiento ambulatorio forzado o judicializado.

Sobre este tema existe un conflicto ético debido a que hay dos tipos de pensamientos acerca del TAI. Una parte apoya este método, ya que asegura el cumplimiento del tratamiento, con la consiguiente mejora del paciente y no habría tanto riesgo de agresiones y recaídas que puedan afectar a su entorno social. La otra parte opina que este tratamiento es una vulneración de los derechos del paciente, porque este debería ser libre para elegir seguir el tratamiento o no y porque conllevan un aumento de la coerción u el estigma del paciente psiquiátrico.

Tratamiento ambulatorio involuntario en España^{2,3}

En octubre de 2004 se presentó una propuesta de modificación de la ley para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos y permitir así la posibilidad de obligar legalmente a un determinado tipo de pacientes a recibir tratamiento ambulatoriamente. Esta propuesta de modificación pretendía ser una medida que permitiera a familiares y profesionales asegurar la cumplimentación terapéutica en enfermos mentales graves, con alto riesgo de recaída si abandonaban el tratamiento. Además, trataba de evitar intervenciones más radicales, como el ingreso hospitalario y la incapacidad civil. Finalmente y ante la falta de consenso, la propuesta legislativa de 2004 fue retirada del Parlamento.

En octubre de 2006 aparece una nueva propuesta legislativa. Este nuevo proyecto permitía acudir directamente al juzgado sin la previa propuesta razonada del especialista. Este nuevo tratado fue de nuevo suprimido.

Aunque no hay una regulación legal específica sobre esta materia, el TAI en España es un hecho consumado. El impacto de estas maniobras «espontáneas» en nuestro medio no es conocido. Desde la experiencia clínica se plantea que es útil en algunos enfermos, ya que previene el empeoramiento de su enfermedad, pero toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento del paciente y todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento.

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

En los últimos años se están realizando experiencias de TAI en diferentes ciudades españolas como San Sebastián y Valencia con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica de personas con enfermedad mental grave y evitar los extremos del ingreso hospitalario y la incapacidad civil (Anexo 1).

En la ciudad de San Sebastián² y desde el año 1997 se está realizando una experiencia de TAI con uno de los juzgados de la ciudad (Diario de Sesiones 2005). Los criterios de inclusión son: paciente con diagnóstico de psicosis, historia previa de ingresos múltiples, efectividad del tratamiento y riesgo autoagresivo o heteroagresivo. Desde el año 1997 hasta 2003, 45 pacientes han recibido TAI. El 60% de los casos estaba diagnosticado de esquizofrenia, el 10% de trastorno bipolar y el resto de psicosis ligadas a tóxicos y/o trastorno de la personalidad. Fueron seguidos mediante un protocolo que se estableció con el juez. En los 7 años de seguimiento, sólo 11/45 pacientes han necesitado reingresar (25%), lo que se considera un buen dato. El número de intervenciones judiciales fue bajo durante el seguimiento de 7 años, ya que sólo en 17 ocasiones hubo que intervenir judicialmente. También se pidió opinión a los clínicos que habían intervenido en estos 45 casos. Las conclusiones son que el TAI sólo funciona con pacientes diagnosticados de psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar), en los que sirve para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que antes se negaban a asistir. Pero no funciona en los pacientes con trastorno por abuso de sustancias o trastorno de personalidad como diagnóstico principal. Así pues, se considera una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes. El contrapunto es si estos resultados no se conseguirán también con la instauración de programas de seguimiento intensivo, de gestión de casos o de tratamiento asertivo comunitario. En realidad, no se trataría de sustituir un tratamiento intensivo ambulatorio por el TAI, sino de complementar una intervención con la otra.

En Valencia encontramos cuatro estudios. El primero⁴ es un estudio descriptivo cuyo objetivo es valorar las opiniones de psiquiatras, pacientes y familiares sobre el TAI. Está compuesto por todos los pacientes que están con TAI en Valencia en el momento de iniciar el estudio (38 pacientes). 26 de ellos son hombres y 12 son mujeres. La media de edad es de 41

años. El paciente más joven tiene 21 años y el más mayor 75. Los años de enfermedad oscilan desde los 3 a los 33 años, con una media de 13 años. La media de ingresos hospitalarios es de 4 por paciente. Mediante entrevista telefónica se preguntó a pacientes, familiares y psiquiatras por su opinión acerca del TAI. Las respuestas y las valoraciones a estas cuestiones se recogen en las tablas 1 y 2.

Tabla1. Opinión de los psiquiatras

	n	%
Impresión clínica global del paciente		
Mucho mejor	9	23,7
Moderadamente mejor	16	42,1
Levemente mejor	6	15,8
Sin cambios	2	5,3
No evaluado	5	13,1
¿Considera el TAI beneficioso?		
Mucho	15	39,5
Bastante	15	39,5
Algo	2	5,3
Nada	3	7,9
No evaluado	3	7,9

Tabla 2. Opinión de los familiares y de los pacientes

Familiar: ¿Considera el TAI beneficioso?	n
Mucho	14
Bastante	7
Algo	7
Nada	2
No evaluado	8
Paciente: ¿Considera el TAI beneficioso?	
Mucho	1
Bastante	7
Algo	6
Nada	7
Perjudicial	5
No evaluado	12

En este estudio se analiza únicamente a los pacientes con TAI sin compararlos con un grupo control, lo que limita el estudio. Además, otro factor limitante es el escaso número de muestra. A los familiares y a los psiquiatras sí que les parece un tratamiento beneficioso, mientras que si observamos la tabla de los pacientes, un gran número de estos no ha evaluado el tratamiento, por lo que no se puede realizar una comparación fiable y extraer una conclusión acertada debido a la diferencia de respuesta en los diversos grupos.

El segundo estudio en Valencia⁴ es observacional y retrospectivo. La muestra es la misma que en el anterior estudio. Se compara la utilización de los servicios de salud durante un periodo de 6 meses antes y 6 meses después de la introducción del tratamiento obligatorio. Se recogen los datos necesarios de los pacientes para la realización del estudio. En 25 casos se aplicó el TAI por vía urgente. En estos casos se solicitó en pacientes ingresados en el hospital para asegurar la continuidad del tratamiento. Las solicitudes por vía ordinaria corresponden a pacientes con graves alteraciones de conducta y que se negaban a acudir a los servicios sanitarios. En el 75% de los casos se solicitó la medida durante el ingreso hospitalario del paciente. El resto se trata de pacientes ambulatorios o personas que nunca han estado en contacto con los servicios de salud mental. En las tablas 3, 4 y 5 se recogen el diagnóstico de los pacientes, el motivo de solicitud del tratamiento ambulatorio involuntario y la utilización de servicios sanitarios 6 meses antes y después de introducir el TAI.

Tabla 3. Diagnóstico en ejes I y II

Eje I: diagnóstico primero	n (%)
Esquizofrenia	26 (68)
Trastorno delirante	5 (13)
Trastorno bipolar	5 (13)
Trastorno esquizoafectivo	1 (3)
Trastorno psicótico inducido por tóxicos	1 (3)
Eje I: diagnóstico segundo	n (%)
Abuso de tóxicos	10 (26)
Eje II:	n (%)
Trastorno antisocial de la personalidad	1 (3)
Trastorno paranoide de la personalidad	2 (6)
Retraso mental leve	1 (3)

Tabla 4. Motivo solicitud del TAI

Motivo principal	n (%)
Violencia/agresividad	14 (38)
Incumplimiento terapeutico	14(38)
Nula conciencia de enfermedad	7(19)
Prevencion recaidas en mania	2(5)

Tabla 5. Utilización de servicios sanitarios (6 meses antes y después de introducir el TAI)

	Antes n (moda)	Después n (moda)	p
Urgencias	1,86 (2)	0,47 (0)	<0,05
Ingresos	1,10 (1)	0,23 (0)	<0,05
Estancia media, días	26	2,5	<0,05

En este estudio⁵ se observa una disminución del número de urgencias, del número de ingresos y del número de días de hospitalización. Consideran que el TAI puede funcionar en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Por otro lado, puede servir para introducir en recursos terapéuticos ya existentes a pacientes que antes se negaban a asistir. Los pacientes por vía ordinaria se negaban a acudir a los recursos de salud mental. Concluyen el estudio diciendo que el TAI es una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes.

El estudio tiene limitaciones metodológicas importantes como el tamaño pequeño de la muestra y la ausencia de grupos de comparación, por lo que son necesarios más estudios.

En un tercer estudio⁶, también en Valencia, la muestra es mayor (140 pacientes) y el seguimiento es durante un año antes y un año después a la implantación del TAI. La metodología de estudio es similar y los resultados y conclusiones a las que llegan son las mismas, ya que es una continuación del estudio comentado anteriormente.

Otro estudio realizado en Valencia⁷ pretende valorar si los pacientes psiquiátricos con TAI reducen el uso de los servicios de salud mental en comparación con un grupo control que no se somete a esta medida judicial. Se trata de un estudio de casos y controles retrospectivo, en el que se compara un grupo sometido al TAI de 38 pacientes (26 varones y 12 mujeres), frente a un grupo control del mismo número de pacientes y con características clínicas e historia psiquiátrica similares. Observamos que en el grupo de los casos, la mayoría de los pacientes ingresaron por incumplimiento terapéutico. Esto conllevaría a un posible sesgo, ya que al aplicar el TAI el cumplimiento aumentaría, con la consecuente mejora del paciente. En el mismo sentido ocurriría lo mismo por la mayor presencia de pacientes en el grupo control (tabla 6). En este estudio se compara el número de urgencias e ingresos y las estancias medias en el hospital entre el grupo con TAI y el grupo control durante un seguimiento de 6 meses tras el inicio de la medida judicial, y el alta hospitalaria en el caso de los controles (tabla 7). En los resultados podemos observar como en los dos grupos hay una reducción importante de urgencias e ingresos al comparar estos datos con los 6 meses anteriores al estudio, sin que se obtuvieran diferencias estadísticamente significativas, ya que la disminución de uso de recursos aparece en los dos grupos. Estos resultados ponen en duda la efectividad del TAI como medida de tratamiento obligatorio, ya que si la eficacia se define por la disminución del uso de servicios hospitalarios, estos resultados indican que el TAI no es más efectivo que el tratamiento extrahospitalario no obligatorio.

Tabla 6. 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	2 (6,2)	3 (7,9)
Total	32 (100)	38 (100)

Tabla 7 Utilización de servicios hospitalarios de salud mental en el periodo de 6 meses antes y después del episodio índice

	Antes		Después	
	Grupo TAI (moda)	Grupo control (moda)	Grupo TAI (moda)	Grupo control (moda)
Urgencias	1,86 (2)	2 (2)	0,47 (0)	0,63 (1)
Número de ingresos	1,1 (1)	1,23 (1)	0,23 (0)	0,15 (0)
Estancia media en unidad de agudos (días)	26	25,7	2,52	2,81
Pacientes que ingresaron (n)	33	38	8	5
Estancia media de los que ingresaron (días)	29,9	25,7	12	21,4

En 2012 se publicó una revisión Cochrane⁸ en la cual sólo se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados. Fueron excluidos los ensayos clínicos quasi-aleatorizados. Los tipos de paciente que se incluyeron fueron con enfermedades mentales severas (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, episodios psicóticos). Se excluyó del estudio a todos los que sufrían únicamente de abuso de sustancias, pero sí se incluyó a aquellos que tenían enfermedad mental grave y abuso de sustancias. Esta revisión está basada en dos estudios de 12 meses. Participaron 416 pacientes, la mayoría de ellos mujeres. Todos eran mayores de edad y la mayoría sufría psicosis. Se analizaron los reingresos en el hospital, el cumplimiento del tratamiento, intervención policial, la falta de vivienda, victimización y la coerción percibida, pero en ninguno de estos parámetros se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Únicamente encontramos mejora en la variable victimización, ya que se encuentran bajo vigilancia judicial (gráficas 1 a 6).

Conclusiones y comentarios

Es probable que la falta o escasez de estos recursos asistenciales incremente la práctica del TAI por parte de los profesionales dedicados a la asistencia de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, estas órdenes judiciales no pueden sustituir a ningún tratamiento, ni sustituir la falta o escasez de recursos asistenciales necesarios para la adecuada asistencia de estos pacientes. El TAI no es un tratamiento en sí mismo. El juez no debería ser quién decida si un paciente se debe tratar o no, sino que debe ser el profesional sanitario quien evalúe el estado del paciente y quien pauté su tratamiento. Se deberían contemplar diversas opciones para el tratamiento de estos pacientes, ya que no hay suficientes estudios ni evidencias de que este tratamiento sea eficaz. Además, debe ser revisado caso por caso y no ser aplicado en general a un determinado grupo de pacientes con ciertas características.

El día 14-04-2014 nos reunimos con el enfermero y alumnos de prácticas de enfermería e hicimos una puesta en común sobre este tema. Los enfermeros opinaban que podría ser un tratamiento efectivo en un número reducido de pacientes con unas características determinadas que deben ser estudiadas y valoradas previamente por personal cualificado. Coincidían con nosotros en que los estudios realizados hasta la fecha son de escasa

validez, pues tienen un tamaño muestral bastante reducido, por lo que para sacar conclusiones más claras se deberían realizar más ensayos clínicos.

El enfermero hizo hincapié en que el TAI sería sobre todo beneficioso para los familiares de estos pacientes, ya que al obligarles a cumplir con la medicación se reduciría su agresividad y disminuirían los episodios violentos.

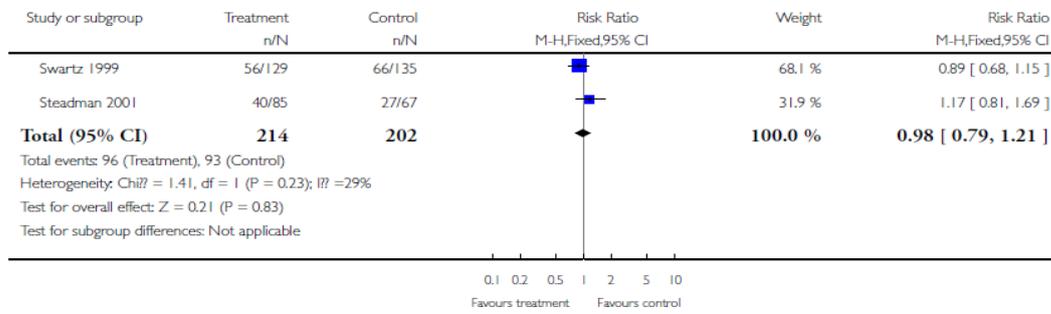
GRÁFICAS 1-6

Analysis 1.1. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 1 Health service outcomes: 1. Readmission to hospital - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 1 Health service outcomes: 1. Readmission to hospital - by 11-12 months

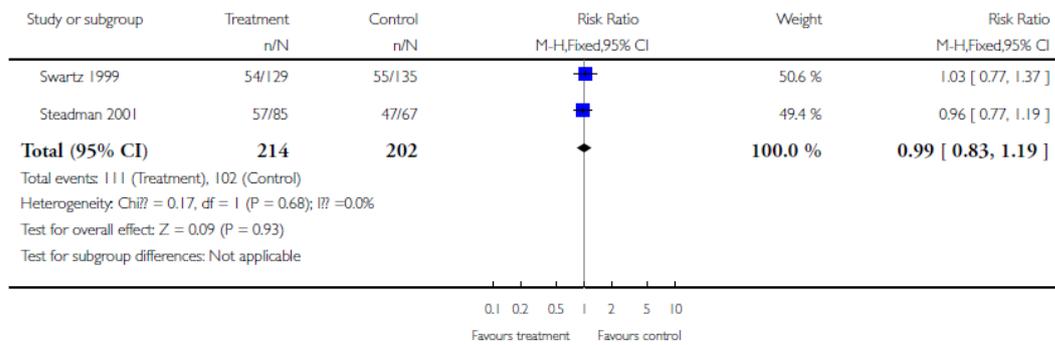


Analysis 1.2. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 2 Health service outcomes: 2. Compliance with medication - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 2 Health service outcomes: 2. Compliance with medication - by 11-12 months

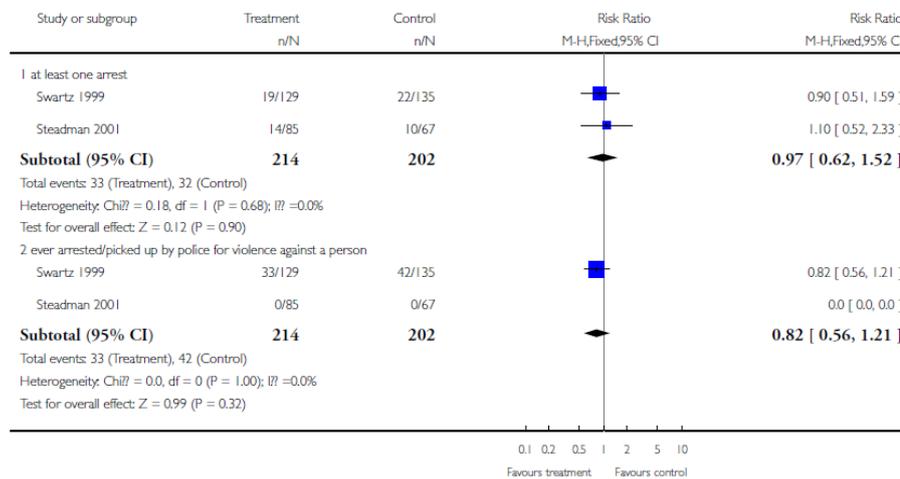


Analysis 1.3. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 3 Patient level outcomes: 1a. Social functioning: trouble with police - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 3 Patient level outcomes: 1a. Social functioning: trouble with police - by 11-12 months

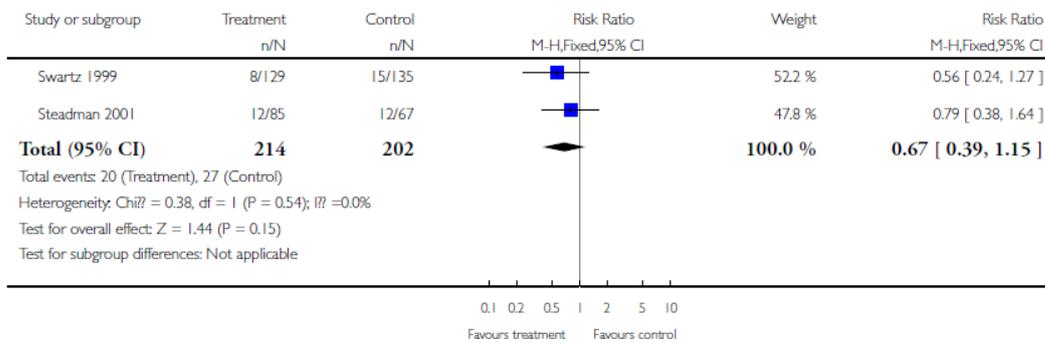


Analysis 1.4. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 4 Patient level outcomes: 1b. Social functioning: homeless - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 4 Patient level outcomes: 1b. Social functioning: homeless - by 11-12 months

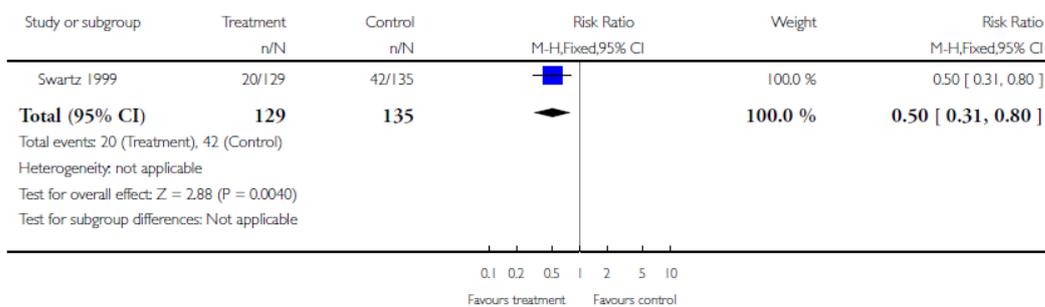


Analysis 1.5. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 5 Patient level outcomes: 2. Quality of life: victimisation - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 5 Patient level outcomes: 2. Quality of life: victimisation - by 11-12 months

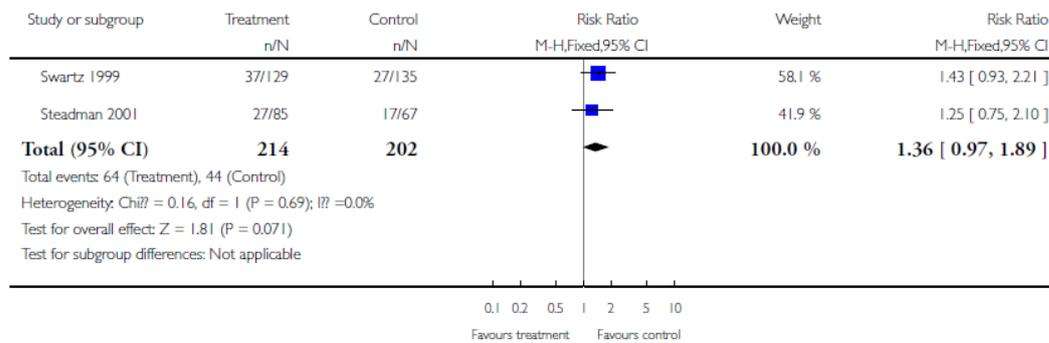


Analysis 1.6. Comparison 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE, Outcome 6 Patient level outcomes: 3. Satisfaction with care: perceived coercion - by 11-12 months.

Review: Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders

Comparison: 1 COMPULSORY COMMUNITY TREATMENT vs STANDARD CARE

Outcome: 6 Patient level outcomes: 3. Satisfaction with care: perceived coercion - by 11-12 months



Bibliografía

1. Martínez Granados, Francisco. Uso inmoral del medicamento. Revista El Farmacéutico Joven; Número 28, Marzo 2014. Accesible en: <http://www.elfarmacéutico.es/revista-el-farmacéutico-el-farmacéutico-joven/manual-del-superviviente/item/4405-uso-inmoral-del-medicamento> (Consultado el 03/04/2014).
2. Cañete-Nicolás C, Hernández-Viadel M, Bellido-Rodríguez C, Lera-Calatayud G, Asensio-Pascual P, Pérez-Prieto JF, Calabuig-Crespo R, Leal-Cercós C. Situación en España el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. Actas Esp. Psiquiatría. 2012; 40: 27-33. (Consultado 03/04/2014).
3. Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G, Pérez Prieto JF, Roche Millán T. Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con enfermedad mental grave. Psiq. Biol. 2006; 13: 183-187. (Consultado 03/04/2014).
4. Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G, Pérez Prieto JF, Roche Millan T. Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas. Psiq. Biol. 2007; 70: 65-74. (Consultado 03/04/2014).

5. Hernández-Viadel M, Cañete-Nicolás C, Lera-Calatayud G, Pérez Prieto JF, Roche Millan 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. (Consultado 03/04/2014).
6. Lera-Calatayud G, Hernández-Viadel M, Bellido-Rodríguez 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. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014;37:267-71. (Consultado 03/04/2014).
7. Hernández-Viadel M, Cañete-Nicolás C, Lera Calatayud G, Pérez Prieto JF, Gómez-Beneyto M. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Rev Psiquiatr Salud Mental, Barcelona* 2010; 3(2): 50-54. (Consultado 03/04/2014).
8. 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 (Consultado el 03/04/2014 y 12/05/2014).

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaramos no tener conflicto de intereses, ya que no tenemos relación alguna con la industria farmacéutica, ni compañía de seguros ni responsabilidades exigidas sobre la cuantía de gasto en medicamentos.

Correspondencia

Leyre Notario Barandiaran: leyre.notario@alu.umh.es

ANEXO 1

REFERENCIA	OBJETIVO	MATERIAL Y MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES Y COMENTARIOS
Evaluación de la eficacia del TAI para reducir la atención hospitalaria. (2009)	Valorar si los pacientes psiquiátricos con TAI reducen el uso de los servicios de salud mental en comparación con un grupo control.	Estudio casos y controles retrospectivo. Muestra de 38 casos y 38 controles.	No se encontraron diferencias significativas en la utilización de los servicios de salud mental entre grupo TAI (casos) y grupo control.	Los resultados del estudio ponen en duda la eficacia del TAI para reducir el uso de servicios hospitalarios. Se deben realizar estudios con muestras mayores. Encontramos sesgos en las muestras ya que en el grupo TAI hay un alto porcentaje que ingresó por incumplimiento terapéutico, provocando un sesgo beneficioso para este grupo.
TAI: opinión de las personas implicadas. (2007)	Valorar opinión implicados (psiquiatras, pacientes y familiares)	Estudio descriptivo. Muestra de 38 pacientes.	Opinión psiquiatras: consideran el TAI beneficioso y mejoría del paciente. Opinión familiares: la gran mayoría considera que el TAI es beneficioso para el tratamiento. Opinión paciente: la estadística no es fiable debido a que un gran número no evaluó el TAI.	La muestra es muy pequeña. Se deben realizar más estudios con datos más fiables y precisos, ya que el grupo de los pacientes, que es el más interesante, una elevada proporción de ellos (31,5%) no han contestado la encuesta.
TAI para personas con trastorno mental severo. Resultados de	Se compara la utilización de los servicios de salud durante un periodo	Estudio observacional y retrospectivo. Muestra de 38 pacientes.	Disminución del número de ingresos, urgencias y de hospitalización	No hay grupo control. No se puede comparar con otro grupo de pacientes con las

un estudio en la ciudad de Valencia.	equivalente.		en los 6 meses siguientes al TAI.	mismas características. Se deben realizar más estudios con muestras mayores.
Experiencia TAI en la ciudad de San Sebastián	Valorar el TAI en grupo de pacientes.	Estudio observacional. Muestra de 45 pacientes.	El TAI ha funcionado en pacientes con diagnóstico de psicosis, pero no en los casos de consumo de tóxicos o trastornos de la personalidad. Sólo 11 pacientes tuvieron que ser reingresados durante el estudio.	Se considera el TAI como una medida de utilidad, aunque sea para un pequeño porcentaje de pacientes. Se debe cumplimentar el tratamiento intensivo ambulatorio con el TAI. No hay grupo control.

Para una significación del 5% y una potencia del 80 % se necesitaría 690 casos, sin pérdidas, para que la diferencia fuera estadísticamente significativa.